

Andrzej Gniazdowski

PROMOCJA ZDROWIA W MIEJSCU PRACY TEORIA I ZAGADNIENIA PRAKTYCZNE

**Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera
KRAJOWE CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY**

Łódź 1997

Andrzej Gniazdowski

**PROMOCJA ZDROWIA
W MIEJSCU PRACY
TEORIA I ZAGADNIENIA
PRAKTYCZNE**

**Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera
KRAJOWE CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY**

Łódź 1997

Wydanie II sfinansowano w ramach Strategicznego Programu Rządowego
"Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia człowieka w środowisku pracy".

Temat SPR IV 22.4 "Upowszechnienie programów promocji zdrowia w miejscu pracy"

Wydanie II uaktualnione

© 1997 Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera

ISBN 83-86052-08-2

Wydawca: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera
90-950 Łódź, ul. Św. Teresy 8, skr. poczt. 199
Rozpowszechnianie książek: tel. (0-42) 314 719, fax (0-42) 314 850
e-mail: impx@porta.imp.lodz.pl

Spis treści

Przedmowa (Janusz Indulski)	7
Wprowadzenie (Andrzej Gniazdowski)	9
Nowy model opieki zdrowotnej nad pracującymi w Polsce - od medycyny naprawczej do umacniania zdrowia (Lech Dawydzik)	13

CZĘŚĆ PIERWSZA – Promocja zdrowia

I. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia	46
Pojęcie zdrowia.	
Zachowania jednostkowe a zdrowie.	
Stres psychiczny - szczególny czynnik warunkujący zdrowie.	
Epidemiologiczne przesłanki promocji zdrowia w Polsce.	
II. Pojęcie promocji zdrowia	54
Ujęcie modelowe.	
Realizowany wzór.	
Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu stylu życia - główne zadanie promocji zdrowia.	

CZĘŚĆ DRUGA - Promocja zdrowia w miejscu pracy

III. Promocja zdrowia w miejscu pracy - ujęcie modelowe	63
Pojęcie promocji zdrowia w miejscu pracy.	
Promocja zdrowia w miejscu pracy a model tradycyjnej opieki zdrowotnej nad pracującymi.	

IV. Promocja zdrowia w miejscu pracy - dotychczasowe doświadczenia	70
---	-----------

Stanowisko ŚOZ.
Struktura problemowa programów.
Ewolucja programów.
Motywy podejmowania programów.
Finansowanie programów.
Inicjatorzy, organizatorzy i adresaci programów.
Przykłady programów.
Celowość realizacji promocji zdrowia w miejscu pracy w warunkach polskich.

CZĘŚĆ TRZECIA

Zagadnienia praktyczne promocji zdrowia w miejscu pracy

V. Sfery interwencji promocyjnych	92
--	-----------

VI. Działania promocyjne	100
---------------------------------------	------------

Oświata zdrowotna.
Badania i pomoc medyczna.
Pomoc w rozwiązywaniu problemów stylu życia.
Organizowanie społecznego wsparcia.
Uczenie "umiejętności życiowych".
Bodźce.
Zmiany środowiskowe oraz stanowienie norm regulujących zachowania zdrowotne pracowników.

VII. Główne zasady realizacji programów promocyjnych	108
---	------------

VIII. Modelowa struktura procesu promocyjnego	112
--	------------

IX. Inicjowanie programu promocji	118
--	------------

Pozyskanie poparcia kierownictwa przedsiębiorstwa.
Uformowanie zakładowej rady promocji zdrowia.
Rozpoznanie potrzeb i preferencji pracowników w dziedzinie promocji zdrowia.
Ustalenie generalnego celu i wybór zadań programu.
Podjęcie wśród załogi kampanii informacyjnej.

X. Planowanie programu promocji.....	126
Ostateczna precyzacja zadań programu.	
Rozpoznanie i dobór środków do realizacji zadań.	
Zaplanowanie marketingu programu.	
XI. Wdrożenie programu promocji	130
Główne zasady wdrażania.	
Marketing programu.	
Inauguracja programu.	
Monitoring i bieżące modyfikacje programu.	
XII. Ocena efektywności programu promocji	137
Zakończenie	140
Załącznik : Zdrowsza praca w “Brabancji” -	
przykład programu promocji zdrowia w miejscu pracy	141
Literatura	150

Przedmowa

W świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia, zwłaszcza Europejskiej Strategii *Zdrowie dla wszystkich do 2000 roku*, nie ulega wątpliwości, że promocja zdrowia stanowi dziś w krajach wysoko rozwiniętych podstawowe narzędzie utrzymania i rozwoju zdrowia publicznego. Potwierdza to także dotychczasowa praktyka realizacji tej koncepcji w takich krajach, jak: Stany Zjednoczone, Kanada, czy państwa skandynawskie. Kraje te opierając od kilkunastu lat swoją politykę zdrowotną, zarówno w skali narodowej, jak też na poziomie lokalnym, na zasadach promocji zdrowia, osiągnęły znakomite efekty zdrowotne.

Kiedy dziś w Polsce z troską obserwujemy narastające zjawiska pogarszającej się kondycji zdrowotnej społeczeństwa i rozglądamy się za środkami zaradczymi, to promocja zdrowia wydaje się być głównym kierunkiem, w którym powinno pójść nasze działanie. Owszem, potrzeba nam dobrobytu gwarantującego odpowiedni poziom życia społeczeństwa, potrzeba nam dobrze zorganizowanej i wyposażonej opieki medycznej, ale poza tym pozostaje prawda podstawowa, że główne sprawy zdrowia poszczególnych jednostek, jak i złożonych z nich grup oraz całego społeczeństwa, rozstrzygają się na poziomie indywidualnego stylu życia. A działania promocyjne są podstawowym środkiem przekształcającym ten styl w prozdrowotny kierunek.

Zakład pracy jest znakomitym miejscem, w którym można z korzyścią tak dla pracowników, jak i dla całego przedsiębiorstwa realizować programy promocji zdrowia. Dlatego opracowanie *Promocja zdrowia*

w miejscu pracy, teoria i zagadnienia praktyczne należy rekomendować z najwyższą aprobatą. Dostarcza ono praktykom ochrony zdrowia w miejscu pracy w naszym kraju podstawowej wiedzy teoretycznej i praktycznej, która pozwoli im kompetentnie podjąć realizację programów promocji zdrowia.

Jest to publikacja przygotowana w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, który w dalszym ciągu będzie prowadzić w tej dziedzinie intensywne działania badawcze, projektowe, konsultacyjne i szkoleniowe. Jestem przekonany, że będzie to działalność bardzo przydatna w opiece zdrowotnej nad pracującymi.

Prof. dr hab. med. Janusz Indulski

Wprowadzenie

Jeszcze do niedawna w świecie, a w Polsce do dziś, troska o zdrowie pracujących wyrażała się przede wszystkim w jego ochronie przed zagrożeniami stwarzanymi przez pracę oraz poprawę warunków, w jakich się ona odbywa. Miejsce pracy, zwłaszcza w przemyśle, jawiło się nieodmiennie jako środowisko w ten lub inny sposób nieprzyjazne zdrowiu pracownika.

W związku z tym zdrowie populacji pracującej stało się domeną przede wszystkim medycyny pracy oraz służb bezpieczeństwa i higieny pracy skoncentrowanych na jego zabezpieczeniu przed zagrażającym otoczeniem. Swoistym odkryciem mniej więcej początku lat siedemdziesiątych dokonany w Stanach Zjednoczonych było stwierdzenie, że w miejscu pracy zdrowie można również umacniać i rozwijać. Zakład pracy zaczął być postrzegany jako miejsce, w którym zdrowie należy nie tylko chronić, ale można je i należy wręcz budować. Owszem, sprawy negatywnego zdrowotnie wpływu pracy pozostały dalej aktualne - pojawiły się zresztą wraz z postępem technicznym nowe zagrożenia - ale równocześnie coraz powszechniej zaczęła gwałtownie przebiegać się w środowisku zainteresowanym kondycją zdrowotną pracujących świadomość, że ochrona przed zagrożeniami stanowi tylko część tego, co dla zdrowia pracowników da się zrobić w zakładzie pracy. I na tym właśnie polegał pomysł promocji zdrowia w miejscu pracy. To w nim zawarte były wskazania, co więcej można zrobić w tej dziedzinie.

Przekonanie o konieczności wdrożenia nowego podejścia do zdrowia pracowników narastało w krajach najbardziej zaawansowanych

w rozwoju w ciągu ostatnich lat dwudziestu i stało się w końcu oczywiste. Dziś już raczej nie stawia się pytania, czy i dlaczego należy realizować promocję zdrowia w miejscu pracy, lecz jak ją przeprowadzać.

Należy zwrócić uwagę, że wszystko to nie działo się w próżni. Idea promocji zdrowia pracujących zrodziła się jako dziecko idei promocji zdrowia w ogóle, traktowanej jako nowy sposób rozwiązywania problemów zdrowotnych współczesnych wysoko rozwiniętych społeczeństw.

Koncepcja promocji zdrowia, w tym promocji zdrowia w miejscu pracy, dotarła również do naszego kraju. I została chyba już zaakceptowana jako narzędzie służące do rozwiązania naszych aktualnych, a także przyszłych problemów zdrowotnych. Wydaje się, że tak widziane są te sprawy, zarówno w wysokich kręgach decydenckich, jak też na samym dole - w kręgach podstawowej opieki zdrowotnej - oraz coraz powszechniej wśród tzw. szerokiej publiczności.

Jedną z istotnych przeszkód szerszego wdrożenia koncepcji promocji zdrowia w Polsce jest po prostu niedostatek wiedzy na temat samej jej istoty oraz praktycznych sposobów realizacji. Zwykłe niedouczenie powoduje nie tylko opóźnienie praktycznego wdrożenia programu promocji zdrowia, ale wywołując wiele nieporozumień, prowadzi do swoistej dewaluacji samej idei, zanim zdąży się ona zmaterializować i zweryfikować w działaniu. Nierzadkie są przecież przekonania, że promocja zdrowia to nic innego jak tylko modna nazwa zastępująca takie określenia znanych, tradycyjnych działań na rzecz zdrowia, jak profilaktyka, czy oświata zdrowotna. Nawiasem mówiąc, działania te pozostają nadal samodzielnymi formami aktywności na rzecz zdrowia, mimo narastającej ekspansji promocji.

Prezentowane opracowanie ma charakter wprowadzenia w podstawowe teoretyczne oraz praktyczne problemy promocji zdrowia w miejscu pracy. Jego głównym celem jest dostarczenie potencjalnym realizatorom programów promocji zdrowia w środowisku pracy niezbędnej wiedzy, która umożliwi im efektywne działanie w tej dziedzinie. Adresatami jego jest ponadto kadra zarządzająca, a szczególnie właściciele i dyrektorzy przedsiębiorstw, od których zależą decyzje dotyczące podjęcia w ich zakładach programów promocyjnych - zawiera bowiem dane i informacje, które stanowić mogą pozytywne przesłanki do podejmowania tego rodzaju decyzji.

Publikacja oparta jest przede wszystkim na doświadczeniach zachodniej teorii i praktyki realizacji programów promocji zdrowia w miejscu pracy. W tej adaptacji uwzględniono, w miarę możliwości, polskie realia, zarówno gdy chodzi o specyfikę i stan naszej gospodarki, jak też możliwości realizacji zadań promocyjnych w ramach polskiego systemu ochrony zdrowia. Z pewnością nie we wszystkich punktach to się udało.

Istnieje bardzo duże zróżnicowanie zakładów pracy pod względem potrzeb w dziedzinie promocji zdrowia, jak i - zwłaszcza - możliwości jej realizowania w praktyce. Różna sytuacja ekonomiczna firm, różny ich status własnościowy, różny rozmiar, różne przynależności branżowe itd. - to są czynniki istotnie idywidualizujące warunki podejmowania programów promocyjnych. W związku z tym aplikacja praktyczna zawartych w opracowaniu treści wymagać będzie dodatkowego wysiłku przełożenia ich na konkret sytuacji poszczególnych przedsiębiorstw.

Opracowanie składa się z trzech wyodrębnionych części różniących się charakterem zawartych w nich materiałów. Część pierwsza (rozdziały I-II) stanowi wprowadzenie w generalne zagadnienia promocji zdrowia. Część druga (rozdziały III-IV) zawiera analizę promocji zdrowia w miejscu pracy w ujęciu modelowym oraz omówienie dotychczasowej praktyki w tej dziedzinie. W części trzeciej (rozdziały V-XII) omówione zostały podstawowe zagadnienia inicjowania, planowania, wdrażania i oceny programów promocyjnych.

Całość poprzedzona jest tekstem autorstwa dra Lecha Dawydzika dotyczącym aktualnych zadań w dziedzinie ochrony zdrowia nad pracującymi w Polsce. Artykuł ten pozwala zobaczyć nową na polskim gruncie formę działania na rzecz zdrowia pracowników, jaką jest promocja, w realiach naszego kraju, a przede wszystkim wyjaśnia możliwości realizowania tych zadań w warunkach dokonywanej się reformy opieki zdrowotnej nad pracującymi.

Autor zdaje sobie dobrze sprawę, że realizatorzy programów promocji zdrowia w miejscu pracy potrzebują również wskazań bardziej konkretnych i szczegółowych niż te, które zawiera niniejsza publikacja. Niezbędne są im wskazania typu "wiedzieć jak". Zagadnienia te są przedmiotem uwagi autora i zespołu, z którym współpracuje. W związku z tym w 1996 r. opracowane i opublikowane zostały staraniem Instytutu Medycyny Pracy (IMP) w Łodzi w cyklu zatytułowanym: "Jak promować

zdrowie w miejscu pracy” dwa poradniki: 1. autorstwa E.Korzeniowskiej: “Program przyjaznego zdrowia środowiska pracy” oraz autorstwa K.Puchalskiego “Program uwolnienia od dymu tytoniowego”. W 1998 r. planowane jest wydanie poradnika: “Promocja zdrowia w miejscu pracy. Moduły realizacyjne”.

Problematyką promocji zdrowia w miejscu pracy zajmuje się w IMP od kilku lat aktualnie 5-osobowy zespół socjologów, najpierw w ramach Pracowni Promocji Zdrowia, później Zakładu Promocji Zdrowia, od 1 grudnia 1996 r. - Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.

Zespół ukształtował się i pracował przy osobistym ciągłym i wszechstronnym wsparciu oraz życzliwości Pana Profesora dra hab. med. Janusza Indulskiego, Dyrektora Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Gdy kilka lat temu zespół ten został zorganizowany, obecność socjomedycznej problematyki zdrowia, w tym promocji zdrowia, w ramach Instytutu Medycyny Pracy nie była tak oczywista, jak wydaje się dziś. Wówczas problemy badania zachowań zdrowotnych oraz ich celowego kształtowania - co stanowi podstawową treść promowania zdrowia - wydawały się czymś wręcz egzotycznym. Nie są takimi obecnie, gdy promocja zdrowia uzyskuje priorytetowe znaczenie w polityce zdrowotnej w skali kraju, a w statucie Instytutu nadano jej rangę jednego z podstawowych kierunków działania.

Publikacja prezentowanego opracowania stwarza możliwość, by o tych faktach przypomnieć i równocześnie jest odpowiednią okazją, aby Panu Profesorowi podziękować za jego wkład w rozwój prac badawczych i wdrożeniowych w Instytucie Medycyny Pracy w dziedzinie promocji zdrowia pracujących.

Oddając do rąk Czytelników drugie, uaktualnione wydanie poradnika uprzejmie proszę o nadsyłanie uwag i sugestii dotyczących problemów podjętych w opracowaniu na adres *Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytut Medycyny Pracy, ul. Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, skr. poczt. 199, tel. 31-46-74(5,6), fax 55-61-02.*

Andrzej Gniazdowski

Nowy model opieki zdrowotnej nad pracującymi w Polsce - od medycyny naprawczej do umacniania zdrowia

Początek lat dziewięćdziesiątych w Polsce przyniósł gruntowne (choć dla ogromnej większości naszego społeczeństwa - niespodziewane) zmiany systemu politycznego i ekonomicznego. Ich skutki znajdują swoje praktyczne odbicie dosłownie w każdej sferze działalności społecznej i gospodarczej, aczkolwiek po ośmiu latach przekształceń bardzo często artykułuje się wyrazy zawodu i rozczarowania, tym silniej, im bardziej aktualna rzeczywistość odbiega od treści wyrażanej wcześniej krytyki i przedstawianych postulatów. Innym czynnikiem, o ogromnym znaczeniu w skali społecznej, okazał się niedostatek wiedzy i w związku z tym gotowości do ponoszenia kosztów i wyrzeczeń, jakie są nieuchronne w przypadku tak głęboko zakrojonych przeobrażeń.

Stale zasadne jest zatem przypominanie, że rozpoczęty proces należy oceniać przede wszystkim w kategoriach stworzonej **szansy działania**. Wiele ograniczeń, jakie miały uprzednio swoje źródło w barierach doktrynalnych, upadło, zmieniło się radykalnie otoczenie zewnętrzne, inne są też zasady i mechanizmy rozwoju gospodarczego oraz organizacji życia społecznego. Orientacja Polski na rozwiązania europejskie zmieniła optykę postrzegania wielu zagadnień, z jednej strony ułatwiając zadania reformatorskie poprzez dostępność wielu sprawdzonych wzorców

funkcjonujących w rozwiniętych krajach świata, z drugiej jednak - prowadząc do swoistej frustracji ze względu na ich niedostępność. Trzeba przy tym zdać sobie sprawę, że owa niemożność zastosowania wielu rozwiązań wynika nie tylko z powodu bariery ekonomicznej (najczęściej postrzeganej), ale bardzo często ma uwarunkowania organizacyjne (brak odpowiedniej infrastruktury lub niezbędnych powiązań) oraz kulturowo-społeczne (brak przyzwolenia na niektóre rozwiązania uniemożliwia nawet lansowanie ich wdrożenia). Okazało się nieprawdą przekonanie, że samo wprowadzenie sprawdzonych reguł życia społecznego, opartych na zasadach demokracji, oraz zastosowanie w gospodarce zasad wolnego rynku spowoduje naturalne usprawnienie niewydolnych dotąd systemów. Trzeba było zatem podjąć mozolny trud określenia na nowo może nawet nie tyle celów przemian, co sposobów ich osiągania. Konieczne stało się poszukiwanie własnych rozwiązań, godzenie ich z warunkami efektywności - co, akceptowane we własnym środowisku, jest z reguły drogą droższą i wymagającą więcej czasu, a więc także wywołującą zniecierpliwienie społeczne.

Dylematy tego typu znajdujemy praktycznie wszędzie, choć ich szczególne nasilenie ma miejsce tam, gdzie niemożliwe jest zastąpienie "przestarzałego produktu" (nie należy pojęcia "produktu" traktować dosłownie, jako wytworu produkcji materialnej - autor ma tu na myśli także inne istniejące fakty i zjawiska) produktem innym, lepszym, przywiezionym lub wytworzonym na miejscu, lecz w nowych warunkach i ze względu na kryteria jakościowe.

Owa niemożność występuje w całej sferze usług, w tym także w opiece zdrowotnej (czyli w popularnie nazywanej służbie zdrowia). Sens przemian w opiece zdrowotnej został dość dawno określony i jest on pewnie uniwersalny dla dowolnego systemu: chodzi o znalezienie takiego rozwiązania, które zapewniałoby bezpieczeństwo zdrowotne obywateli przy angażowaniu możliwie najmniejszych środków materialnych. Z tego punktu widzenia najskuteczniejszymi metodami usprawniania systemu opieki zdrowotnej jest wdrażanie - po stronie oferujących świadczenia - metod możliwie wczesnego rozwiązywania *problemów zdrowotnych*, a po stronie korzystających z tych świadczeń - racjonalizacja korzystania (brzmi to lepiej

niż ograniczanie). Nawet biorąc poprawkę na gorszy stan zdrowia polskiego społeczeństwa, co dokumentują przekonywająco statystyki medyczne, trudno znaleźć racjonalne wytłumaczenie wielu faktów składających się na przejawy niesprawności systemu opieki zdrowotnej. Na przykład należą do nich: dwukrotnie większa niż w krajach zachodniej Europy liczba porad lekarskich wykorzystywanych przez statystycznego obywatela (8 - 9 porad rocznie), odwrócona proporcja porad ogólnych do porad specjalistycznych, 20 - 30% dłuższy pobyt pacjenta w szpitalu itp.

Organizatorzy systemu opieki zdrowotnej wskazali już dość dawno cały szereg przyczyn małej sprawności systemu. Zaliczono do nich:

(1) nadmierną centralizację decyzji, opartą na administracyjnych instrumentach zarządzania i powodującą małą samodzielność zakładów służby zdrowia;

(2) niedostatek zobiektywizowanych kryteriów, mierników i metod oceny dotyczącej oceny potrzeb, działalności czy efektywności ekonomicznej, zastępowany stosowaniem kryteriów uznaniowych, by nie rzec - woluntarystycznych;

(3) brak pełnej ewidencji kosztów, w tym brak rachunku kosztów poszczególnych świadczeń i usług, co całkowicie pozbawia możliwości porównywania uzyskiwanych efektów i uniemożliwia prowadzenie polityki racjonalnego wykorzystywania zasobów kadrowych i materialnych;

(4) nierówną alokację infrastruktury i środków finansowych między jednostkami terytorialnymi, powodującą nierówność w dostępności świadczeń, a w szczególności ograniczoną dostępność świadczeń medycznych dla ludności wiejskiej (w Polsce na wsi zamieszkuje blisko 40% społeczeństwa).

Przedstawiając diagnozę, wskazano również pożądane kierunki przekształceń; miały one polegać przede wszystkim na odchodzeniu od scentralizowanych struktur organizacyjnych (w przeważającej części tworzonych, utrzymywanych i nadzorowanych przez administrację państwową) oraz dopuszczeniu na rynku świadczeń zdrowotnych do konkurencji pomiędzy różnymi zakładami opieki zdrowotnej (także tworzonymi prywatnie).

Jest oczywiste, że zmiany musiały rozpocząć się w tej części systemu opieki zdrowotnej, która była najściślej związana z gospodarką: w dawnej *przemysłowej służbie zdrowia*. Konieczność ta wynikała przede wszystkim z nagłej zmiany kondycji ekonomicznej zakładów pracy (dodajmy: przedsiębiorstw dużych i państwowych, bo tam były tworzone przyzakładowe i międzyzakładowe przychodnie przemysłowe). Nie bez znaczenia była również zmiana zasad gospodarowania, polegająca na eliminowaniu w zakładach pracy wszelkiej działalności, która generowała koszty, a nie miała bezpośredniego związku z aktywnością produkcyjną. W ten sposób stopniowo ograniczano finansowanie różnych form sfery socjalnej: domów wczasowych, żłobków, przedszkoli i szkół zakładowych, mieszkań pracowniczych, a także - choć trzeba przyznać, że najczęściej w dalszej kolejności - przychodni lekarskich. W pierwszych czterech latach transformacji (1989-1993) uległo likwidacji blisko 400 takich placówek, czyli ok. 17% ogólnej ich liczby.

Oddziaływanie na zmiany w obrębie przemysłowej służby zdrowia następowało również od strony administracji resortowej. Placówki medyczne w zakładach pracy wykonywały bowiem nie tylko zadania profilaktyczne, mające na celu ograniczenie niekorzystnych skutków zdrowotnych mogących mieć źródło w złych warunkach wykonywania pracy, ale jednocześnie także działania lecznicze, typowe dla dowolnej placówki opieki podstawowej funkcjonującej w miejscu zamieszkania. Dawało to pracownikom wielu zakładów (ponad 4 mln osób) możliwość korzystania ze świadczeń leczniczych zarówno w przychodniach dla pracujących, jak i dla ogółu ludności. Zwiększona dostępność świadczeń sprzyjała powiększaniu liczby porad, często poza granice uzasadnione rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi. Badania tego problemu przeprowadzone w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi wykazały wprawdzie nadużywanie argumentu o "podwójnym wejściu" do systemu (Piwowarska-Pościk, 1988), jednak nie można zaprzeczyć, że proporcje porad lekarskich w przychodniach przemysłowej służby zdrowia pozostawały w stosunku 4:1 na niekorzyść porad związanych z profilaktyką. Na problemy te, jako jedną z przyczyn niesprawności polskiej służby zdrowia, zwróciła uwagę (w raporcie z 1991 r.) misja Banku Światowego.

Podjmując wyzwanie "generalnego porządkowania" zasad całościowo pojmowanego systemu służby zdrowia i eliminowania wspomnianych wcześniej nieracjonalności, w opiece zdrowotnej nad pracownikami należało doprowadzić do faktycznego (nie tylko deklarowanego, jak często bywało w przeszłości) wykonywania zadań profilaktycznych. Stało się to jednym z głównych celów stawianych w związku z dokonywanymi zmianami.

Należy podkreślić, że owo profilaktyczne ukierunkowanie działalności było od początku rozumiane nie tylko jako przeciwdziałanie negatywnym skutkom warunków w miejscu pracy, ale również jako wyzwolenie i wspomaganie postaw i zachowań sprzyjających zdrowiu. Łączne traktowanie tych dwóch, zbieżnych w końcu, obszarów wydawało się ze wszech miar uzasadnione, albowiem wspólnota więzi i interesów związana z wykonywaniem pracy stwarza szczególnie dogodne warunki do osiągnięcia postawionego celu.

W połowie 1997 r. nastąpiło zakończenie etapu formalnej restrukturyzacji systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi: cezurą tego procesu stało się uchwalenie ustawy o służbie medycyny pracy¹. Wraz z kompletem przepisów wykonawczych wejdzie ona w życie 1 stycznia 1998 r., stając się podstawą do organizacji sieci jednostek oferujących szeroko zakrojone spektrum świadczeń profilaktycznych ukierunkowanych na specyfikę warunków pracy. Zostały one wyraźnie i dość szczegółowo zapisane w treści ustawy. Należy wszakże jeszcze raz powtórzyć: uchwalenie ustawy kończy etap formalny, rozpoczyna natomiast etap znacznie trudniejszy, wdrażanie jej postanowień w życie.

Trzeba bowiem przyznać, że mimo kilkuletnich dyskusji nad różnymi wariantami ustawy i pozyskaniem generalnej aprobaty środowiska pracowników dawnej przemysłowej służby zdrowia dla jej założeń, przyjęte w zapisach prawnych dość konsekwentne ukierunkowanie profilaktyczne

¹ Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. Nr 96, poz. 593)

zadań służby medycyny pracy nie jest wcale takie oczywiste. Dlatego też uzyskanie stabilizacji rozwiązań strukturalnych nie kończy procesu przekształceń, a jedynie stwarza korzystne warunki do stopniowego wdrażania kryteriów oceny profilu i jakości świadczeń zdrowotnych, zmiany warunków i zasad uzyskiwania kwalifikacji fachowego personelu (medycznego i niemedycznego), akredytacji jednostek organizacyjnych oferujących świadczenia z zakresu medycyny pracy. Wśród wolumenu tych świadczeń istotne miejsce przypada także działaniom z zakresu promocji zdrowia.

1. Podstawowa opieka zdrowotna czy medycyna pierwszego kontaktu?

Współcześnie akceptowany jest pogląd, poparty wynikami badań naukowych i praktyką krajów wysoko rozwiniętych, że stan zdrowia, tak poszczególnych osób jak i różnych zbiorowości społecznych, jest zależny od czterech grup czynników:

- środowiska, pojmowanego zarówno jako poziom życia, jak też i warunki otoczenia (środowisko naturalne, komunalne i środowisko pracy),
- zachowań zdrowotnych,
- cech genetycznych poszczególnych osób,
- adekwatnej do potrzeb zdrowotnych opieki medycznej.

Podkreślić przy tym należy, że pierwszym dwom grupom przypisuje się znaczenie dominujące, bo szacowane na ok. 75% odpowiedzialności za zdrowie (*Narodowy Program Zdrowia*, 1993). Jeżeli nawet weźmiemy pod uwagę głosy sceptyków, którzy mówią, że tak wielki wpływ może charakteryzować jedynie państwa ustabilizowane społecznie, o wysokiej stopie życiowej, to i tak panuje zgodność co do dużego znaczenia

wspomnianych czynników na zdrowie jednostki i społeczeństwa. Pogląd ten nie jest wszakże jeszcze powszechny w Polsce. Do niedawna, zgodnie z doktryną totalitarnego systemu społeczno-politycznego, usiłowano wpoić przekonanie o wszechodpowiedzialności państwa, również za zdrowie obywateli; bardzo często zresztą bez pokrycia w rzeczywistej trosce o spełnienie warunków sprzyjających umacnianiu zdrowia. Efektem takiej polityki stało się dość skuteczne "rozbicie" społeczeństwa i poszczególnych osób z troski o własne zdrowie.

Przez wiele lat funkcjonował w naszym społeczeństwie (a można powiedzieć, że jeszcze, niestety, i nadal funkcjonuje) stereotyp wiązania stanu zdrowia ludności z rozwojem zasobów materialnych i kadrowych służby zdrowia. Syntezą takiego myślenia jest ostatecznie utożsamianie ochrony zdrowia z opieką medyczną. Towarzyszy temu, z jednej strony - zanikanie w społeczeństwie poczucia odpowiedzialności za zdrowie (tak własne, jak i cudze), a zatem i lekceważenie wszelkich jego zagrożeń, z drugiej zaś - przypisywanie odpowiedzialności za zdrowie wyłącznie sektorowi medycznemu: Ministrowi Zdrowia, służbie zdrowia, pracownikom medycznym.

Spojrzenie takie odpowiada nastawieniu, jakie dominowało w większości rozwiniętych krajów świata w latach czterdziestych i pięćdziesiątych. Fascynacja powojennym rozwojem i postępem technicznym i technologicznym w świecie wyraziła się gwałtownie postępującą specjalizacją i wyraźnymi tendencjami separacji poszczególnych dziedzin życia i kierunków aktywności. W ochronie zdrowia zaowocowało to dominacją działań medycznych, a efektem było gwałtowne zapotrzebowanie na kadry, głównie zresztą "wąskich" specjalistów, odrębne, specjalnie oprzyrządowane "warsztaty pracy", a w związku z tym postępującą eksplozją kosztów sektora medycznego.

Poza niewątpliwymi sukcesami w opiece indywidualnej (np. dializy, przeszczepy itp.), nie osiągnięto jednak poprawy sytuacji zdrowotnej w skali różnych grup ludności czy całych społeczeństw poszczególnych krajów. Nasunęło to wątpliwości co do celowości tak wielkich nakładów na służbę zdrowia (ciągle rosnących!) oraz refleksje wynikające z dehumanizacji

medycyny, dezintegracji w traktowaniu człowieka jako jednolitego organizmu biologicznego, a także naruszania jego osobowości i prawa wolnego wyboru. Niektóre osiągnięcia ostatnich lat, np. w dziedzinie inżynierii genetycznej, zaczęły budzić już wyraźny niepokój i pytania o granice rozwoju i bariery natury moralnej.

W konsekwencji, w miarę upowszechniania się w świecie przekonania o znaczeniu praw człowieka, rozwoju demokratycznych form organizacji społeczeństw i szerzenia się poglądów inspirowanych przez personalizm jako nurt filozoficzny - nastąpiła w większości rozwiniętych krajów świata zmiana w pojmowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowia. W tym kontekście należy oceniać próby innego definiowania zdrowia, sięgające po subiektywne, ale także upodmiotowione, pojęcia "błogostanu fizycznego, psychicznego i społecznego", jakie znajdujemy w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia.

Z tej idei wyrosła konieczność podejmowania działalności z zakresu określanego zdrowiem publicznym, w tym przede wszystkim dotyczące promocji zdrowia. Warto przytoczyć definicję zdrowia publicznego pochodzącą z drugiego wydania *A Dictionary of Epidemiology* z 1988 r.: "Zdrowie publiczne stanowi zespół działań podejmowanych przez społeczeństwo dla promocji, utrzymania i poprawy zdrowia populacji. Jest ono połączeniem nauki i praktyki, w przekonaniu, że droga do poprawy zdrowia wszystkich ludzi prowadzi przez ogólnospołeczną działalność".

Realizacja tak zapisanej idei nie mogła być zrealizowana w ograniczonym kręgu medycyny, zwłaszcza w jej modelu specjalistycznym. Dlatego idea zdrowia publicznego, w części realizowanej przez sektor medyczny, wyraziła się w koncepcji podstawowej opieki zdrowotnej.

Rozumienie znaczenia i roli podstawowej opieki zdrowotnej (poz) wcale nie jest w świecie jednoznaczne. Należy zauważyć co najmniej dwa nurty: jeden, wskazujący na poz jako na najniższy szczebel opieki medycznej ("medycyna pierwszego kontaktu", "medycyna rodzinna") oraz drugi, rozwijający koncepcję poz jako znacznie szerszy zakres działalności prozdrowotnej, wykraczającej poza struktury służby zdrowia. Nie trzeba chyba dodawać, że zwolennikami tego pierwszego podejścia były kraje

byłego bloku komunistycznego, w tej liczbie również Polska. Przełamanie takiego sposobu rozumowania wcale nie jest proste. Idea podstawowej opieki zdrowotnej opartej na koncepcji możliwie najszerzego współudziału poszczególnych osób i grup społecznych narusza bowiem dominującą dotąd pozycję pracowników medycznych i wywołuje przez to ich zdecydowany opór. A przecież właśnie od nich, jako profesjonalistów, oczekuje się przyjęcia pozycji liderów działań prozdrowotnych.

Warto więc przyjrzeć się, jak uwarunkowania zdrowia pojmują inni. Światowa Organizacja Zdrowia, której autorytet w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jest bezsporny i niepodważalny, analizując sytuację zdrowotną poszczególnych krajów członkowskich bierze pod uwagę nie tylko rutynowe wskaźniki zdrowia, a więc umieralność, śmiertelność, zapadalność, chorobowość, absencję chorobową itp., ale ponadto uwzględnia szereg informacji dotyczących ogólniejszej sytuacji społeczno-ekonomicznej w poszczególnych krajach. Należą do nich na przykład:

- stan zdrowia fizycznego (wskaźniki antropologiczne) z uwzględnieniem czynników demograficznych,
- konsumpcja alkoholu, rozpowszechnienie palenia tytoniu, lekomania i narkomania,
- poziom dochodu narodowego podzielonego "na głowę" mieszkańca
- poziom odżywiania i zaopatrzenia w żywność,
- zaopatrzenie w odzież i obuwie,
- warunki mieszkaniowe,
- poziom wykształcenia,
- sytuacja na rynku pracy,
- warunki pracy,
- możliwości komunikacji i łączności,
- możliwości wypoczynku, rekreacji i regeneracji sił,
- możliwość korzystania z funduszy spożycia zbiorowego i poziom oszczędzania,
- system zabezpieczenia społecznego,
- stopień korzystania z praw i swobód obywatelskich

(*Regional Indicators for HFA 2000*, 1986)

Taki właśnie kontekst obejmuje realizowana przez ŚOZ strategia *Zdrowie dla wszystkich do 2000 r.* Wśród wielu jej zadań znajduje się idea reorganizacji systemów opieki zdrowotnej. Przyznanie podstawowej opiece zdrowotnej wiodącej roli w systemie ochrony zdrowia nie jest zatem problemem organizacyjno-technicznym, lecz uwzględnia znacznie trudniejszy aspekt psychologiczny i społeczny, związany z innym rozumieniem (i akceptacją!) sposobu rozwiązywania problemów zdrowotnych. Zakres społecznego kontekstu ochrony zdrowia wyraźnie widać w głównych celach cytowanej strategii WHO. Obejmują one trzy sprawy:

1. Zapewnienie równości w zdrowiu, definiowanej przez pryzmat ostatecznego efektu działań prozdrowotnych, tj. zniwelowanie różnic w stanie zdrowia występujących między różnymi grupami społecznymi.

2. Zapewnienie pozytywnego stosunku do zdrowia, który pozwoliłby na wykorzystanie w pełnym zakresie możliwości poszczególnych ludzi, ich potencjału fizycznego, intelektualnego i emocjonalnego, w działaniach na rzecz umocnienia zdrowia i szeroko rozumianej profilaktyki. Wiąże się z tym nierozłącznie udział społeczności, opierający się na wiedzy o zdrowiu i skutecznych motywacjach do działalności prozdrowotnej.

3. Doprowadzenie do traktowania zdrowia jako wartości samej w sobie, czy, jak chcą inni, jednego z naturalnych zasobów warunkujących rozwój gospodarczy i społeczny każdego kraju, a w konsekwencji - uznania racji zdrowotnych za nieodzowną część każdego procesu programowania, planowania i realizacji, bez względu na strukturę sektorów gospodarczych i szczebel zarządzania.

Cezurą czasową, którą uznaje się za początek rozwoju nowej koncepcji poz, jest rok 1978, a ściślej odbyta wówczas w Alma-Acie konferencja międzynarodowa ŚOZ i UNICEF dotycząca podstawowej opieki zdrowotnej (*Primary Health Care*, 1978)

Odwołajmy się zatem do definicji poz sformułowanej w raporcie z tej konferencji: "Podstawowa opieka zdrowotna jest zasadniczym elementem opieki zdrowotnej. Poz realizuje swoje funkcje w oparciu o naukowo

poprawne i społecznie akceptowane metody i techniki, a dzięki pełnemu udziałowi społeczeństwa w zapewnieniu opieki zdrowotnej jest powszechnie dostępna jednostkom i rodzinom danej społeczności. Realizacja [koncepcji poz - L.D.] następuje na takim poziomie kosztów, na jaki może pozwolić sobie społeczność lokalna i kraj w zależności od poziomu rozwoju i przyjętej w warunkach całkowitej niezależności akceptacji.

Podstawowa opieka zdrowotna jest integralną częścią systemu opieki zdrowotnej, ale także jej celem. Ponieważ dla poszczególnych osób, rodzin i społeczności stanowi pierwszy poziom kontaktu z systemem opieki zdrowotnej, musi być zorganizowana, tak bardzo jak tylko jest to możliwe, najbliżej miejsca ich życia i pracy. Tworzy więc pierwszy element ustawicznego procesu ochrony zdrowia" (*Primary Health Care*, 1978)

Z samej zatem definicji wynika, że podstawowa opieka zdrowotna może być skuteczna tylko wówczas, gdy będzie istniała kooperacja na wszystkich szczeblach między systemem opieki zdrowotnej i innymi działami gospodarki narodowej.

W warunkach polskich koncepcje ŚOZ nie zostały dotąd wdrożone. Podstawowa opieka zdrowotna nie spełnia i nie może w obecnych warunkach spełnić roli głównego ogniwa nawet w służbie zdrowia, nie mówiąc już o kompleksowym systemie ochrony zdrowia. Liczne są zresztą tego przyczyny. Decyduje o tym: niska sprawność organizacyjna, złe warunki lokalowe i wyposażenie w podstawowy sprzęt diagnostyczny, niedostateczne ilościowo i jakościowo nasycenie kadrami medycznymi (przy nadmiarze tychże kadr w kraju!), a także brak systemu motywacyjnego, mobilizującego do skutecznej, efektywnej pracy. Podkreślmy wszakże raz jeszcze - wszystko to dotyczy obrazu podstawowej opieki zdrowotnej rozumianej i traktowanej wyłącznie jako podsystem m e d y c z n y pierwszego kontaktu z pacjentem. Daleko nam natomiast do tych założeń programowych, które wskazują na poz jako miejsce kompleksowego realizowania celów prozdrowotnych, a przede wszystkim udziału w tych działaniach poszczególnych osób, rodzin i społeczności lokalnych.

Polskie struktury medyczne poz działają autonomicznie, nie wykorzystując możliwości tkwiących w systemie edukacyjnym, ruchach ekologicznych czy też innych formach samoorganizowania się społecznego (Indulski i in., 1990)

Nie jest zatem dziełem przypadku, że kierunki reformy polskiej służby zdrowia, zalecane przez ekspertów Banku Światowego, podkreślają przede wszystkim - jeśli pominąć zagadnienia dotyczące technicznego wsparcia przemian - konieczność rozwinięcia działalności w dziedzinie zdrowia publicznego, w tym przede wszystkim szeroko rozumianej prewencji i promocji zdrowia, z uwzględnieniem założeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Na tym tle wydaje się jednak, że różne istniejące dotąd formy organizacyjne opieki zdrowotnej nad pracującymi, uwzględniając w tym ulegający zmianom i gruntownej reorganizacji podsystem przemysłowej służby zdrowia, były najbardziej zbliżone w swojej idei do zarysowanego wcześniej modelu podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Ochrona zdrowia pracujących - konwencje i zalecenia Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP)

Podobnie jak Światowa Organizacja Zdrowia w dziedzinie zdrowia, tak Międzynarodowa Organizacja Pracy (MOP) należy do wyspecjalizowanych organizacji systemu ONZ i jest poważnym autorytetem w zagadnieniach warunków pracy.

W odróżnieniu od innych organizacji systemu ONZ, które grupują przedstawicieli rządów poszczególnych państw, uczestnictwo w MOP jest trójstronne: każdy kraj jest reprezentowany przez delegatów rządu, przedstawicieli pracodawców oraz pracowników (tych ostatnich reprezentują w praktyce związki zawodowe). MOP wyraża swoje stanowisko poprzez uchwały (konwencje), zalecenia i rekomendacje, wpływając tym samym na podejmowane w różnych krajach regulacje dotyczące procesu

pracy. Mimo, że akceptacja konwencji jest dobrowolna, nie można pominąć znaczenia presji opinii międzynarodowej na ten temat.

Polska jest członkiem MOP od początku powstania tej organizacji. Biorąc aktywny udział w jej pracach, nie zawsze jednak podpisywała i ratyfikowała przyjmowane konwencje. Zmiana zasad ustrojowych w Polsce w 1989 r. i nowa polityka państwa stworzyły warunki do bardziej ścisłej współpracy ze światem. Dlatego też delegacja rządowa Rzeczypospolitej Polskiej na Konferencję Ogólną MOP już w początkach 1990 r. zadeklarowała przystąpienie Polski do nieratyfikowanych dotąd konwencji. Jest to niezbędne, jeśli rzeczywiście poważnie ma być traktowane zadanie zintegrowania się z Europą.

Nieratyfikowane dotąd przez Polskę konwencje MOP dotyczą głównie szczegółowych problemów oceny środowiska pracy, bezpieczeństwa chemicznego, ochrony przed substancjami rakotwórczymi, warunków pracy w różnych działach gospodarczych itp., ale są wśród nich także konwencje określające modelowe rozwiązania w ochronie zdrowia pracujących. Są to: konwencja nr 155 z 1981 r. w sprawie ochrony zdrowia pracowników oraz konwencja nr 161 z 1985 r. w sprawie organizacji opieki zdrowotnej nad pracującymi (w innym tłumaczeniu: służb zdrowia w miejscu pracy).

Stowarzyszenie Polski z Europejską Wspólnotą Gospodarczą, a obecnie z Unią Europejską (deklaracja woli została podpisana w Bazylei w grudniu 1991 r., a na początku 1994 r. uzyskaliśmy formalny status członka stowarzyszonego Unii Europejskiej) powoduje konieczność dostosowania się do zasad i norm, jakie obowiązują w krajach wchodzących w jej skład. Stowarzyszenie, a tym bardziej będą już w bliskiej perspektywie pełna integracja, oznacza nie tylko wejście w europejski wspólny rynek ekonomiczny, ale także w "obszar socjalny" Europy. Te dwa obszary są nierozdzielne i nawzajem się określające, wedle europejskiej zasady "spójności ekonomiczno-socjalnej", podkreślanej niezwykle często w dokumentach.

Co prawda zakres ochrony zdrowia, a zwłaszcza opieki zdrowotnej, jest chyba najslabiej regulowany legislacją Unii Europejskiej, lecz w związku

z tym daje się zauważyć większe znaczenie dokumentów, opracowanych i rekomendowanych przez inne organizacje międzynarodowe, w tym przez Światową Organizację Zdrowia, oraz w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących, wspomnianą Międzynarodową Organizację Pracy. Szczupłość regulacji UE dotyczącej systemu opieki zdrowotnej nie odnosi się jednak do zdrowia pracujących. W państwach-członkach UE obowiązują tzw. dyrektywy, które w całości lub w istotnej części odnoszą się do ochrony człowieka w środowisku pracy, jednak przede wszystkim w zakresie standardów i norm bezpiecznej pracy, a nie zasad opieki zdrowotnej nad pracującymi.

Stąd wynika ogromne znaczenie dla modelu takiej opieki zasad ujętych we wspomnianych konwencjach nr 155 i 161. Stały się one podstawą do sformułowania koncepcji reformy przemysłowej służby zdrowia w Polsce. Prace nad tymi zmianami zostały rozpoczęte równolegle ze zmianami ustrojowymi państwa. Wyprzedziły one działania wynikające z programu reformy służby zdrowia, gdyż okazały się niezbędne z powodu zmian następujących w sektorze gospodarczym. Wpłynęły na to przede wszystkim: zła kondycja ekonomiczna bardzo wielu państwowych zakładów pracy, przy których utworzono w przeszłości przychodnie zakładowe, powstawanie licznych nowych, prywatnych przedsiębiorstw, w znacznym stopniu nie przestrzegających norm określających bezpieczne i higieniczne warunki pracy, oraz trudności finansowe w służbie zdrowia, wymuszające różnorodne pociągnięcia oszczędnościowe. W warunkach wolnego rynku archaiczne stały się dotychczasowe zasady organizacyjne opieki zdrowotnej nad pracującymi, które zakładały:

- tworzenie placówek (przychodni) psz przy dużych zakładach pracy sektora państwowego, przede wszystkim w branżach przemysłu, budownictwa i transportu,
- zapewnienie pracownikom małych zakładów pracy opieki konsultacyjnej z zakresu skutków zdrowotnych wynikających z narażenia zawodowego; konsultacji tych miały udzielać poradnie medycyny pracy, jakie winny być organizowane w każdym zespole opieki zdrowotnej dla ogółu ludności.

Należy zaznaczyć, że założenia te nie zostały nigdy do końca zrealizowane. Z jednej strony, spośród wszystkich pracowników branż, które powinny mieć zorganizowaną przemysłową służbę zdrowia, objętych jej opieką było ok. 3/4 zatrudnionych, z drugiej zaś, w ponad połowie ZOZ-ów nie zorganizowano wcale poradni medycyny pracy, pozbawiając pracowników nie objętych psz fachowej opieki profilaktycznej.

Przekształcenia dokonujące się w gospodarce zmusiły do radykalnej zmiany dotychczasowych zasad organizacji przedstawionego systemu. Koncentracja na państwowych zakładach pracy była jaskrawo niezgodna z zasadami obowiązującymi w gospodarce wolnorynkowej, a również z regułami "równości w zdrowiu", o których wspomniano wcześniej przy powołaniu się na dokumenty zarówno ŚOZ jak i MOP. System ochrony zdrowia pracujących jest w nich pomyślany szerzej aniżeli widziany tylko przez pryzmat opieki medycznej; jest to międzysektoralny układ więzi, zróżnicowanych działań i odrębnej odpowiedzialności.

Zgodnie z tymi zasadami, można wyraźnie wyodrębnić partnerów kooperacji i współdziałania w ochronie zdrowia pracujących. Są nimi przede wszystkim pracodawcy i pracownicy.

Pracodawcy - na nich spoczywa bezpośrednia odpowiedzialność za zapewnienie bezpiecznych i zgodnych z normami higienicznymi warunków pracy oraz przestrzeganie norm prawa pracy, w tym tych jego przepisów, które gwarantują pracownikom regenerację sił i wypoczynek. Zadania te są wyraźnie określone w przepisach prawnych, w tym przede wszystkim w *Kodeksie pracy*. Aby je wypełnić, pracodawcy są zobowiązani do zorganizowania służb bezpieczeństwa i higieny pracy (lub doradztwa z tego zakresu), do zapewnienia pracownikom medycznej opieki profilaktycznej, a także do stałego kontrolowania poziomu narażenia zdrowia występującego w środowisku pracy.

Pracownicy powinni być partnerem najbardziej zainteresowanym rzeczywistym wypełnianiem zadań z zakresu ochrony zdrowia. Aktywna postawa i postępowanie zgodne z regułami zachowań prozdrowotnych w miejscu pracy (a niewątpliwie także w życiu osobistym) w znacznym stopniu warunkują skuteczność podejmowanych przedsięwzięć

profilaktycznych. Udział pracowników pożądanym jest zarówno w formie indywidualnej, np. poprzez przestrzeganie przepisów dotyczących bezpieczeństwa pracy, stosowanie środków profilaktyki indywidualnej itp., jak również w formie zespołowej, poprzez społeczną kontrolę warunków pracy i wywieranie nacisku na pracodawców, by je poprawiali. Ogromne znaczenie ma w tym względzie aktywność związków zawodowych, społeczna inspekcja pracy itp.

Ten dwubiegunowy układ jest uzupełniony istnieniem państwowych służb inspekcyjno-kontrolnych oraz działalnością wyspecjalizowanej służby medycznej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna jest odpowiedzialna - poprzez działalność pionu higieny pracy stacji sanitarno-epidemiologicznych - za ocenę narażenia zawodowego w zakładach pracy (na podstawie pomiarów własnych lub kontroli wiarygodności oznaczeń wykonywanych przez inne laboratoria), sprawowanie nadzoru nad działalnością profilaktyczną służb medycyny pracy, a także uznawanie chorób zawodowych i wykonywanie działalności represyjnej w odniesieniu do pracodawców rażąco naruszających normy higieniczne.

Państwowa Inspekcja Pracy jest profesjonalną służbą kontroli stanu bezpieczeństwa pracy w przedsiębiorstwach (profilaktyka wypadkowa) i przestrzegania prawa pracy.

Ważnym dopełnieniem systemu są **służby medycyny pracy**, będące wydzieloną częścią służby zdrowia (systemu opieki zdrowotnej - publicznego i niepublicznego). Są one powołane do prowadzenia przede wszystkim działalności prewencyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki swoistej, wynikającej z konkretnych narażeń występujących w środowisku pracy, a także do wykonywania zadań z zakresu wychowania zdrowotnego i promocji zdrowia.

Konieczne jest jednak podkreślenie, że przedstawiony powyżej model dotyczy jedynie części gospodarki, tej, w której występuje zasada pracy najemnej, a więc pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę lub innej formy równorzędnej. To właśnie tę część gospodarki obejmuje *Kodeks pracy*, w tym jego rozwiązania regulujące zasady i warunki

bezpiecznej pracy, ochrony niektórych grup pracowniczych (np. młodociani, kobiety, kobiety w ciąży) czy wymagania z zakresu profilaktycznej ochrony zdrowia. Poza tymi uregulowaniami znajduje się jednak znaczna część osób pracujących indywidualnie lub w zespołach rodzinnych. Ta grupa pracujących była w Polsce zawsze bardzo liczna na wsi, a obecnie, w warunkach gospodarki wolnorynkowej, nabiera coraz większego znaczenia także w mieście. Brak uregulowań sprzyjających ochronie zdrowia "samozatrudniających się" jest najpoważniejszym wyzwaniem stojącym przed całym systemem ochrony człowieka w środowisku pracy. Nowa ustawa o służbie medycyny pracy jest pierwszą próbą oferty prozdrowotnej adresowanej do tej grupy osób, ale nie będzie to oferta skuteczna bez odpowiedniej aktywności w zakresie poprawy technicznych warunków pracy i wdrożenia choćby ograniczonych zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

3. Organizacja i zadania służb medycyny pracy

Według konwencji nr 161 MOP na działalność służb medycyny pracy składa się wszelka szeroko rozumiana prewencja. Warto podkreślić podstawową rolę tych służb, polegającą na wspomaganiu "głównych aktorów sceny": pracodawców i pracowników (lub ich przedstawicieli) lub wspomnianych "samozatrudniających się". Formą takiej pomocy powinno być doradzanie, przede wszystkim w zakresie:

- kryteriów (wymagań) określających zasady tworzenia i utrzymywania bezpiecznego i zdrowego środowiska pracy, sprzyjającego w możliwie optymalnym stopniu zdrowiu fizycznemu i psychicznemu pracowników w procesie pracy,
- adaptacji p r a c y do możliwości wykonujących ją osób, uwzględniając stan ich zdrowia fizycznego i psychicznego.

Zwróćmy uwagę na to inne podejście: kluczem ma być nie dobór osoby do pracy (czy też jej eliminacja według przeciwwskazań zdrowotnych), ale kształtowanie warunków pracy w dostosowaniu do indywi-

dualnych ludzkich możliwości. Konwencje stwierdzają jednoznacznie: służby medycyny pracy powinny być utworzone dla wszystkich pracujących, we wszystkich rodzajach działalności gospodarczej i we wszystkich miejscach pracy.

Podkreślenie profilaktycznego ukierunkowania służb medycyny pracy znajduje potwierdzenie w wyszczególnionych w konwencjach podstawowych kierunkach ich pożądanej aktywności. Należą do nich:

- 1) rozpoznawanie i ocena ryzyka zawodowego w miejscu pracy,
- 2) kontrola czynników występujących w środowisku pracy i organizacji pracy, które mogą mieć ujemny wpływ na zdrowie wykonujących pracę; kontrola dotyczy także instalacji sanitarnych, stołówek i mieszkań, jeśli udogodnienia te są zapewniane przez pracodawcę,
- 3) udzielanie rad z zakresu planowania i organizacji pracy, włączając w to projektowanie stanowisk pracy, wybór maszyn i innych urządzeń oraz ocenę stanu ich utrzymania (w sensie stwarzanego bezpieczeństwa), doradztwo dotyczące substancji używanych w procesie pracy,
- 4) udział w opracowywaniu programów poprawy procesu pracy, a także dokonywanie prób i oceny nowych urządzeń z punktu widzenia zdrowia,
- 5) udzielanie rad dotyczących zdrowia, bezpieczeństwa, higieny oraz ergonomii, a także spraw związanych z ochronami osobistymi i zabezpieczeniem zbiorowym,
- 6) kontrola stanu zdrowia pracujących w związku z pracą,
- 7) wspomaganie dostosowywania pracy do możliwości osoby wykonującej tę pracę,
- 8) uczestnictwo w działalności związanej z rehabilitacją zawodową,
- 9) współpraca w dostarczaniu informacji, szkoleniu i kształceniu w dziedzinie zdrowia, higieny pracy i ergonomii,
- 10) organizowanie pierwszej pomocy i pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach,
- 11) udział w analizach wypadków w pracy i chorób zawodowych.

(Konwencja nr 161 MOP, 1985)

Poznanie powyższych zadań, jakie powinny spełniać służba medycyny pracy, od razu wywołuje refleksję, że są one rozumiane znacznie szerzej niż traktowane dotąd zadania dawnej przemysłowej służby zdrowia. W tym nowym znaczeniu służba medycyny pracy jawi się jako organizacja interdyscyplinarna, wymagająca współpracy zarówno pracowników medycznych (lekarze, pielęgniarki, instruktorzy higieny, technicy medyczni) jak i przedstawicieli innych zawodów: inżynierów, ergonomistów, psychologów itp. Jest to w istocie ta sama koncepcja, o której mówiliśmy już przy charakteryzowaniu podstawowej opieki zdrowotnej.

Przedstawiona analiza zadań przypisanych modelowo służbom medycyny pracy wskazuje zarazem na kierunki pożądanych przekształceń systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi i w jego otoczeniu.

Można je ująć syntetycznie:

- wyeliminowanie dzisiejszego rozminięcia się z zasadą wielodyscyplinarności i wielosektorowości (wielobranżowości) rozwiązywania potrzeb zdrowotnych,

- zweryfikowanie zakresu opieki nad pracującymi i roztoczenia jej nad pracującymi we wszystkich rodzajach gospodarki, niezależnie od form organizacyjnych miejsca pracy; jedynie odmienny stopień ryzyka zdrowotnego związanego z pracą mógłby tu stanowić podstawę do zróżnicowania również zakresu form opieki.

- dokonanie zmian w proporcjach aktywności sektora medycznego działającego w ramach służb medycyny pracy tak, by różnorodne działania profilaktyczne były faktycznie dominujące i priorytetowe.

Prawdziwa i kompleksowa reforma opieki zdrowotnej nad pracującymi musi pozwolić na twierdzącą odpowiedź na trzy postawione pytania.

1. Czy zakładom pracy (pracodawcom) opłaca się (także w znaczeniu dosłownym, ekonomicznym) troska o zapewnienie higienicznych warunków pracy (w szerszym zakresie także eliminowanie zagrożeń dla środowiska zewnętrznego, emitowanych przez zakład)?

2. Czy pracownicy są zainteresowani promocją zdrowia, w tym zdrowymi (higienicznymi) warunkami pracy?

3. Czy pozytywne wyniki działalności służb medycznych w miejscu pracy (stan zdrowia podopiecznych) znajdują odzwierciedlenie w sferze motywacji?

Pamiętając o znaczeniu sektora "samozatrudniających się" pierwsze dwa pytania powinny być zastąpione jednym pytaniem: czy stworzone uwarunkowania i bodźce powodują zainteresowanie tych osób przestrzeganiem zasad ochrony zdrowia w związku z warunkami pracy?

Aktualna odpowiedź na wszystkie te pytania brzmi - niestety, nie. Założenia reformy zakładają zatem uwzględnienie szeregu rozwiązań systemowych, zmieniających ten niekorzystny stan rzeczy. Zaawansowanie poszczególnych zmian jest dość różne, między innymi z powodu kosztów, jakie trzeba ponieść w momencie wdrażania niektórych rozwiązań.

4. Aktualne zasady organizowania opieki zdrowotnej nad pracującymi

Prace zmierzające do przekształcenia przemysłowej służby zdrowia w nowoczesną służbę medycyny pracy, stanowiącą część systemu ochrony człowieka w środowisku pracy, są prowadzone - z różną intensywnością - od blisko pięciu lat. Można dziś już stwierdzić, że zakończony został ogromnie ważny etap: zbudowanie podstaw formalno-prawnych nowego systemu, najpierw w odniesieniu do osób wykonujących pracę na podstawie umowy o pracę, a ostatnio - także w odniesieniu do innych grup pracujących. W porównaniu z tempem zmian w całościowo pojmowanej służbie zdrowia, zasadnie można mówić o wyprzedzającym zaawansowaniu przekształceń w opiece zdrowotnej nad pracującymi.

Między innymi ze względu na tempo tych zmian, wydaje się zasadne wskazanie kolejnych etapów składających się na dokonaną reformę.

Pierwszym krokiem o charakterze formalnym było uchylene uchwały nr 353 Rady Ministrów z 1962 r., fundamentalnej dla powstania i funkcjonowania dawnej przemysłowej służby zdrowia. To właśnie ta uchwała obligowała duże zakłady pracy do tworzenia placówek przemysłowej służby zdrowia i ponoszenia ciężarów ich utrzymania, pozostawiając jednak pracowników wszelkich innych przedsiębiorstw poza opieką tej służby.

Powstałą lukę wypełniła inicjatywa tzw. małej nowelizacji działu X *Kodeksu pracy* w maju 1991 r. Na podkreślenie zasługuje niezwykle aktywna i skuteczna rola Rady Ochrony Pracy przy Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej w pilotowaniu szybkiego wprowadzenia tej koniecznej zmiany. Wprowadziła ona zupełnie nową zasadę udziału pracodawców w organizowaniu i kosztach ochrony zdrowia pracowników. Zasada ta obligeuje wszystkich pracodawców do:

- posiadania wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy,
- informowania pracowników o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą i wynikach pomiarów czynników szkodliwych,
- dopuszczania do pracy tylko pracowników posiadających aktualne orzeczenie o zdolności do pracy na określonym stanowisku,
- opłacania kosztów badań i pomiarów czynników szkodliwych w środowisku pracy oraz kosztów badań profilaktycznych (okresowych i kontrolnych).

Najistotniejsze znaczenie dokonanej nowelizacji polegało na wprowadzeniu po raz pierwszy równych obowiązków dla wszelkich pracodawców, niezależnie od rodzaju aktywności gospodarczej i sektora własności, zgodnie z ideami i zaleceniami Międzynarodowej Organizacji Pracy.

Ważnym uzupełnieniem tej nowelizacji była decyzja Ministra Finansów umożliwiająca placówkom służby zdrowia sprawującym opiekę nad pracującymi, będącymi przecież jednostkami budżetowymi, sprzedaż świadczeń zdrowotnych i wykorzystywanie tak zdobytych środków na pokrycie bieżących (pozapłacowych) kosztów. Szczególne znaczenie miało

to dla tych przychodni, które utraciły poprzednią możliwość wsparcia finansowego ze strony zakładów pracy. Zwiększyło to szanse przetrwania tych placówek, a więc uchronienia zasobów do czasu wprowadzenia nowych zasad organizacji służb medycyny pracy.

Konstruując założenia nowego systemu uznano, że wobec częstotliwości zmian w gospodarce musi się on opierać na regulacjach dotyczących rozwiązań funkcjonalnych a nie strukturalnych, jak dotąd przyjęto określać w przepisach prawnych. Zgodnie z tą koncepcją założono docelowo istnienie pełnego polimorfizmu organizacyjnego jednostek realizujących opiekę zdrowotną nad pracującymi. Możliwość istnienia takiego systemu, przynajmniej w zakresie jednostek organizacyjnych opieki zdrowotnej nad pracującymi, przybliżyło uchwalenie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej². Ustawa ta, gdyby nie karygodny - co należy powiedzieć - brak jej "oprzyrządowania" w konieczne akty wykonawcze, mogła mieć znacznie większą, niż okazało się to w odniesieniu do "ogólnej" służby zdrowia, moc kreowania nowej rzeczywistości w opiece zdrowotnej. Wspomniana ustawa, poprzez stworzenie różnym podmiotom prawnego przyzwolenia na tworzenie zakładów opieki zdrowotnej, dała rzeczywistą szansę na zerwanie z dotychczasowym monopolem państwa w organizowaniu opieki zdrowotnej. Praktycznie każdy, o ile spełni wymagania zawarte w odpowiednich rozporządzeniach wykonawczych (dotyczących m.in. pomieszczeń, kwalifikacji zatrudnionego personelu), mógł, od momentu wejścia ustawy w życie, wystąpić w roli organu założycielskiego zakładu opieki zdrowotnej.

Ustawa wprowadziła podział zakładów opieki zdrowotnej na publiczne i nie mające charakteru zakładu publicznego (niepubliczne). Organem założycielskim publicznych zoz są organa administracji państwowej lub władze samorządowe, natomiast niepubliczne zoz mogą być tworzone przez bardzo różne podmioty. W interesującym nas

² Ustawa ta została gruntownie znowelizowana ustawą z dnia 20 czerwca 1997 r. (Dz.U. Nr 104, poz. 661)

kontekście, mogli wśród nich być m.in. pracodawcy (zakłady pracy) oraz lekarze zamierzający realizować się zawodowo w dziedzinie medycyny pracy. Finansowanie publicznych zoz, analogicznie jak wcześniej placówek społecznej służby zdrowia, według ówczesnych rozwiązań, miało następować z budżetu państwa. Należy jednak podkreślić, że ustawa dała po raz pierwszy możliwość posiłkowania się środkami publicznymi tym (niepublicznym) zoz, które, w drodze kontraktów z dysponentem tych środków, zobowiązały się do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym. Do nowych rozwiązań należało również wskazanie na możliwość funkcjonowania publicznego zakładu opieki zdrowotnej w nowej formie gospodarki finansowej: jako zakładu samodzielnego, tworzącego we własnym zakresie swój budżet i reguły funkcjonowania, określającego swoje związanie z dysponentem środków budżetowych poprzez kontrakty.

Zgodnie ze stworzonymi możliwościami mogły odtąd powstawać różnego typu placówki, których przynależność do systemu służb medycyny pracy określało wpisanie do statutu, a następnie rzeczywiste wykonywanie zadań z zakresu opieki zdrowotnej nad pracującymi.

Przytoczone regulacje stworzyły podstawy gry rynkowej: powstały podmioty oferujące świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny pracy oraz podmioty ubiegające się o takie świadczenia. Nie obowiązywał jednak jeden schemat. Pracodawcy, aby wywiązać się z nałożonego *Kodeksem pracy* obowiązku zapewnienia badań profilaktycznych swoich pracowników, mogli bądź zakupić obligatoryjne świadczenia, bądź wystąpić w roli organu założycielskiego i utworzyć własny zakład opieki zdrowotnej. W tym drugim przypadku, posiadając własną bazę i mając możliwości sfinansowania działalności, pracodawcy mogli zagwarantować załodze także świadczenia o charakterze leczniczym.

Osiągnięciem w procesie tworzenia nowoczesnych służb medycyny pracy było dokonanie (sierpień 1992 r.) zmiany w rozporządzeniu dotyczącym przeprowadzania badań lekarskich pracowników. Po długich staraniach i trudnych negocjacjach, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wprowadził zasadę, zgodnie z którą badania profilaktyczne pracujących

mogły być odtąd przeprowadzane tylko przez lekarzy mających odpowiednie przygotowanie zawodowe, potwierdzone uzyskaniem uprawnień. Uregulowanie tego problemu miało ogromne znaczenie nie tylko dla podniesienia jakości badań profilaktycznych. Podkreśliło ono też rangę specjalizacji z medycyny pracy, jako jedynej drogi uzyskiwania uprawnień do wykonywania badań profilaktycznych pracujących. W rozporządzeniu przyjęto równocześnie, na okres przejściowy, inne, mniej rygorystyczne wymagania w stosunku do lekarzy ubiegających się o uprawnienia do wykonywania badań profilaktycznych pracujących (m.in. odpowiednio długi staż pracy w przemysłowej służbie zdrowia, kursy kwalifikacyjne)³.

Wprowadzenie odrębnych "uprawnień profilaktycznych" nie było dobrze przyjęte przez część środowiska lekarskiego spoza medycyny pracy. Wielu jest bowiem lekarzy, których trudno przekonać, że badanie profilaktyczne (wstępne, okresowe, kontrolne) nie ma charakteru *przeglądu* stanu zdrowia, a jest oceną zdolności organizmu do wykonywania pracy na konkretnych stanowiskach pracy, w określonych warunkach narażenia zawodowego. Ocena taka wymaga fachowego przygotowania zarówno z zakresu higieny pracy jak i patologii zawodowej. Słuszność takiego rozwiązania podkreśliła w swoim stanowisku z października 1993 r. Rada Ochrony Pracy przy Sejmie RP, po dyskusji na temat zaawansowania reformy opieki nad pracującymi (*Opinia Rady Ochrony Pracy*, 1993).

Etapowe regulowanie wybranych elementów systemu ochrony człowieka w środowisku pracy - konieczne ze względu postępujące zmiany w gospodarce narodowej - znalazły swoje ostateczne zwieńczenie w całościowej zmianie *Kodeksu pracy*⁴. Znaczenie tej nowelizacji wynika

³ Ostateczne uregulowanie tego problemu nastąpiło poprzez rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. Nr 69, poz. 332 i z 1997 r. Nr 60, poz. 375). Rozporządzenie to jednoznacznie zamknęło uregulowania okresy przejściowego.

⁴ Ustawa z dnia 2 lutego 1996 r. o zmianie ustawy Kodeks pracy oraz o zmianie innych ustaw (Dz.U. nr 24, poz. 110).

zarówno z zapisów samej ustawy, jak i z wywołania pokąźnego pakietu przepisów wykonawczych. Znalazły w nich bowiem miejsce nowe uregulowania dotyczące ochrony zdrowia pracowników, idące znacznie dalej od obowiązujących wcześniej. Nie wchodząc w szczegóły tych nowych rozwiązań, celowe jest jednak wskazanie przynajmniej najważniejszych obszarów objętych tymi regulacjami. Dotyczą one, między innymi:

- bardziej precyzyjnego ujęcia ochrony pracy kobiet (w tym kobiet w ciąży) i młodocianych,

- wprowadzenia szczególnych wymagań ochrony pracy wynikających ze stosowania substancji chemicznych i czynników rakotwórczych,

- określenia wymagań odnośnie do profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej w stosunku do wszystkich pracowników, z jej szczególnym rozszerzeniem na pracowników pracujących w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych, z określeniem zasad monitorowania stanu zdrowia pracowników narażonych na działanie czynników rakotwórczych i pyłów zwiókniających,

- stworzenia nowych płaszczyzn porozumienia pracodawców i pracowników w zakresie poprawy warunków pracy, m.in. poprzez inne sformułowania zadań służb bezpieczeństwa i higieny pracy, ustanowienie wspólnych komisji (z udziałem lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad parcownikami) oraz nowe określenie powinności edukacyjnych i kontrolnych.

Mimo ogromnego, pozytywnego znaczenia wprowadzonych rozwiązań, nie należy zapominać o ich ograniczonym zasięgu. Jak wspomniano wcześniej, dotyczyły one tylko części rynku pracy, tj. tego obszaru, w którym występuję relacja stosunku pracy pomiędzy pracodawcą i pracownikiem. Nadal poza regulacjami pozostało wykonywanie pracy przez tzw. samozatrudniających się, tj. osób wykonujących pracę samodzielnie lub razem z najbliższymi członkami rodziny.

Pierwszym rozwiązaniem prawnym wychodzącym poza obszar zakreślony Kodeksem pracy stała się, przytoczona wcześniej, ustawa

o służbie medycyny pracy. Podobnie jak całościowa nowelizacja *Kodeksu pracy* "wchłonęła" wcześniejsze rozwiązania cząstkowe, tak i ustawa o służbie medycyny pracy wykorzystywała dokonane wcześniej zmiany, jednak - należy to szczególnie podkreślić - rozciągając podstawowe zasady także na osoby, których *Kodeks pracy* nie dotyczy.

Dlatego też uzasadnione jest wskazanie głównych regulacji ujętych w ustawie.

Służba medycyny pracy ma służyć swoją działalnością wszystkim pracującym, niezależnie od miejsca i rodzaju wykonywania pracy, różnicując jedynie zakres i formy swojej działalności w zależności od oceny stanu zdrowia podopiecznych i stwierdzanego ryzyka zdrowotnego związanego z pracą. Nowymi grupami osób objętych ustawą stały się: osoby pozostające w stosunku służbowym, świadczące pracę w czasie odbywania kary pozbawienia wolności, kandydaci do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniowie oraz studenci oraz uczestnicy studiów doktoranckich, narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, a także osoby prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek, osoby z nimi współpracujące, w tym także rolnicy indywidualni wraz z domownikami. Ważne jest też zaadresowanie świadczeń służby medycyny pracy do osób, które ze względu na wiek lub inną przyczynę przestały pracować zawodowo lub pełnić służbę.

Ogromnie ważne - zwłaszcza w kontekście wcześniejszych rozważań na temat dylematu proporcji działań w opiece zdrowotnej nad pracującymi - wydaje się dość dokładne sprecyzowanie zadań służby medycyny pracy. Ustawa wymieniła je następująco:

1. Ograniczanie szkodliwego wpływu pracy na zdrowie, w szczególności przez:

a) rozpoznawanie i ocenę czynników występujących w środowisku pracy oraz sposobów wykonywania pracy, mogących mieć ujemny wpływ na zdrowie,

b/ rozpoznawanie i ocenę ryzyka zawodowego w środowisku pracy oraz informowanie pracodawców i pracujących o możliwości wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych będących jego następstwem,

c/ udzielanie pracodawcom i pracującym porad w zakresie organizacji pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy.

2. Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w szczególności przez:

a) wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewidzianych w *Kodeksie pracy*,

b) orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w *Kodeksie pracy* i w przepisach wydanych na jego podstawie,

c) ocenę możliwości wykonywania pracy lub pobierania nauki uwzględniającą stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy lub nauki,

d) prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i leczniczej w zakresie patologii zawodowej,

e) prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywaną pracą,

f) wykonywanie szczepień ochronnych, niezbędnych w związku z wykonywaną pracą,

g) monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka, a zwłaszcza osób wykonujących pracę w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych, młodocianych, niepełnosprawnych oraz kobiet w wieku rozrodczym i ciężarnych,

h) wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywaną pracą.

3. Prowadzenie ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową.

4. Organizowanie i udzielanie pierwszej pomocy medycznej w nagłych zachorowaniach i wypadkach, które wystąpiły w miejscu pracy, służby lub pobierania nauki.

5. Inicjowanie i realizowanie promocji zdrowia, a zwłaszcza profilaktycznych programów prozdrowotnych wynikających z oceny stanu zdrowia pracujących.

6. Inicjowanie działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników i udzielania pomocy w ich realizacji, a w szczególności w zakresie:

a) informowania pracowników o zasadach zmniejszania ryzyka zawodowego,

b) wdrażania zasad profilaktyki zdrowotnej u pracowników należących do grup szczególnego ryzyka,

c) tworzenia warunków do prowadzenia rehabilitacji zawodowej,

d) wdrażania programów promocji zdrowia,

e) organizowania pierwszej pomocy przedmedycznej.

7. Prowadzenie analiz stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz wypadków przy pracy.

8. Gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.

Jak widać, zakres zadań został tak sformułowany, że w jego realizacji mogą uczestniczyć nie tylko lekarze i pracownicy o innym medycznym przygotowaniu zawodowym, ale także pracownicy niemedyczni, odpowiednio do posiadanych kwalifikacji i uzyskanych uprawnień. I jeszcze jedno: zestaw zadań służby medycyny pracy nie ma charakteru obligatoryjnego, tj. obowiązującego wszystkich, zarówno realizatorów jak i biorców świadczeń zdrowotnych. Zakres zadań wskazuje *kompetencję przedmiotową* służby medycyny pracy, określając ofertę możliwych i pożądanых świadczeń. Wolumen świadczeń udzielanych faktycznie może być utworzony z dowolnej kompozycji poszczególnych działań. Będzie to wypadkowa: z jednej strony - kompetencji kadry w jednostkach służby medycyny pracy, ich możliwości aparaturowych i kooperacyjnych, z drugiej zaś strony - zapotrzebowania na określoną działalność i wybór dokonany przez podopiecznych (konsumentów świadczeń), będących nosicielami środków finansowych.

W nowatorski sposób określono strukturę organizacyjną służby medycyny pracy. Ma to być organizacja dwuszczeblowa: mają się na nią składać jednostki podstawowe i jednostki wojewódzkie. Jednostki podstawowe będą się tworzyć się na zasadzie pełnej dowolności

strukturalnej. Są to przede wszystkim lekarze o odpowiednich kwalifikacjach (uprawnieniach). Lekarze ci sami mogą decydować o sposobie wykonywania zadań służby medycyny pracy, tj. albo przez podjęcie zatrudnienia w zakładzie opieki zdrowotnej, uwzględniającym taki zakres działalności w swoim statucie albo poprzez praktykę indywidualną. Jednostkami podstawowymi będą także zakłady opieki zdrowotnej, które zostały lub zostaną utworzone **specjalnie w celu** sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.

Koncepcja, aby uznać za element struktury organizacyjnej osobę, w tym przypadku lekarza z odpowiednimi kwalifikacjami, jest nowatorska wobec dotychczasowej tradycji organizowania opieki zdrowotnej. Po raz pierwszy w powojennym ustawodawstwie dotyczącym służby zdrowia, zakres uprawnień został przypisany osobie, konkretnemu lekarzowi, niezależnie od jego miejsca zatrudnienia i formy wykonywania praktyki zawodowej. Ustawa rozszerza wymóg posiadania specjalnych kwalifikacji do wykonywania niektórych zadań służby medycyny pracy także na pielęgniarki. Zrealizowanie przedstawionej koncepcji pozwoli na stworzenie sieci jednostek podstawowych różnorodnych strukturalnie, ale jednolitych w zakresie kompetencji i uprawnień, poddanych jednolitemu nadzorowi fachowemu, specjalistycznemu, specyficznemu dla polskiego systemu opieki zdrowotnej i tradycyjnie w nim funkcjonującemu. Lekarz i pielęgniarka, ze swoimi potwierdzonymi kwalifikacjami z dziedziny medycyny pracy, mogą korzystać ze swobody wyboru między różnymi formami praktyki: mogą wykonywać swoją rolę w ramach zakładu opieki zdrowotnej, publicznego lub niepublicznego, a także prowadzić praktykę indywidualną. To ważny wyłom w sposobie myślenia o organizacji w całym systemie opieki zdrowotnej.

Z myślą o jednolitym systemie kontroli i nadzoru zostały zaprojektowane jednostki wojewódzkie. Mogą być one organizowane wyłącznie jako publiczne zakłady opieki zdrowotnej, a zatem ich funkcje mają charakter niezbędnej, regulacyjnej interwencji państwa. Dlatego też bezpośrednia działalność wojewódzkich ośrodków medycyny pracy została sprowadzona do zakresu uzupełniającego świadczenia placówek czy osób

określonych w ustawie jako jednostki podstawowe służby medycyny pracy. Rozbudowane zostały natomiast zadania obejmujące:

- kontrolę poziomu fachowego świadczeń zdrowotnych z dziedziny medycyny pracy udzielanych na obszarze działania WOMP,
- rozpatrywanie odwołań od orzeczeń wystawionych przez lekarzy w placówkach terenowych lub gabinetach prywatnych,
- prowadzenie podyplomowego kształcenia fachowego personelu medycznego i udział w przyznawaniu wymaganych szczególnych uprawnień w dziedzinie medycyny pracy.

Ustawa przewiduje możliwość porozumienia się wojewodów i utworzenia jednej jednostki dla dwu lub kilku województw, jako międzywojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, z zadaniami i kompetencjami odpowiednimi dla jednostek wojewódzkich.

Ustawa przewidziała obowiązek wsparcia specjalistycznego i ekspertyzowego dla działalności służby medycyny pracy ze strony instytutów medycyny pracy oraz odpowiednich kompetencyjnie katedr akademii medycznych.

Przekształcenia w systemie opieki zdrowotnej nad pracującymi nie dotyczą jednak, jak można by sądzić, tylko sfery rozwiązań organizacyjno-ekonomicznych. Należy założyć, że przemiany w gospodarce spowodują konieczność nowego podejścia do wielu problemów zdrowotnych związanych ze środowiskiem pracy. Wyciągając wnioski z przemian w krajach wysoko rozwiniętych, szeroki zakres zastosowania nowych technologii spowoduje również u nas zmiany co do istoty wykonywanej pracy i profili zawodowych. Stosunek pracowników fizycznych (na których zwracaliśmy w dawnej przemysłowej służbie zdrowia główną uwagę) do pracowników umysłowych kształtował się jeszcze 20 lat temu jak 3:1, podczas gdy zmiany w gospodarkach krajów rozwiniętych proporcje te już niemal odwróciły. Coraz powszechniej typowym zajęciem będzie wykonywanie pracy w warunkach nazywanych biurowymi i wykonująca swoje obowiązki w skomputeryzowanym środowisku. W związku z tymi przemianami wiele tradycyjnych zagrożeń będzie zanikać, natomiast w ich miejsce pojawiają

się problemy związane ze sposobem wykonywania pracy, a więc ergonomią, przeciążeniami narządu wzroku, przeładowaniem informacjami i zawodowym przeciążeniem umysłu, stresem.

Można oczywiście patrzeć sceptycznie na tę wizję, jako odległą od naszej dzisiejszej rzeczywistości gospodarczej. Prognozując problemy zdrowotne związane ze środowiskiem pracy, z całą pewnością w XXI wiek wkroczymy z problemami generowanymi przez wypadki przy pracy, tradycyjne choroby zawodowe, przeciążenia fizyczne i zatrucia substancjami chemicznymi, choć częściej przewlekłe niż ostre. Już dziś jednak powstają nowe problemy związane z transferem (często niekontrolowanym) niebezpiecznych technologii, substancji chemicznych i toksycznych odpadów. Dopiero tak znaczący kataklizm, jak powódź w 1997 r., spowodował, że dostrzeżono a nawet i zostało zjawisko stresu pourazowego, będące przecież normalnym obciążeniem wielu zawodów: strażaków, policjantów, kierowców itp.

Ogromnym wyzwaniem dla dzisiejszej praktyki będzie wdrożenie i przestrzeganie uprawnień pracowników w związku z ochroną zdrowia w procesie pracy. Mimo że główny ciężar tego problemu leży we wzajemnych relacjach pracownik - pracodawca, na służby medyczne - ze względu na ich kompetencje dotyczące oceny ryzyka zawodowego i stanu zdrowia - spada szczególny obowiązek wspierania aktywności pracowników, a nawet jej inspirowania.

Pomijając literalne różnice w zapisach, konwencje i uzupełniające je zalecenia wnoszą podobne, szerokie uprawnienia dla pracowników. Do mocno podkreślanych podstawowych praw pracowników należy dostęp do informacji dotyczącej czynników narażenia zdrowia w miejscu pracy. Przepisy wręcz nakazują pełne informowanie pracowników, nie tylko o czynnikach narażenia zdrowia i ryzyku związanych z nimi schorzeń, ale też o dostępnych metodach zapobiegania tym zagrożeniom.

Konieczna jest w tym miejscu konstatacja, jak wiele z tych zasad jest w naszych polskich warunkach jeszcze niedocenianych, a w związku z tym nie przestrzeganych. Problem ten dotyczy przede wszystkim respektowania prawa, ale zasadne jest też podkreślenie, że również niektóre zasady mogą

budzić zastrzeżenia, a przynajmniej wątpliwości. Do takich rozwiązań należy z pewnością problem zmiany stosunku: pracownik medyczny - podopieczny, z paternalistycznego na partnerski. W tym też obszarze mieści się poważne zagadnienie respektowania w działaniach służby medycyny pracy praw jednostki. Przy pełnej świadomości kontrowersji w odbiorze takiego poglądu, musi nastąpić przemiana w świadomości i postawie lekarskiej: od roli wyrokującej o możliwości wykonywania określonej pracy ze względu na stan zdrowia i występujące zagrożenia (a taka rola jest zapisana np. w *Kodeksie pracy* poprzez konieczność zapisania orzeczenia o przeciwwskazaniach do pracy⁵), do roli doradzającej podopiecznemu czy pacjentowi możliwe i pożądane zachowania.

Obowiązująca sytuacja prawna, kwestionowana zresztą bardzo mocno w kontaktach z reprezentantami krajów o stabilnej demokracji, już obecnie stwarza sytuacje wątpliwe moralnie. Orzeczenie lekarskie o zakazie wykonywania pracy ze względu na przeciwwskazanie zdrowotne nosi w sobie swego rodzaju sankcję, prowadząc bardzo często do utraty zatrudnienia, a w konsekwencji do znaczącego pogorszenia sytuacji życiowej, tak zainteresowanego pracownika, jak i jego rodziny. Ocena dopuszczalności podjęcia ryzyka powinna być w rękach samych zainteresowanych, oczywiście rozstrzygana przy pełnej i rzetelnej informacji o możliwych skutkach zdrowotnych udzielanej przez pracowników służby medycyny pracy, być może tylko z tym wyjątkiem, kiedy stan zdrowia mógłby zagrażać życiu osoby wykonującej pracę lub zdrowiu i życiu otoczenia. W tym zakresie powinniśmy założyć zarówno potrzebę zmiany rozwiązań prawnych jak i obowiązujących kanonów postępowania medycznego. Rozwiązanie wspomnianego problemu będzie musiało, prawdopodobnie, nastąpić w trybie dość priorytetowym, gdyż wymaga tego ratyfikowanie Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Swobód oraz Europejskiej Karty Socjalnej.

Podkreślając znaczenie oddziaływania na pracowników, czy szerzej

⁵ Art. 229 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy, wersja ujednolicona wg stanu prawnego na dzień 1 marca 1996 r., wydawnictwo "Librata", 1996 r.

- na pracujących - zasadne jest zwrócenie szczególnej uwagi na wszelkie przedsięwzięcia mogące kreować i kształtować zachowania sprzyjające zdrowiu, zarówno w środowisku pracy, jak i poza nim. Ten obszar działań należy do zakresu promocji zdrowia. Miejsce pracy (zakład pracy czy też pewien ich zbiór), charakteryzujące się jednością miejsca, specyfiką relacji międzyludzkich tak w układzie hierarchicznym jak i poziomym, specyfiką respektowanych autorytetów - może być wykorzystane jako najlepsze środowisko dla inicjowania działań promocyjnych. Zakres tych działań, zmierzających do indywidualnego ograniczenia ryzyka zdrowotnego, powinien stać się w najbliższej nawet przyszłości podstawą do pozytywnego premiowania, m.in. w ramach zakładowych systemów wynagradzania, a w przypadku przyjęcia w przyszłości zasady partycypacji pracowników w opłacaniu składki ubezpieczenia (społecznego lub zdrowotnego) mógłby również prowadzić do zróżnicowania tego uczestnictwa w zależności od indywidualnych zachowań zdrowotnych (wyższą składkę opłacałyby np. osoby palące tytoń, albo świadomie uchylające się od stosowania środków ochrony osobistej). Pewne propozycje w tych sprawach zostały zawarte w przygotowywanych obecnie projektach nowych ustaw o zaopatrzeniu emerytalno-rentowym pracowników.

Ważnym czynnikiem w powodzeniu ogólnej strategii upowszechniania prozdrowotnego stylu życia jest stworzenie sytuacji, w której człowiek nie znajduje się sam wobec występujących wokół problemów, lecz wręcz przeciwnie, może korzystać ze wsparcia, porady, pomocy w rozwiązywaniu nurtujących go problemów.

Jest to wyzwanie dla nowo organizowanych służb medycyny pracy.

Dr n. med. Lech T. Dawydzik

I. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia

1. Pojęcie zdrowia

Gdy mówi się o promocji zdrowia, sprawą podstawową jest określenie, co rozumiemy przez zdrowie. Jasność w tym zakresie porządkuje nasze myślenie, a równocześnie kierunkuje nasze działania na rzecz zdrowia. Budowanie definicji zdrowia ma w tym przypadku znaczenie jak najbardziej praktyczne. Z racji oczywistych nie możemy jednak tutaj zajmować się tym zagadnieniem szeroko, ograniczymy się do przedstawienia jedynie podstawowych rysów proponowanego rozumienia pojęcia zdrowia.

Spośród bardzo wielu definicji zdrowia, które dotychczas wypracowano, decydujemy się na wybór powszechnie znanej, choć również nie wolnej od zastrzeżeń, definicji przedstawionej w WHO-wskiej Konstytucji z 1946 r. Zdrowie jest w niej ujęte jako "stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia (dobrostanu), a nie tylko brak choroby lub kalectwa". W tej definicji wyeksponowane są trzy aspekty zdrowia: po pierwsze - że zdrowie jest stanem pozytywnym człowieka, po drugie - termin "pełne" sugeruje, że jest ono stopniowalne, po trzecie - że ma ono charakter wielowymiarowy (wieloaspektowy). W związku z wymienionymi dwoma pierwszymi aspektami zdrowia uzasadnione jest traktowanie go w kategoriach jego umacniania, budowania lub rozwoju.

Definicję WHO-wską należałoby uzupełnić o aspekt funkcjonalny zdrowia wyrażony w znanym sformułowaniu T. Parsonsa, który ujmował je jako "stan optymalnej zdolności do efektywnego wykonywania cenionych zadań" (Parsons, 1969, s. 326), lub krócej, jak zauważył R. Dubos, iż zdrowie jest "zdolnością do możliwie najlepszego funkcjonowania w swoim środowisku" (cyt. za: *Rapport au Ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire*, 1992, s. 9). To uzupełnienie pozwala również mówić o zdrowiu osób, których potencjał zdrowotny jest obniżony.

2. Zachowania jednostkowe a zdrowie⁶

Jak zobaczymy w dalszych partiach analizy, samą istotą promocji zdrowia ujmowanej od strony czynnościowej są działania nakierowane bezpośrednio na uzyskanie korzystnych dla zdrowia przekształceń w sferze tej kategorii zachowań ludzkich, które mają udokumentowane potencjalne skutki zdrowotne, czyli tzw. zachowań zdrowotnych. Zachowania te (często mówi się tu o stylu życia) są bowiem, w warunkach wysoko rozwiniętych współczesnych społeczeństwach, rozstrzygającym czynnikiem zdrowia jednostek i złożonych z nich zbiorowości. Dlatego promować zdrowie oznacza przede wszystkim właśnie zmieniać ludzkie zachowania.

W związku z tym analiza teoretycznych podstaw promocji zdrowia sprowadza się w głównej mierze do przedstawienia związków zachowań zdrowotnych (stylu życia) ze zdrowiem.

Idea promowania zdrowia zrodziła się wówczas, gdy systematyczne badania, szczególnie epidemiologiczne, udokumentowały tezę, że w społeczeństwach wysoko rozwiniętych, a więc w takich, w których zarówno ogólny poziom życia, jak też poziom ochrony zdrowia są wysokie,

⁶ Kompleksową analizę tego zagadnienia zawiera opracowanie: A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990. Cytowane w podrozdziale dane pochodzą z tego opracowania.

decydującym czynnikiem zdrowia są indywidualne zachowania zdrowotne, czyli - inaczej mówiąc - styl życia ludzi. Ewentualna globalna poprawa stanu zdrowia takich społeczeństw nie zależy już od maksymalizowania nakładów na medycynę naprawczą, czego zresztą nie są w stanie wytrzymać nawet najbogatsze kraje, ale związana jest właśnie z prozdrowotnym kształtowaniem zachowań (stylu życia) obywateli.

W 1978 r. ówczesny minister zdrowia Kanady M. Lalonde (1978) w słynnym raporcie pt. *Nowe perspektywy zdrowia Kanadyjczyków* zaproponował, dla analizy czynników warunkujących zdrowie, prosty schemat teoretyczny określony jako "pole zdrowotne". Pole to tworzą cztery wyodrębnione działki: biologia człowieka, środowisko, styl życia oraz opieka medyczna. Schemat ten jest odtąd powszechnie przyjmowany jako narzędzie analizy uwarunkowań zdrowia.

Przyjmując teoretyczny model pola zdrowotnego usiłowano ustalić procentowy udział poszczególnych czynników w warunkowaniu zdrowia. Według różnych szacunków, jakich tu dokonano, pozycja stylu życia (zachowań zdrowotnych) jest niezwykle wysoka.

I tak np. Dever ustalił dla Stanów Zjednoczonych, że styl życia stanowi ostateczny powód 43% ogółu zgonów, spowodowanych przez pięć głównych bezpośrednich przyczyn zgonów, tzn. choroby serca, rak, choroby mózgowo-naczyniowe, wypadki drogowe i inne wypadki. Czynniki biologiczne są odpowiedzialne za 27% zgonów, środowisko za 19%, a organizacja ochrony zdrowia za 11%. Udział stylu życia w zgonach spowodowanych rakiem wynosi 37%, dla wypadków drogowych aż 69%. Milsum cytując te dane zauważa: "najwyraźniej styl życia staje się szeroko rozumiany jako główny czynnik chorób i przedwczesnych zgonów" (Milsum, 1980, s. 124).

Okólski (1985, s. 19) przytacza informację, że wg oceny Ministerstwa Oświaty i Opieki Społecznej USA zagrożenia związane ze stylem życia są tam odpowiedzialne za ponad połowę straty długości przeciętnego dalszego trwania życia w różnych jego momentach, możliwej do uniknięcia w obecnych warunkach tego kraju.

Instytut Medycyny Amerykańskiej Akademii Nauk oszacował, że ok. 50% przypadków chorób chronicznych w USA związanych jest z indywidualnym zachowaniem (Preface do: Caplan, Criqui, 1985, s.V). Opatz (1985, s. 7) podaje dla USA za: Center for Disease Control, Public Health

Service (1975) następujący rozkład procentowego udziału czterech składowych elementów pola zdrowotnego w zgonach:

- 1) styl życia 53%
- 2) środowisko 21%
- 3) dziedziczenie 16%
- 4) opieka zdrowotna 10%

Aktualna lista zachowań zidentyfikowanych jako potencjalnie zagrażające zdrowiu obejmuje ponad 20 pozycji. Czołówkę tego zestawu stanowią: 1) nie zrównoważony sposób odżywiania się, 2) palenie tytoniu, 3) nadmierne picie alkoholu, 4) brak aktywności fizycznej, 5) nadmierny stres psychiczny. W ostatnich latach swoisty awans wystąpił tu w przypadku nieodpowiedzialnych zachowań seksualnych (problem AIDS). Poważne znaczenie mają też zachowania związane ze sposobem korzystania z opieki medycznej.

Bardzo istotną kategorią zachowań warunkujących zdrowie są zachowania związane z wykonywaną pracą zawodową. Chodzi tu szczególnie o podporządkowanie się pracowników formalnym wymogom pracy bezpiecznej i higienicznej. Znana jest rola indywidualnych zachowań pracowniczych w powstawaniu, ale też i prewencji, wypadków przy pracy, a także chorób zawodowych.

3. Stres psychiczny - szczególny czynnik warunkujący zdrowie⁷

W zespole zachowań mających potencjalne znaczenie zdrowotne wymienia się stres psychiczny. Nie jest to zachowanie w sensie właściwym. Jest to pewien psychiczny stan człowieka będący pochodną jego interakcji z otoczeniem. Stan ten przy pewnych parametrach może mieć negatywny wpływ na zdrowie tak fizyczne, jak i psychiczne. Środowisko pracy jest źródłem wielu bodźców (stresorów) wywołujących stany stresowe. Nie możemy w opracowaniu o takim charakterze jak niniejsze zajmować się

szczegółowo kwestią stresu jako czynnikiem warunkującym zdrowie. Jest to zagadnienie złożone i ujmowane w różny sposób. Ze względu jednak na to, że stres jest tak ściśle związany z pracą, a ponadto dopiero od niedawna coraz bardziej dostrzegany jako ważny praktyczny problem zdrowotny populacji pracujących, poświęcimy mu uwagę specjalną. Wydaje się, że należy forsować doprowadzenie informacji na ten temat do świadomości osób odpowiedzialnych i decydujących o ochronie zdrowia w miejscu pracy po to, by również w Polsce zagadnienie stresu w pracy stało się ważnym problemem praktycznym.

Warto zauważyć, że dla kierownictwa przedsiębiorstwa stres ma znaczenie z dwóch powodów. Po pierwsze, jako czynnik warunkujący zdrowie załogi, a więc pośrednio jej efektywność produkcyjną, po drugie, jako czynnik bezpośrednio wpływający na jej sprawność. Ludzie pracujący w warunkach silnego i chronicznego stresu nie tylko częściej chorują, ale też, gdy pracują, są mniej wydajni, popełniają więcej błędów (niższa jakość!), w końcu częściej ulegają wypadkom. Stąd tak istotne jest kontrolowanie, albo inaczej - panowanie nad stresem w środowisku pracy (w literaturze anglojęzycznej przyjęło się określenie *stress management*).

Gdy mówimy o zagrożeniach zdrowia przez stres psychiczny - a tylko taki (w odróżnieniu od biologicznego) mamy tu na uwadze - to myślimy o takim stanie pobudzenia, czy, inaczej mówiąc, napięcia emocjonalnego jednostki, przy którym występuje nadmierne obciążenie jej systemu samoregulacji psychicznej (Tomaszewski i in., 1979, s. 634). Stan ten może mieć charakter bądź to incydentalny, bądź też chroniczny. Najczęściej jest on wywołany zdarzeniami przykrymi dla człowieka, ale teoretycznie biorąc, mogą to być także zdarzenia przeżywane jako bardzo dla niej pozytywne.

Fizjologiczny mechanizm wpływu stresu na zdrowie jest złożony i, jak dotąd, dość słabo rozpoznany. Pomijając wszelkie szczegółowe i sporne kwestie, dziś nie ulega wątpliwości, że: po pierwsze - stres, zwłaszcza

⁷ Podrozdział opiera się na artykule: A. Gniazdowski, Stres związany z pracą a zagrożenie zdrowia, w: J. B. Karski, Z. Stońska, B. W. Wasilewski (red.), Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia, "Ignis", Warszawa 1992

długotrwały i skumulowany z różnych źródeł, stanowi potencjalne zagrożenie zdrowia we wszystkich jego wymiarach, po drugie - zależność ta ma charakter statystyczny, a więc nie sprawdza się w każdym bez wyjątku przypadku zaistnienia sytuacji obiektywnie stresorodnej.

Przyjmuje się, że komponent stresowy, praktycznie rzecz biorąc, jest obecny w każdej chorobie, poczynając od chorób psychicznych, a na nowotworach złośliwych kończąc. Są jednak takie rodzaje schorzeń, w których jego udział zaznacza się w szczególnie widoczny sposób; są to choroby psychosomatyczne. Dane epidemiologiczne wskazują na związki stresu, w tym stresu zawodowego, z następującymi jednostkami chorobowymi: chorobą wieńcową, nadciśnieniem tętniczym, zawałem, udarem, owrzodzeniem żołądka i dwunastnicy, zapaleniem wrzodziejącym i śluzowym jelita grubego, dychawicą oskrzelową, nadczynnością tarczycy, również bólami krzyża.

Źródła stresu w środowisku pracy mają różny charakter. Dotychczas zidentyfikowano ponad 40 potencjalnie stresorodnych czynników związanych z pracą. Najpowszechniej przyjmowaną typologią tych czynników jest typologia zaproponowana przez Coopera i Marshalla (1987). Wyróżniają oni pięć kategorii potencjalnych źródeł stresu:

- 1) czynności składające się na pracę i sposób ich zorganizowania,
- 2) sposób "skonstruowania" roli pracowniczej, w tym: rodzaj i zakres odpowiedzialności zawodowej,
- 3) przebieg kariery zawodowej pracownika,
- 4) stosunki międzyludzkie,
- 5) klimat organizacyjny, w szczególności styl kierowania zespołami ludzkimi.

Należy zwrócić szczególną uwagę na stresy pracownicze generowane przez zachowania kadry kierowniczej wszystkich szczebli. Ze względu na formalną pozycję w zakładzie, ma ona możliwości oddziaływania praktycznie we wszystkich wymienionych płaszczyznach. Kadra ta może swoim postępowaniem zarówno zwiększać poziom stresu wśród załogi, jak też wydatnie go redukować.

Gdy chodzi o środowisko pracy, to szczególne problemy zdrowotne stwarza stres przewlekły. Jego traumatyzujące zdrowotnie działanie łatwo uchodzi uwadze, a najczęściej w ogóle nie jest dostrzegane, jako że stres działa w sposób ukryty i rozłożony w czasie. Uchwycenie związku stresu z konkretną chorobą konkretnego człowieka jest praktycznie niemożliwe. Stąd też może brać się tendencja do lekceważenia stresu jako czynnika uszkadzającego zdrowie.

4. Epidemiologiczne przesłanki promocji zdrowia w Polsce⁸

Polacy chorują i umierają głównie na choroby o zachowaniowej etiologii, tzn. spowodowane ostatecznie przez dające się uniknąć czynniki ryzyka związane z indywidualnym zachowaniem. W 1995 r. struktura zgonów w Polsce, według ich głównych przyczyn, przedstawiała się następująco: choroby układu krążenia - 50,4%, choroby nowotworowe - 20,5%, urazy i zatrucia - 7,5%.

U podstaw tego rodzaju chorób, jak ustaliliśmy wcześniej, leżą przede wszystkim elementy indywidualnego stylu życia, a szczególnie: niewłaściwa dieta, palenie tytoniu, nadmierne picie alkoholu oraz brak aktywności fizycznej.

Należy przy tym pamiętać, że wskazane trzy kategorie chorób stanowią nie tylko główne przyczyny zgonów, ale są one również głównymi powodami, dla których ludzie w Polsce są hospitalizowani oraz stają się inwalidami.

Przytoczone dane stanowią podstawowe epidemiologiczne przesłanki dla podjęcia szerokiego programu promocji zdrowia w naszym

⁸ Dane statystyczne przytoczone w tym podrozdziale pochodzą z opracowania: Komisja Rządowa do spraw koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej, Raport 1996, Sytuacja Demograficzna Polski, Warszawa, 1996

kraju. Tę niekorzystną sytuację mogą bowiem zmienić tylko środki prewencji pierwotnej związane z promocją, a nie środki medycyny naprawczej.

Szczególnie niekorzystna sytuacja występuje gdy chodzi o poziom i dynamikę zgonów wśród mężczyzn. Dotyczy to całego okresu lat osiemdziesiątych. Generalnie, w tym czasie odnotowano niekorzystne tendencje w dziedzinie kształtowania się umieralności tej kategorii osób, a największe przyspieszenie tempa jej wzrostu nastąpiło w grupie mężczyzn w wieku 35-64 lata, a więc dotyczyło osób w pełni ich możliwości życiowych. Umieralność mężczyzn w tym przedziale wieku kształtuje się w tym okresie na poziomie znacznie wyższym niż w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych.

Mężczyzn we wszystkich grupach wieku charakteryzuje też na przestrzeni tych lat znaczna nadumieralność w stosunku do kobiet. W 1995 r. nastąpił wzrost tego zjawiska w większości grup wieku; była ona najwyższa w przedziale 20-39 lat.

W 1995 r. dalszemu zwiększeniu uległa różnica pomiędzy przeciętnym dalszym trwaniem życia mężczyzn i kobiet. Gdy w 1993 r. wynosiła ona 8,63 lat, w 1994 r. miała poziom 8,76 lat.

II. Pojęcie promocji zdrowia

1. Ujęcie modelowe

Etymologicznie rzecz biorąc, termin “promocja”, jak notują słowniki, oznacza “awans”, “podniesienie kogoś (czegoś) na wyższy poziom”. Idąc tym tropem złożenie: “promocja zdrowia” należałoby rozumieć jako działania, których celem byłoby podniesienie na wyższy poziom zdrowia, rozumianego, zgodnie z przyjętą definicją, jako stan pozytywny, a nie tylko jako brak choroby. W stosunkowo już bogatej literaturze na temat promocji zdrowia można spotkać wiele propozycji rozumienia tego pojęcia. Wszystkie one, różniąc się mniej lub bardziej między sobą, zachowują jednak w gruncie rzeczy tę samą podstawową treść, a mianowicie - z reguły chodzi w nich ostatecznie o działania nakierowane na umocnienie i rozwój zdrowia. Najpowszechniej znana jest definicja “promocji zdrowia” sformułowana w *Karcie Ottawskiej*, przyjętej na I Konferencji poświęconej promocji zdrowia, która odbyła się w listopadzie 1986 r. w Ottawie. Definicja ta ustala, że promocja zdrowia jest to “proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego ulepszenie” (*Ottawa Charter*, 1986).

W tekście amerykańskiego narodowego programu promocji zdrowia *Healthy People* ustala się natomiast, że “promocja zdrowia dotyczy ludzi w zasadzie zdrowych i dąży do rozwoju takich działań zbiorowości i jednostek, które mogą im pomóc w nabyciu stylów życia, które z kolei mogą utrzymać i umocnić stan ich dobrego samopoczucia” (*Healthy People*, 1979, s. 119).

Na użytek niniejszego opracowania proponujemy przyjąć, że przez promocję zdrowia będziemy rozumieć działania, których ostatecznym celem jest umocnienie i rozwój zdrowia jednostek, a w konsekwencji wzrost

potencjału zdrowotnego złożonych z nich zbiorowości. Teoretycznie rzecz biorąc, umacnianie to powinno być realizowane poprzez interwencje w tych sferach życia jednostki, w których, jak pokazują to ustalenia badawcze, przede wszystkim decydują się sprawy jej dobrego lub złego zdrowia. Jak przedstawiliśmy to w poprzednim paragrafie, absolutnie rozstrzygającą pod tym względem sferą są własne zachowania ludzi. W związku z tym promocja zdrowia polega przede wszystkim na działaniach nakierowanych na prozdrowotne zmiany stylu życia.

W przytoczonej wyżej definicji z *Healthy People* zaakcentowano, że promocja dotyczy ludzi "w zasadzie zdrowych" (podkr. - A.G.). I jest to istotne uzupełnienie proponowanej tu definicji. Oznacza ono, że wyłącza się z działań promocyjnych czynności typu terapeutycznego i rehabilitacyjnego. Ponadto sformułowanie: "ludzie w zasadzie zdrowi" nie oznacza ludzi w pełni zdrowych. W związku z tym można mówić o promocji zdrowia w stosunku do ludzi, którzy mają wprawdzie istotne ubytki zdrowotne, ale aktualnie znajdują się w takim stanie, że nie wymagają ani leczenia, ani rehabilitacji. Posiadany przez nich potencjał zdrowotny może być jednak wzmacniany poprzez ich własne działania. W takiej sytuacji znajdują się np. osoby po wyleczonych zawałach serca, podejmujące normalne funkcjonowanie społeczne, w tym pracę.

Ostatnio mówi się również o promocji zdrowia ludzi przewlekle, czy wręcz nieuleczalnie chorych. W ich przypadku również jest możliwe umacnianie zdrowia fizycznego i psychicznego o nieterapeutycznym bezpośrednio charakterze, które pozwalając na bardziej efektywną konfrontację z chorobą daje im szansę dłuższego przeżycia lub co najmniej polepszenia jakości życia, które im pozostało (Kaplun, 1992). Prozdrowotna zmiana zachowań, czy inaczej - stylu życia nie jest wyłącznie kwestią swobodnej decyzji poszczególnych ludzi. Powinny też zostać spełnione dodatkowe warunki związane z najszerzej rozumianym otoczeniem, w którym człowiek żyje, umożliwiające mu realizację prozdrowotnego sposobu życia. Chodzi o to, jak określono w deklaracji II Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia, by "uczynić wybór tego, co zdrowe, wyborem łatwym" (może należałoby raczej powiedzieć - "łatwiejszym"). Dlatego poza uczeniem i przekonywaniem ludzi do prowadzenia zdrowego życia (jest to podstawowa funkcja tradycyjnej oświaty zdrowotnej), należy im p o m ó c,

by zalecany wybór mogli zrealizować. Tak więc integralnym elementem promocji zdrowia w przyjętym tu rozumieniu są sprzyjające zdrowemu stylowi życia interwencje środowiskowe. Jeżeli np. podjęte będą w wymiarze ogólnospołecznym decyzje, by nakłaniać ludzi do zdrowego sposobu odżywiania się, to powinni mieć oni zapewnione odpowiednie produkty żywnościowe na rynku, przy uwzględnieniu dodatkowego założenia, że dysponują oni takimi dochodami, które pozwolą im z tej oferty skorzystać. Jeżeli podobny program zaprojektuje się w przedsiębiorstwie, to należałoby pomyśleć o właściwym zaopatrzeniu spożywczego kiosku na terenie zakładu, czy o stosownych potrawach w pracowniczej stołówce. Podobnie rzecz się ma np. z programem aktywności fizycznej.

Niektóre z negatywnych zdrowotnie zachowań, które w programach promocyjnych próbuje się usunąć lub choćby zmodyfikować, mają swoje środowiskowe korzenie. Dotyczy to szczególnie zachowań związanych z pracą. Na przykład poziom stresu pracowniczego może być w dużym zakresie wynikiem bądź niewłaściwej organizacji, bądź nieodpowiedniego stylu kierowania. Podobnie zachowania naruszające normy bhp mogą wynikać z wadliwej organizacji lub z nie liczącego się z nimi ustawienia systemu wynagradzania pracowników itp. W tej sytuacji próby bezpośredniego wpływania na ludzi, by zmienili swoje postępowanie, podejmowane bez zmiany warunków otoczenia, które je wywołują, są skazane na niepowodzenie. Należy najpierw zmienić te właśnie warunki, by z kolei uzyskać odpowiednie efekty w sferze zachowań pracowników.

Istnieje jeszcze trzeci rodzaj promocyjnych zdrowotnie interwencji w środowisku. Chodzi mianowicie o takie zmiany, które zwiększają komfort fizycznego i psychospołecznego funkcjonowania jednostki w jej życiowym otoczeniu. Są to zmiany, które polepszają zdrowotne parametry środowiska p o n a d wymagane formalnie, czy przyjęte społecznie standardy, lub modyfikują korzystnie te jego elementy, które choć mają wpływ na zdrowie, to jednak nie podlegają unormowaniom prawnym. Przykładem zmian pierwszego rodzaju jest radykalna likwidacja źródła emisji szkodliwych substancji, a nie tylko ich obniżenie do wymaganego prawem poziomu. Przykładem zmian drugiego rodzaju są takie przekształcenia organizacji pracy lub stylu zarządzania, które obniżają poziom nadmiernego stresu w środowisku pracy.

Ostatecznie pełna proponowana tu definicja promocji zdrowia przedstawia się następująco: promocja zdrowia są to działania nakierowane na umocnienie i rozwój zdrowia jednostek oraz złożonych z nich zbiorowości, realizowane głównie w sferze prozdrowotnych przekształceń ich stylu życia (zachowań zdrowotnych) oraz w sferze tych elementów najszerzej rozumianego środowiska, które istotnie warunkują możliwości dokonania tego rodzaju zmian.

Istnieją tendencje do nadmiernie poszerzających ujęć zakresu terminu "promocja zdrowia". Czasami odnosić można wrażenie, że włączane są do niej praktycznie wszystkie działania mniej lub bardziej bezpośrednio odnoszące się do zdrowia, poczynając od interwencji ekologicznych, a na typowej terapii kończąc.

Tego rodzaju podejście, mówiąc obrazowo, rozmywa kontury pojęcia redukując je praktycznie do nowej nazwy służącej na oznaczenie znanych pod innymi terminami zjawisk i działań. Autor, jak widać, jest za ograniczającym raczej niż poszerzającym ujmowaniem tego terminu.

2. Realizowany wzór

W dotychczasowej praktyce funkcjonowania programów promocyjnych można wyróżnić dwa modelowe typy ich strategicznego ustawienia. Otóż programy te są bądź to skierowane "na zdrowie", bądź to "na chorobę". W pierwszym przypadku dobór działań promocyjnych odbywa się pod kątem umocnienia potencjału zdrowotnego jednostek, w drugim pod kątem prewencji określonej choroby, czy grupy chorób, np. chorób układu krążenia, chorób nowotworowych itd. Zwykle uwidocznione jest to w nazwie programu, czy też w jego hasle. W praktyce na ogół następuje przemieszanie tych dwu perspektyw, choć z reguły któraś z nich dominuje.

W literaturze przedmiotu akcentuje się jako korzystniejszy motywacyjnie wariant adresu programu na zdrowie. Zachęcanie ludzi do uczestnictwa w programie obietnicą, że dzięki temu nie będą chorować

i później umrą, jest mniej mobilizujące niż ukazywanie im perspektywy zdrowia, a także dłuższego, przeżywanego w sposób pełny oraz twórczy życia. Zwraca się też uwagę, że w praktyce jednak przeważają programy ustawiane w "perspektywie choroby". Jest to, wydaje się, tendencja, która stanowi pochodną generalnego tradycyjnego ustawienia ochrony zdrowia właśnie bardziej w perspektywie choroby niż zdrowia. Promocja zdrowia jest zwykle realizowana w postaci kompleksowo zaplanowanych i zorganizowanych działań, które są kierowane przez określone ośrodki dyspozycyjne. Działania te przybierają postać tzw. programów, czy projektów promocji zdrowia adresowanych do wyodrębnionych zbiorowości. Poza programami narodowymi obejmującymi społeczeństwa globalne, najczęściej realizowane są tego rodzaju programy dla trzech rodzajów zbiorowości: społeczności lokalnych (miast, gmin, osiedli), zakładów pracy (organizacji) oraz szkół. Programy promocyjne są też opracowywane dla organizacji typu wojsko lub harcerstwo. Swoiste miniprogramy promocji zdrowia opracowują dla siebie poszczególne rodziny, czy poszczególni ludzie; proponuję te ostatnie nazywać autopromocją zdrowia.

Szczególną funkcję w działalności promocyjnej odgrywają instytucje medyczne, takie zwłaszcza jak: jednostki podstawowej opieki zdrowotnej (obejmujące swoją opieką określone zbiorowości terytorialne lub np. pracownicze) oraz szpitale. Jednostki te mogą projektować i realizować programy promocyjne adresowane do swoich podopiecznych, dopasowane do ich potrzeb zdrowotnych. Zarówno poradnie zdrowia w opiece otwartej, jak szpitale w opiece zamkniętej, mogą świadczyć nie tylko usługi ściśle terapeutyczne - co, jak wiadomo, jest ich standardowym działaniem - ale też mogą realizować wobec aktualnych czy potencjalnych pacjentów mniej lub bardziej szerokie programy edukacyjno-promocyjne. Świetnie nadają się do tej roli, ponieważ dysponują najpełniejszymi danymi na temat kondycji zdrowotnej i czynników ryzyka zdrowotnego zbiorowości, na rzecz których pracują.

Specjalnie ważnym polem, na którym może i powinna być realizowana aktywność promocyjna, jest pole wyznaczone relacją: lekarz (pracownik medyczny) - pacjent. Zwłaszcza odpowiednio wykwalifikowany, przekonany i umotywowany lekarz ma duże możliwości promocyjnego

prowadzenia swoich pacjentów. Trzeba jednak zauważyć, że dominujące zdecydowanie kliniczne nastawienie lekarzy stanowi poważną barierę w aktualizacji tych możliwości. Wydaje się, że byłoby wskazane najpierw odpowiednie ukierunkowanie szkolenia studentów w ramach studiów medycznych, a następnie doszkalanie lekarzy już praktykujących.

W uzupełnieniu zaprezentowanej analizy należy wspomnieć o dwóch dotąd ukształtowanych tradycjach promocji zdrowia: amerykańskiej i europejskiej. W niektórych tekstach omawiających dotychczasowy dorobek teoretyczny oraz dotychczasowe doświadczenia praktyczne w dziedzinie promocji zdrowia wskazuje się na jedną bardzo istotną różnicę w podejściu do tego zagadnienia w Stanach Zjednoczonych i w Europie. Twierdzi się mianowicie, że Amerykanie dokonali swoistej redukcji działań promocyjnych - ograniczyli je prawie wyłącznie do interwencji w jednostkowych stylach życia. W związku z tym w amerykańskiej tradycji promocji zdrowia zachowania zdrowotne ujmowane są jako wręcz jedyne pole zainteresowania. Dotyczy to zwłaszcza promocji zdrowia w miejscu pracy.

W Europie tymczasem dużą wagę przywiązuje się do promocyjnej modyfikacji również czynników środowiskowych, które warunkują style życia i jednostkowe zachowania zdrowotne. Programy europejskie mają być pod tym względem modelowo różne od amerykańskich. W programach tych, poza bezpośrednim kształtowaniem stylów życia, ważną pozycję mają działania, których celem z jednej strony jest usuwanie środowiskowych uwarunkowań negatywnych zachowań zdrowotnych, z drugiej kształtowanie pozytywnych elementów środowiska sprzyjających prozdrowotnym decyzjom i działaniom jednostek i złożonych z nich grup (zob. Maes i in., 1992).

W 1980 r. na 30 Sesji Europejskiego Regionalnego Komitetu Światowej Organizacji Zdrowia zainaugurowany został program strategii *Zdrowia dla wszystkich do roku 2000* (ZDW 2000) dla Europy. Przewodniczący Regionalnego Komitetu J.E. Asvall określił to wydarzenie w jednym ze swoich wystąpień jako "nową erę w rozwoju zdrowia" (Asvall, 1989, s.IX). J.E. Asvall stwierdza, że "wzywając kraje członkowskie do podjęcia podstawowych zmian w polityce zdrowotnej strategia ponagla, by zdecydowanie większy priorytet uzyskały: promocja zdrowia i prewencja

chorób". Wśród sześciu wiodących idei strategii wymienia on na drugiej pozycji po "sprawiedliwości w zdrowiu" właśnie zasadę promocji zdrowia i prewencji chorób, na którą powinien zostać położony "główny nacisk" (Asvall, 1989, s.IX). Na 34 sesji Europejskiego Komitetu ŚOZ we wrześniu 1984 r. został przyjęty dokument zawierający 38 zadań przewidzianych do realizacji przez państwa - członków WHO Regionu Europejskiego w dziedzinie programu ZDW 2000. Siedem z tych zadań dotyczy bezpośrednio edukacji i promocji zdrowia.

Warto dodać, że pierwszym krajem, który opracował i wdrożył narodowy program zdrowia oparty na idei promocji zdrowia była Kanada. Słynny raport zawierający ten program, sygnowany przez ówczesnego ministra zdrowia Kanady Lalonde'a *Nowe perspektywy zdrowia Kandyjczyków* został opublikowany w 1974 r. (Lalonde, 1978). W 5 lat później przygotowali swój program Amerykanie i opublikowali go w dokumencie pt. *Zdrowy Naród (Healthy People, 1979)*.

Podobnie promocyjnie zostały ustawione główne zadania polskiego *Narodowego Programu Zdrowia*, który został przyjęty do realizacji przez Radę Ministrów w czerwcu 1993 r.

3. Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu stylu życia - główne zadanie promocji zdrowia

Podstawowym bezpośrednim celem działań promocyjnych, jak ustalono w zaproponowanej definicji promocji zdrowia, jest ukształtowanie sprzyjających zdrowiu zachowań (stylu życia) ludzi. Zachowania te, gdy zostaną utrwalone, przynoszą, z pewnym odłożeniem w czasie, określone efekty zdrowotne, tak w wymiarze poszczególnych jednostek, jak też zbiorowości.

W tym kierunku poszła też dotychczasowa polityka promocji zdrowia. W praktyce, zarówno gdy chodzi o programy odnoszące się do

społeczeństw globalnych, jak również w przypadku programów regionalnych czy lokalnych, a także programów realizowanych w zakładach pracy, dominującym podejściem jest przede wszystkim kształtowanie zachowań zdrowotnych ludzi. Programy są skierowane głównie na jednostki, a na drugim planie dopiero na ich otoczenie życiowe. Ostatecznie program promocji zdrowia oznacza przede wszystkim zespół oddziaływań adresowanych do poszczególnych ludzi, w celu skłonienia ich do realizowania zdrowego stylu życia. To właśnie w prawidłowym z punktu widzenia wskazaniach współczesnej medycyny uformowaniu stylu życia upatruje się podstawowej szansy na utrzymanie, umocnienie i rozwój zdrowia jednostkowego i zbiorowego. Generalnie rzecz ujmując, chodzi o to, by ludzie - adresaci programu promocyjnego - wyzbywali się zachowań negatywnych zdrowotnie, a podejmowali zachowania sprzyjające zdrowiu, i żeby były to zmiany trwałe.

Ponadto chodzi także o "wyposażenie" ludzi w tzw. umiejętności życiowe, które pozwolą im dawać sobie radę, gdy pojawią się sytuacje stanowiące realne zagrożenie dla ich prozdrowotnego stylu życia. Są to np.: umiejętność radzenia sobie ze stresem, umiejętność odpierania presji społecznej, wymuszającej zachowania potencjalnie zagrażające zdrowiu (np. używanie narkotyków, palenie, nadmierne picie alkoholu itp.).

W celu umożliwienia zrealizowania tych zadań wykorzystuje się w programach promocyjnych różne środki oddziaływania. Są one, najogólniej mówiąc, następujące:

- 1) Przekazywanie wiedzy na temat zdrowotnej roli określonych zachowań oraz innych informacji pozwalających jednostce prowadzić prozdrowotny styl życia.

- 2) Pobudzanie (motywowanie) do podejmowania wysiłku, by ludzie wyzbywali się zachowań szkodzących zdrowiu oraz uczyli się zachowań zdrowiu sprzyjających. Operuje się w tym celu zarówno bodźcami informacyjnymi (argumentacja), jak też, np. gdy chodzi o programy promocji zdrowia w zakładach pracy, najszerzej rozumianymi nagrodami i karami z tytułu realizowania (lub nie) określonych zachowań mających swoje potencjalne odniesienia zdrowotne.

- 3) Stwarzanie obiektywnych możliwości, by poszczególni ludzie

mogli dokonywać właściwych wyborów dotyczących własnych zachowań zdrowotnych.

4) Stwarzanie tzw. wsparcia społecznego dla osób chcących dokonać prozdrowotnych zmian w swoim stylu życia. Takie osoby organizuje się w grupy (lub lepiej - zachęca się je do samoorganizowania się), których członkowie, wzajemnie się wspierając, wykonują wspólnie określony program zdrowotny. Są to grupy osób np. wspólnie uprawiających ćwiczenia fizyczne, zdecydowanych porzucić palenie, zrzucić nadwagę itp.

5) Stanowienie norm prawnych (przepisów) zobowiązujących do określonego zachowania lub zakazujących je - np. przepis o używaniu pasów bezpieczeństwa w samochodzie, przepisy zakazujące palenia tytoniu w określonych miejscach, sytuacjach lub przez określone grupy osób.

6) Uczenie drogą instruktażu oraz treningu przydatnych dla określonych kategorii osób umiejętności życiowych pozwalających im skutecznie realizować prozdrowotne zachowania, w tym szczególnie zabezpieczających przed nawrotem zachowań negatywnych zdrowotnie.

Jak widać środki, poprzez które realizuje się główny bezpośredni cel promocji, czyli prozdrowotne kształtowanie stylu życia, zawierają wiele elementów oświaty zdrowotnej.

U podstaw każdego konkretnego programu promocji zdrowia leżą świadomie lub w sposób ukryty przyjęte teoretyczne założenia co do samego człowieka. Założenia te decydują, jakie ostatecznie środki zostaną w programie użyte, by zmodyfikować prozdrowotnie jego zachowania. Najczęściej przyjmuje się tu model "mieszany", traktując z jednej strony jednostkę jako istotę wrażliwą na oddziaływanie określonych pozytywnych i negatywnych bodźców (szeroko rozumianych nagród i kar), z drugiej jako istotę myślącą, przetwarzającą informacje i względnie samodzielnie organizującą swoje działania (w tym przypadku akcent w poczynaniach promocyjnych jest położony na dostarczanie ludziom określonej wiedzy). Zaprezentowane w opracowaniu zalecenia sformułowano właśnie na podstawie tego rodzaju "mieszanego" modelu.

III. Promocja zdrowia w miejscu pracy - ujęcie modelowe

Zakład pracy wskazywany jest jako szczególnie odpowiednie miejsce do realizacji różnych przedsięwzięć promocyjnych w sferze zdrowia. Można by nawet wręcz zaryzykować twierdzenie, że jest to miejsce najlepsze. Predestynuje go do tego szereg okoliczności.

Pierwsza z nich to fakt, że trwałe skupienie mniej lub bardziej licznej zbiorowości pracowników w wyodrębnionej przestrzeni stwarza możliwość względnie intensywnego, ponawianego w czasie oddziaływania informacyjno-edukacyjnego w dziedzinie najszerzej rozumianego zdrowia. Okoliczność druga - to możliwość wykorzystania istniejących w systemie społecznym zakładu pracy trwałych stosunków i więzi społecznych dla wzmocnienia oddziaływań promocyjnych oraz utrwalenia ich skutków (grupy koleżeńskie, liderzy opinii jako źródła wpływu i wsparcia dla jednostek w procesie ich prozdrowotnych decyzji). Okoliczność trzecia związana jest z faktem, że zarówno samo środowisko pracy jak też zachowania pracownika w procesie pracy (w sferze przestrzegania przez niego norm pracy higienicznej i bezpiecznej) stanowią istotne czynniki jego zdrowia. W programach promocyjnych sfery te są poddawane intensywnej kontroli.

1. Pojęcie promocji zdrowia w miejscu pracy

Promocja zdrowia w miejscu pracy jest szczególnym przypadkiem promocji zdrowia w ogóle. Dlatego autor proponuje, by przez promocję zdrowia w miejscu pracy rozumieć takie działania podejmowane wobec pracowników zakładu pracy, których ostatecznym celem jest umocnienie i rozwój ich zdrowia, realizowane głównie w sferze prozdrowotnych przekształceń ich stylu życia (zachowań zdrowotnych) oraz w sferze tych elementów najszerzej rozumianego środowiska w zakładzie, które istotnie warunkują możliwości dokonania tego rodzaju zmian.

Na styl życia pracowników, którego elementy mogą stać się przedmiotem zdrowotnej interwencji promocyjnej, składają się dwa rodzaje zachowań. Są to najpierw zachowania związane z wykonywaną pracą, a konkretniej - wynikające z zasad pracy higienicznej i bezpiecznej. Po drugie, są to tzw. zachowania życia codziennego poza pracą, czyli klasyczny zestaw zachowań zdrowotnych, takich jak: sposób odżywiania się, palenie tytoniu, uprawianie ćwiczeń fizycznych, picie alkoholu itd. Obie kategorie zachowań mogą i faktycznie są obiektem oddziaływań promocyjnych w ramach zakładowych programów promocji zdrowia.

Interwencje środowiskowe, podejmowane w tych programach dotyczą natomiast dwóch sytuacji. Po pierwsze, są one niezbędne wówczas, gdy będące przedmiotem celowej zmiany negatywne zachowania zdrowotne pracowników mają swoje korzenie w szeroko rozumianym otoczeniu zakładowym, np. kiedy zachowania ryzykowne wynikają z określonych rozwiązań organizacji pracy czy stylu zarządzania; wtedy należy najpierw usunąć tego rodzaju środowiskowe źródła tych zachowań, aby móc następnie spodziewać się ich zmiany. Po wtóre - zmiany środowiskowe podejmuje się także wtedy, gdy są one warunkiem koniecznym lub ułatwiającym realizowanie zalecanych pozytywnych zdrowotnie zachowań pracowników. Tego rodzaju zmianami są np.: zakaz palenia w określonych

miejscach czy w określonych sytuacjach w przedsiębiorstwie, stworzenie pracownikom technicznym i lokalowym możliwości do uprawiania aktywności fizycznej, czy odpowiednie zaopatrzenie bufetu zakładowego lub ustawienie jadłospisu w stołówce, by ułatwić pracownikom realizację służącego zdrowiu sposobu odżywiania się.

Przedmiotem dyskusji, a także często nieporozumień, jest kwestia, czy jeszcze inne niż wskazane wyżej rodzaje zmian w środowisku pracy należy traktować jako zmiany promujące zdrowie. Chodzi tu zwłaszcza o działania związane z zabezpieczeniem pracowników przed szkodliwymi wpływami środowiska pracy. Wydaje się na pierwszy rzut oka, że działania te jako mające ewidentnie pozytywne skutki zdrowotne powinny być traktowane jako promocyjne. Tymczasem, w myśl przyjętych tu założeń, działania tego rodzaju nie powinny być kwalifikowane jako promocyjne. Uzasadnienie teoretyczne tego stanowiska jest następujące. Osiąganie poziomu bezpieczeństwa i higieny pracy określanego w normach NDS i NDN stanowi realizację tylko pewnego minimum warunków zdrowotnych w środowisku pracy, które gwarantuje, że zdrowie pracowników w najlepszym przypadku nie ponosi uszczerbku, a często po prostu jest tylko uszkodzane w mniejszym stopniu. W żadnym jednak razie nie wynika z tych działań ani wzmocnienie, ani tym bardziej rozwój zdrowia.

Niewątpliwie na bazie tego rodzaju argumentacji w Stanach Zjednoczonych, jak pisze Fielding, autor m.in. pierwszego raportu z badań na temat stanu upowszechnienia programów promocji zdrowia w zakładach pracy w USA, termin "promocja zdrowia w miejscu pracy" nie obejmuje działań na rzecz zdrowia pracowników wdrażanych obligatoryjnie zgodnie z odpowiednimi przepisami (Fielding, 1990, s. 75). Identyczne stanowisko prezentuje zespół badaczy, który zrealizował w 1992 r. drugie krajowe badanie ankietowe dotyczące rozpowszechnienia programów promocji zdrowia w przedsiębiorstwach amerykańskich. W badaniu tym nie traktowano mianowicie jako przedsięwzięć typu promocyjnego tych

programów, które stanowiły wdrożenie standardów ustanowionych przez amerykańskie Biuro ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia Pracujących (OSHA) (zob. U.S. Department of Health and Human Services, 1993, s. 453).

Na miano działań promocyjnych zasługiwałyby natomiast niewątpliwie takie ingerencje środowiskowe, które ulepszałyby warunki pracy ponad przyjęte standardy normatywne, np. radykalnie eliminujące źródła zagrożeń zdrowotnych w środowisku pracy. Byłoby tak w przypadku całkowitego wyłączenia z procesów produkcyjnych substancji szkodliwych lub stosowania układów hermetycznie zamkniętych tam, gdzie taka eliminacja nie jest możliwa.

Zarysowana propozycja ma charakter modelu idealnego i w związku z tym konkretne programy promocji zdrowia opracowywane w konkretnych warunkach (przedsiębiorstwach) niekoniecznie muszą wymagania tego modelu rygorystycznie spełniać. W praktyce programy promocyjne mogą zawierać i często rzeczywiście zawierają również przedsięwzięcia, które, zgodnie z modelem, charakteru ściśle promocyjnego nie mają, np. włącza się do nich nadrobienie zaistniałych wcześniej zaległości czy zaniedbań dotyczących zapewnienia pracownikom wymaganych formalnie warunków pracy higienicznej i bezpiecznej. Włącza się też inne interwencje środowiskowe, które choć z pozoru drobne, mają znaczenie dla zdrowia, zwłaszcza gdy chodzi o konkretne stanowiska pracy. Mogą one poprawiać komfort pracy i samopoczucie pracowników. Ostatecznie ma rację jeden z amerykańskich specjalistów od promocji zdrowia, G.J. Pfeiffer, który stwierdził, że "jedynym ograniczeniem w stosunku do tego, co w ramach programu promocji zdrowia można robić, jest wyobraźnia jego twórców" (Opatz, 1985, s. IX).

Nie ulega wątpliwości, że wychodzenie w zakładowych programach promocyjnych poza sferę ściśle promocyjną następuje szczególnie w tych przedsiębiorstwach, w których poziom zapewnienia załogom odpowiadających normom warunków pracy jest raczej niski. Tak niewątpliwie jest w bardzo wielu polskich przedsiębiorstwach.

2. Promocja zdrowia w miejscu pracy a model tradycyjnej opieki zdrowotnej nad pracującymi

Żeby wyeksponować nowatorstwo koncepcji promocji zdrowia w miejscu pracy, odnieśmy ją do modelu tradycyjnej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Otóż model ten charakteryzował się trzema cechami.

Po pierwsze, zdrowiem w miejscu pracy interesowano się wyłącznie ze względu na jego związki z procesem pracy i środowiskiem (warunkami) pracy.

Po drugie, związki zdrowia z pracą traktowane były głównie na płaszczyźnie negatywnej, tzn. widziano przede wszystkim zagrożenia zdrowia ze strony zarówno samych czynności pracy, jak też ze strony otoczenia, w którym się ona odbywa. Stąd tak bardzo akcentowano identyfikację i pomiar tych zagrożeń oraz zneutralizowanie, czy zminimalizowanie ich wpływu na zdrowie, a także wczesną ingerencję w bieg wywołanych przez nie procesów chorobowych. Przyjęte rozwiązania praktyczne były nastawione na zabezpieczenie (ang. *protection*) pracowników przed szkodliwościami środowiska pracy.

Po trzecie, w dotychczasowej praktyce ochrony zdrowia w miejscu pracy, zdrowie pracowników było zadaniem dla wyspecjalizowanych służb - medycznych oraz bezpieczeństwa i higieny pracy. Sami pracownicy traktowani byli w tym układzie przedmiotowo, jako tzw. podopieczni, a więc jako ludzie będący obiektem opieki. Zdyscyplinowane realizowanie przewidzianych przepisami zachowań oraz doraźnych poleceń i wskazań ze strony służb higieniczno-zdrowotnych to była podstawowa funkcja, jaką w tym systemie spełniali.

W pomyśle promowania zdrowia w miejscu pracy zawarte są następujące trzy nowe idee:

- 1) nie wystarczy chronić zdrowie pracowników przed zagrożeniami

związanymi z pracą, ale należy je również umacniać i rozwijać poprzez działania podejmowane na terenie pracy i w związku z nią,

2) potencjał zdrowotny pracownika jest funkcją nie tylko warunków, w jakich praca się odbywa oraz zachowań własnych pracownika w procesie jej wykonywania, ale także jego stylu życia poza pracą, w związku z czym budowanie jego zdrowia powinno odbywać się poprzez określone interwencje na obydwu tych polach,

3) tak rozumiane umacnianie i rozwój zdrowia pracowników może się realizować wyłącznie przy ich aktywnym udziale (przestają oni być tylko podopiecznymi) i w ścisłym współdziałaniu z zakładem pracy.

Należy z całą mocą podkreślić, że propozycja realizowania działań promujących zdrowie pracowników w przedstawionym rozumieniu nie oznacza w żadnym razie ograniczenia, czy tym bardziej zaprzestania działań z zakresu klasycznych form ochrony zdrowia w miejscu pracy. Idealną sytuacją jest natomiast skojarzenie maksymalnego zabezpieczenia zdrowia pracowników przed szkodliwymi wpływami środowiska pracy z równoczesnym rozwinięciem działań promujących ich zdrowie. W cytowanym wcześniej raporcie technicznym WHO na temat promocji zdrowia wśród populacji pracujących stwierdza się dobitnie: "Wdrożenie programów promocji zdrowia w miejscu pracy powinno raczej wzmacniać niż osłabiać wysiłki na rzecz ochrony zdrowia podejmowane w ramach zapewniania pracownikom higienicznych i bezpiecznych warunków pracy" (*Health Promotion for Working Populations*, 1988, s. 34).

Realizacja praktyczna tak rozumianej promocji zdrowia w miejscu pracy nie jest sprawą łatwą ani prostą z różnych powodów. Jednym z podstawowych jestciążenie tradycyjnego modelu traktowania zdrowia pracowników przez osoby odpowiedzialne za jego ochronę, mocno zakorzenionego w ich świadomości i w stylu działania. Dotyczy to zarówno personelu zatrudnionego w szeroko rozumianej ochronie zdrowia pracowników, jak zwłaszcza tych funkcjonariuszy i agend w przedsiębiorstwie, które dotychczas były w zasadzie wyłączone z tej sfery, podczas gdy w nowym podejściu powinny się aktywnie w nią włączyć. Uczynić zdrowie

pracowników sprawą ogólnozakładową - oto idealny model, do którego należy dążyć. "Przedsiębiorstwo promujące zdrowie" - to docelowy model przedsiębiorstwa przyszłości, który powinien już dziś być realizowany, na miarę istniejących w konkretnych przypadkach możliwości.

Przedstawiony wyżej model tradycyjnej opieki zdrowotnej w miejscu pracy był, gdy chodzi o Polskę, realizowany, jak wiadomo powszechnie, w bardzo specyficzny sposób. Funkcje zabezpieczenia pracowników przed szkodliwymi zdrowotnie czynnikami środowiska pracy były spełniane przez szeroko rozumiany system ochrony zdrowia pracowników w zdecydowanie niewystarczającym stopniu. Przede wszystkim niedostatecznie były kontrolowane istotne dla zdrowia parametry fizycznego środowiska pracy. Egzekwowanie obowiązujących norm było bardzo nieskuteczne. Doprowadziło to do masowego zjawiska zatrudnienia dużych grup pracowników w warunkach znacznych niekiedy przekroczeń NDS i NDN. Ponadto również pracownicza służba medyczna, zamiast realizować zadania profilaktyczne wobec swoich podopiecznych, zaabsorbowana była ich terapią i to głównie w zakresie chorób nie mających żadnego związku z wykonywaną przez nich pracą. W tej sytuacji podejmowanie działań ściśle promocyjnych w sferze zdrowia w naszych przedsiębiorstwach jest zagadnieniem szczególnie złożonym.

IV. Promocja zdrowia w miejscu pracy - dotychczasowe doświadczenia

Przedstawiona wyżej propozycja rozumienia promocji zdrowia w miejscu pracy jest w generalnych zarysach zgodna zarówno z wytycznymi, które w kwestii wprowadzania do praktyki programów promocji zdrowia w miejscu pracy zostały sformułowane przez Światową Organizację Zdrowia, jak też z dotychczasową realizacją tego rodzaju programów w praktyce ochrony zdrowia pracowników w krajach wysoko rozwiniętych.

1. Stanowisko ŚOZ

Podstawowym dokumentem Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącym omawianej kwestii, jest bez wątpienia raport techniczny jej ekspertów pt.: *Promocja zdrowia dla populacji pracujących* (*Health Promotion for Working Populations*, 1988). W dokumencie tym eksperci ŚOZ stwierdzają, że "w promocji zdrowia chodzi przede wszystkim o modyfikację stylu życia i warunków życiowych w celu wzrostu dobrostanu (*wellbeing*) jednostki". Dodają przy tym, że styl życia, szczególnie w społeczeństwach dobrobytu, oraz warunki społeczne i środowiskowe, szczególnie w społeczeństwach niedostatku, mogą hamować wzrost

dobrostanu (zdrowia) ludzi. Staranna analiza - w obydwu wymiarach - sytuacji poddawanych programowi promocji zbiorowości - dotyczy to również załóg pracowniczych - pozwala ustalać odpowiednie dla nich priorytetowe sfery interwencji promocyjnych. Po ustawieniu zagadnienia w tak szerokiej perspektywie, autorzy raportu zaprezentowali ich zdaniem najważniejsze obszary, na których powinny koncentrować się działania promocyjne w zakładzie pracy. We wszystkich omówionych przez nich obszarach (poza ostatnim, poświęconym problemom ergonomicznym) wyeksponowana jest problematyka prozdrowotnych przekształceń zachowań jednostkowych oraz stwarzania dla nich odpowiednich warunków środowiskowych. Ograniczono się przy tym prawie wyłącznie do zachowań życia codziennego poza pracą. Dziedziny interwencji promocyjnych wskazane przez ekspertów ŚOZ są następujące: 1) palenie tytoniu, 2) aktywność fizyczna, 3) sposób odżywiania się, 4) picie alkoholu, 5) używanie środków psychoaktywnych, 6) stres, 7) problemy ergonomiczne i związane z nimi zaburzenia zdrowia (szczególnie bóle krzyża).

Eksperci WHO uznali, że te właśnie obszary są rozstrzygające dla zdrowia pracowników i że zakład pracy jest szczególnie odpowiednim miejscem, żeby je prozdrowotnie kształtować.

2. Struktura problemowa programów

Historia praktycznej realizacji koncepcji promocji zdrowia w miejscu pracy pokazuje, jak była ona rozumiana przez ludzi i instytucje, które uznały za celowe jej wprowadzanie w życie. Generalnie praktyka ta poszła w kierunku wskazanym w cytowanym wyżej raporcie WHO. Zresztą należałoby chyba ująć te relacje odwrotnie: to raport szedł śladem realizowanej już przed jego opracowaniem i opublikowaniem praktyki, głównie amerykańskiej (w USA programy promocji zdrowia w miejscu pracy zaczęły być szerzej wprowadzane już od połowy lat siedemdziesiątych).

W Stanach Zjednoczonych, które były i pozostają nadal pionierem w szerokim upowszechnianiu programów promocji zdrowia w miejscu pracy,

wykonano dwa ogólnokrajowe badania ankietowe na temat realizacji tych programów w przedsiębiorstwach amerykańskich. Objęły one reprezentacyjne statystycznie próby przedsiębiorstw zatrudniających 50 i więcej pracowników. Zebrano w nich m.in. materiały ilustrujące strukturę problemową podejmowanych programów promocyjnych.

Pierwsze badanie (Fielding, 1990) z 1985 r. objęło próbę 1358 przedsiębiorstw. Okazało się, że 66% z nich realizowało co najmniej jedno przedsięwzięcie z zakresu promocji zdrowia dla swoich pracowników. W trakcie drugiego badania (U.S. Department of Health and Human Services, 1993 r.) z 1992 r. zebrano informacje z 1507 przedsiębiorstw. To badanie wykazało wzrost aktywności promocyjnej przedsiębiorstw amerykańskich w porównaniu z 1985 r. do poziomu 81% (zadania Amerykańskiego Narodowego Programu Promocji Zdrowia zakładają, że wskaźnik ten wyniesie w 2000 r. - 85%).

Jeśli chodzi o szczegółowe problemy zdrowotne podejmowane w programach realizowanych w badanych przedsiębiorstwach, to w badaniu pierwszym pogrupowano je w 9 kategorii, w badaniu drugim aż w 18. A oto ich lista (w nawiasach podano procenty przedsiębiorstw podejmujących dany problem wg badań z 1985 i z 1992 r.).

- 1) dostarczanie usług z zakresu prewencji chorób (30, 50)
- 2) zagrożenia związane z pracą, zapobieganie urazom (0, 64)
- 3) aktywność fizyczna (22, 41)
- 4) kontrola palenia (36, 40)
- 5) kontrola stresu (27, 37)
- 6) picie alkoholu /inne środki psychoaktywne (0, 36)
- 7) bóle krzyża (29, 32)
- 8) sposób odżywiania się (17, 31)
- 9) nadciśnienie tętnicze (16, 29)
- 10) oświata zdrowotna na temat AIDS (0, 28)
- 11) cholesterol (0, 27)
- 12) zdrowie psychiczne (0, 25)
- 13) kontrola wagi (15, 24)
- 14) rak (0, 23)
- 15) właściwe korzystanie z systemu opieki medycznej (0, 18)

- 16) wypadki poza pracą (18, 20)
- 17) HIV i choroby przenoszone drogą płciową (0, 10)
- 18) edukacja prenatalna (0, 9)

Zestaw nowo wprowadzonych, w porównaniu z 1985 r., szczegółowych tematów jest bardzo pouczający. Świadczy on o kierunku rozwoju potrzeb promocyjnych w społeczeństwie amerykańskim w analizowanym siedmioletnim okresie (1985-1992). Były to następujące problemy zdrowotne:

- 1) zagrożenia związane z pracą i zapobieganie urazom
- 2) picie alkoholu, nadużywanie leków i używanie narkotyków
- 3) oświata na temat AIDS
- 4) edukacja antycholesterolowa
- 5) zdrowie psychiczne
- 6) rak
- 7) korzystanie z opieki zdrowotnej
- 8) choroby przenoszone drogą płciową
- 9) edukacja prenatalna.

Jeśli porównuje się te same kategorie interwencji promocyjnych z obydwu badań, to największy wzrost nastąpił w obrębie tematów: dostarczanie usług z zakresu prewencji chorób, aktywność fizyczna, odżywianie się, nadciśnienie, kontrola stresu, kontrola wagi ciała. Materiały dotyczące analizowanej kwestii dla obszaru Europy zebrano w ramach wykonanego w 1990 r. badania ankietowego koordynowanego przez Europejski Program Ochrony Zdrowia Pracujących ŚÓZ w Kopenhadze (Malzon, Lindsay, 1992).

Projektując badania założono wyjściowo przebadanie 34 krajów. Planowano przebadać z każdego kraju po 30 największych przedsiębiorstwach, co dawało 1020 jednostek stanowiących reprezentacyjną próbę największych organizacji dla całej Europy. Zatrudniały one od 200 do ponad 200 tys. pracowników. Ostatecznie wysłano kwestionariusze do 752, a przebadano tylko 333 przedsiębiorstwa (44,3% listy pierwotnej) z 30 krajów. Znalazły się w tej grupie również dwa przedsiębiorstwa z Polski; nawiasem mówiąc, generalnie odmówiły tu współpracy były kraje socjalistyczne, z wyjątkiem Węgier i dawnej Jugosławii. Zakwalifikowanym do badań przedsię-

biorstwom zadano m.in. następujące dwa pytania: czy mają one "formalną politykę w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy" (pozytywnej odpowiedzi udzieliło 72% przedsiębiorstw) oraz: jeśli tak, czy realizowały one w ciągu ostatnich 10 lat (1980-1990) lub wcześniej jakieś programy promocyjne. Odpowiadającym przedstawiono listę następujących 11 problemów zdrowotnych określających potencjalne obszary interwencji promocyjnych (w nawiasach podano procenty realizujących określone programy przedsiębiorstw; podstawą obliczania procentów stanowiła zbiorowość przedsiębiorstw realizujących co najmniej jeden program):

- 1) kampanie antytytoniowe (67)
- 2) programy dotyczące picia alkoholu i używania substancji psychoaktywnych (65)
- 3) dostarczanie informacji na temat korzystania z opieki zdrowotnej (51)
- 4) aktywność ruchowa (48)
- 5) badania przesiewowe dotyczące chorób serca (47)
- 6) poprawienie sposobu odżywiania się (45)
- 7) badania przesiewowe dotyczące chorób nowotworowych (42)
- 8) kontrola nadwagi (40)
- 9) kontrola stresu (34)
- 10) rozwój osobisty (33)
- 11) opieka nad matką i dzieckiem (23)

Autorzy powołując się na badania amerykańskie stwierdzają, że w przedsiębiorstwach, w miarę jak podnosi się ich poziom techniczny, coraz większy nacisk w programach promocji zdrowia jest kładziony na opamiętanie stresu. Organizacje funkcjonujące w warunkach technicznie i organizacyjnie prostych, nie stwarzają tak silnego obciążenia stresem jak to bywa w instytucjach pod tym względem zaawansowanych (Malzon, Lindsay 1992, s. 10).

Interwencje środowiskowe, jak to wskazaliśmy analizując teoretyczne aspekty promocji zdrowia w miejscu pracy, powinny, modelowo rzecz ujmując, stanowić integralny element programów promocyjnych. W praktyce nie jest to zawsze w dostateczny sposób uwzględniane.

Z tego rodzaju krytyką spotykają się programy amerykańskie, nie tylko zresztą, jak pisałem wcześniej, te realizowane w środowisku pracy. Dwie znane autorowi opublikowane opinie na ten temat pochodzą z Holandii: E. de Leeuw (1989) oraz S. Maesa z zespołem (1992). Wskazując na niedowartościowanie zmian środowiskowych w amerykańskiej praktyce promocyjnej akcentuje się w nich odrębność Europy pod tym względem. De Leeuw formułuje nawet generalną tezę o dwóch jakby opozycyjnych modelach promocji zdrowia: amerykańskim i europejskim. Maes i in. piszą wręcz: "większość amerykańskich programów (promocji zdrowia w miejscu pracy - przypomnienie A.G.) koncentruje się raczej na modyfikacji jednostkowego zachowania niż na stwarzaniu promującego zdrowie środowiska pracy i dlatego argumentuje się, że amerykańskie programy mogą być nieskuteczne i społecznie nie do zaakceptowania z europejskiej perspektywy". A w innym miejscu cytowanego artykułu: "po początkowym okresie entuzjazmu stało się jasne, że amerykańskie programy nie mogły być przenoszone na europejską scenę", m.in. z tego powodu, że nie doceniają wpływu warunków społecznych i warunków pracy, które mogą być przyczyną problemów zdrowotnych pracowników oraz ich zachowań w pracy.

Cytowani autorzy odnotowują jednak obiektywnie fakt, że, jak piszą, "Amerykanie wydają się uświadamiać sobie potrzebę uzupełnienia modyfikacji indywidualnego zachowania przez wysiłek stwarzania promującego zdrowie środowiska". Świadczą o tym teoretyczne prace m.in. R. Karaska, S.V. Kasla i D. Stokolsa, jak też spełniające formułowane przez nich postulaty takie amerykańskie programy promocyjne jak: *Live for Life* firmy "Johnson and Johnson" oraz *Staywell* firmy "Data Control Company".

W końcu należy powiedzieć, że Maes i zespół sami opracowali i wdrożyli program promocji zdrowia w miejscu pracy, spełniający wymagania stawiane przez nich tego rodzaju przedsięwzięciom. Był to program *Zdrowsza praca w "Brabancji"* przygotowany i wdrożony w średniej wielkości przedsiębiorstwie "Brabantia" w Holandii, podjęty w 1990 r. i przewidziany na 3 lata. W programie zaprojektowano zmiany na 3 poziomach: jednostkowym, organizacyjnym i środowiskowym. Na poziomie pierwszym zastosowano klasyczne działania nakierowane na prozdrowotne zmiany

zachowań uczestników programu. Działania na poziomie organizacyjnym polegały na stwarzaniu podtrzymującego środowiska dla inicjowanych zmian behawioralnych. Interwencja na poziomie środowiskowym polegała na dokonaniu zmian w środowisku pracy w płaszczyźnie jej bezpieczeństwa, higieny i organizacji zgodnie z odczuciami i postulatami pracowników (szczegóły programu zostały przedstawione w załączniku).

3. Ewolucja programów

Maes i in. przedstawili bardzo interesującą propozycję swoistej periodyzacji historii rozwoju programów promocji zdrowia w miejscu pracy z uwzględnieniem analizowanego tu aspektu.

Autorzy wyróżniają 4 podstawowe stadia rozwoju promocji w miejscu pracy. W stadium pierwszym działania obiektywnie promujące zdrowie pracowników były podejmowane bez takiej intencji, lecz z racji na jakościowe wymogi produkcji lub ze względów bezpieczeństwa. I tak np. zakaz palenia został wprowadzony w przemyśle spożywczym w celu zapobieżenia zanieczyszczeniu wytwarzanych produktów, a w przemyśle petrochemicznym - by zapobiec pożarom i eksplozjom, a nie ze względu na zdrowie pracowników. W stadium drugim, przedmiotem uwagi stało się zdrowie i dobre samopoczucie kadry kierowniczej. W związku z tym menedżerom zaoferowano programy, które miały im pomóc w dawaniu sobie rady ze stresem związanym z pracą i/lub programy rozwoju ich sprawności fizycznej uzyskiwanej poprzez uprawianie ćwiczeń fizycznych. Zwykłym pracownikom oferowano w dalszym ciągu tylko klasyczną ochronę ich zdrowia przed zagrożeniami środowiskowymi. W stadium trzecim centralną kwestią stała się prewencja chorób i wypadków. Zajęto się eliminacją z indywidualnych stylów życia pracowników zachowań niosących potencjalne zagrożenie zdrowotne; typowe programy tej fazy to: programy zwalczające palenie, programy antycholesterolowe itp. Do redukcji czynników ryzyka zdro-

wotnego dążono głównie poprzez poradnictwo dotyczące realizacji zdrowych stylów życia, zwykle poprzedzane odpowiednimi badaniami przesiewowymi. Stadium czwarte charakteryzuje się dwiema podstawowymi cechami: po pierwsze - programy są adresowane do wszystkich pracowników, po drugie - celem ostatecznym jest raczej promocja zdrowia, a nie prewencja choroby. Autorzy uważają, że dobrymi przykładami programów czwartej fazy są, cytowane zresztą powszechnie jako wzorcowe, dwa programy amerykańskie, a mianowicie program zrealizowany w firmie "Johnson and Johnson" oraz w firmie "Data Control Company". Nawiasem mówiąc, program *Zdrowsza praca w "Brabancji"* również jest programem tej kategorii. Działania promocyjne podjęte w tych programach polegały z jednej strony na przedsięwzięciach, których celem było doprowadzenie do korzystniejszych dla zdrowia zmian w zachowaniach pracowników, z drugiej na interwencjach, których celem było uzyskanie takich przekształceń w środowisku pracy, które podtrzymywałyby tamte zmiany w stylu życia (np. zakaz palenia, stworzenie optymalnych warunków dla uprawiania ćwiczeń fizycznych, zmiany w zaopatrzeniu w żywność itp.).

4. Motywy podejmowania programów

Motywy, dla których przedsiębiorstwa angażują się w realizację programów promocji zdrowia dla swoich załóg są wielorakie, z różnym zresztą rozłożeniem akcentów na poszczególne z nich w różnych krajach, czy wręcz konkretnych sytuacjach.

Analizę tego problemu podejmowano wielokrotnie, najczęściej pytając zainteresowane przedsiębiorstwa o przesłanki ich decyzji dotyczących podjęcia realizacji programu promocyjnego. Szczególnie interesujące i pouczające wyniki uzyskano na ten temat w Stanach Zjednoczonych (Fielding, 1990 s. 78-80)

W kilku badaniach socjologicznych przeprowadzonych w USA

uzyskano następujący zestaw najczęściej wskazywanych przez przedsiębiorstwa motywów podejmowania działalności promocyjnej:

- 1) zainteresowanie zdrowiem pracowników
- 2) odpowiedź na zgłaszane przez pracowników zapotrzebowania
- 3) spodziewane obniżenie ponoszonych przez przedsiębiorstwa kosztów opieki zdrowotnej pracowników (Fielding, 1990, s. 75)

Tak zagadnienie to przedstawia się w subiektywnej perspektywie respondentów ankiet i wywiadów, czy może raczej w perspektywie proponowanej przez nich na użytek publiczny. W rzeczywistości wydaje się że, kolejność jest chyba inna - pozycję pierwszą zajmują niewątpliwie względy ekonomiczne.

“Najsilniejszym argumentem dla amerykańskich pracodawców, ażeby podjąć program lub ustanowić trwały system promocji zdrowia jest ekonomiczna korzyść” - stwierdza niezaprzeczalny autorytet w tej dziedzinie - J.E. Fielding (wiceprezes i dyrektor Zarządu ds. Zdrowia firmy “Johnson and Johnson” (Fielding, 1990, s. 79). Potencjalne korzyści ekonomiczne dla przedsiębiorstwa związane z programem promocji zdrowia mogą mieć różny charakter. Najczęściej podnoszone są wskazane już wyżej oszczędności w zakresie kosztów opieki zdrowotnej nad pracownikami, co wynika głównie z pozytywnych dla zdrowia zmian ich stylów życia i związanej z tym poprawy ich stanu zdrowia.

Warto przyrzeć się bliżej tej kwestii, ponieważ wynikają stąd ważne wnioski dla stworzenia rozwiązań systemowych, stymulujących aktywność promocyjną przedsiębiorstw również w naszym kraju.

Analizując ten problem z perspektywy europejskiej, holenderscy autorzy Maes i zespół piszą, że finansowa odpowiedzialność pracodawców za zdrowie pracowników jest w USA bez porównania wyższa niż w Europie Zachodniej, i - dodajmy - z pewnością również w Polsce. Cytowani autorzy twierdzą, że właśnie to stanowi jeden z głównych czynników tak szybkiego upowszechnienia się programów promocji w Stanach Zjednoczonych (Maes i in., 1992, s. 354-355).

Otóż w Stanach Zjednoczonych pracodawcy dobrowolnie wykupują dla swoich pracowników, a także często dla pozostających na ich

utrzymaniu osób, jak również emerytów, ubezpieczenia zdrowotne. Jedynym czynnikiem, który ogranicza ich decyzje w tej dziedzinie (zwłaszcza gdy chodzi o zakres ubezpieczenia), jest siła nabywcza, którą dysponują. Oczywiście w gorszej sytuacji pod tym względem są firmy małe, które mogą zatrudnionym przez siebie osobom zaoferować mniej niż wielkie korporacje i firmy średniej wielkości. Z reguły pracownicy partycypują w składce ubezpieczeniowej na poziomie ustalonym przez przedsiębiorstwo (Fielding, 1990).

Sumy, które wchodzi tu w grę są poważnym obciążeniem, nawet dla dużych korporacji. I tak np. "Chrysler Corporation" szacuje, że musi sprzedać 20 tysięcy wyprodukowanych przez siebie samochodów, by pokryć koszty związane z ochroną zdrowia swoich pracowników (Weinstein, 1989, s. 15).

Selleck i in. (1989, s. 412) cytują dane, z których wynika, że w początku lat osiemdziesiątych przeciętny koszt opieki zdrowotnej nad pracownikami ponoszony przez przedsiębiorstwa amerykańskie stanowił 30% ich średnich zarobków, a przewidywano, że do roku 1990 osiągnie poziom aż 50%. Problem ten nabrał w skali kraju takiego wymiaru, że w 1984 r. prezydent Reagan ponaglał liderów biznesu, by się nim zajęli - właśnie poprzez podjęcie szerokich programów promocji zdrowia w miejscu pracy.

Przy takich rozwiązaniach stan zdrowia załogi jest podstawowym wyznacznikiem ponoszonych przez przedsiębiorstwo kosztów jego ochrony. Każda poprawa potencjału zdrowotnego pracowników daje efekt oszczędnościowy. I stąd właśnie bierze się przede wszystkim chęć do inwestowania w zakładowe programy promujące zdrowie pracowników.

A oto dwa przykłady analiz ilustrujących możliwe do uzyskania efekty ekonomiczne w przypadku ewentualnych pozytywnych zmian stylu życia pracowników pod wpływem realizowania programów promocyjnych.

Szacunkowe obliczenia średniorocznych kosztów opieki zdrowotnej (wyłączając opiekę nad kobietami ciężarnymi), wykonane dla ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej w firmie "Control Data Corporation" (zrealizowano tu jeden z najbardziej znanych programów promocji zdrowia pod nazwą Staywell), wykazały, że są one generalnie wyższe dla

pracowników legitymujących się wyższymi wartościami indywidualnych czynników ryzyka zdrowotnego niż dla pracowników z wartościami niższymi. Dla przykładu: porównywalne koszty dla palaczy były o 18% wyższe, dla nie uprawiających ćwiczeń fizycznych - 14%, dla nie używających pasów bezpieczeństwa w samochodach - 13%, a dla osób z nadwagą lub cierpiących na nadciśnienie - 11% (za: Fielding, 1990, s. 79).

Te dane zostały niemal dokładnie potwierdzone w innych badaniach przeprowadzonych również w Stanach Zjednoczonych. Według nich roczne koszty opieki zdrowotnej dla palaczy są o 10-18% wyższe niż dla osób nie palących, zaś dla osób uprawiających regularnie ćwiczenia fizyczne wskaźnik ten wynosi 14%. Ponadto wydatki związane z leczeniem osób z 30-procentową nadwagą są w ciągu roku wyższe przeciętnie o 11% niż osób z nadwagą na poziomie 20% i niższym. Jeszcze inne analizy ekonometryczne, również amerykańskie wykazały, że 1 dolar zainwestowany w promocję daje oszczędności nawet na poziomie 1.45 (za: Malzon, Lindsay, 1992, s. 9).

Trwające po kilka lat i starannie pod względem metodologicznym ocenione programy wykazały, że omawiany efekt oszczędnościowy rzeczywiście istnieje. Spośród opublikowanych raportów na ten temat na uwagę zasługuje analiza przedstawiona przez koncern "Johnson and Johnson". Porównano mianowicie dwie grupy pracowników tej firmy poddane w ciągu 6 lat intensywnym oddziaływaniom promocyjnym, z grupą kontrolną nie realizującą programu promocji. Okazało się, że koszty szpitalnej opieki zdrowotnej wzrosły w tym czasie w dwóch wspomnianych grupach eksperymentalnych odpowiednio o 43 i 42 dolary, podczas gdy w grupie kontrolnej o 76 dolarów. Zwiększyła się również istotnie liczba dni pobytu w szpitalu. Zaobserwowano także różnice, na korzyść grup poddanych promocji, w częstotliwości korzystania z opieki ambulatoryjnej oraz wysokości kosztów ponoszonych z tego tytułu, choć nie były one statystycznie istotne (za: Fielding, 1990, s. 79).

Poza omówionymi tak obszernie oszczędnościami w ponoszonych przez przedsiębiorstwo kosztach związanych z ochroną zdrowia pracowników istnieją jeszcze inne względnie uniwersalne motywy, które liczą

się w rachunku decyzyjnym przedsiębiorstw podejmujących akcje promocyjne. Praktycznie wszystkie one mają dla przedsiębiorstwa również mniej lub bardziej bezpośredni wymiar ekonomiczny. Motywy te mogą być następujące:

1. Oczekiwanie, że dzięki zakładanemu, w wyniku działań promocyjnych, podniesieniu poziomu zdrowia załogi spadnie absencja chorobowa oraz poprawi się związany z tym bezpośrednio efekt ekonomiczny działalności przedsiębiorstwa.

2. Oczekiwanie, że dzięki zainicjowaniu programu promocji zdrowia wzrośnie zadowolenie załogi i poprawi się jej stosunek do kierownictwa oraz przedsiębiorstwa jako całości, co ostatecznie umocni więź pracowników z zakładem, prowadząc do wzrostu morale pracowniczego oraz spadku płynności kadr. W warunkach, gdy wzrost płac jest ograniczony, pracownicy oczekują innych satysfakcji i najszerzej rozumianych korzyści. Jest to tzw. płaca psychologiczna. Program promocji zdrowia w zakładzie pracy jest tego rodzaju "płacą" (Weinstein, 1989, s. 16).

3. Oczekiwanie, że wzrost aktywności załogi w sferze zdrowia uogólni się na inne sfery jej aktywności realizowanej w zakładzie, w tym także w procesie pracy.

4. Oczekiwanie, że realizacja programu promocyjnego przyczyni się do polepszenia publicznego obrazu firmy. Wizerunek przedsiębiorstwa na rynku, w tym wśród konkurentów, dzięki tego rodzaju przedsięwzięciu ma szansę na zdecydowaną poprawę. Programowe zajmowanie się stanem zdrowia pracowników świadczy pośrednio o dobrej kondycji ekonomicznej przedsiębiorstwa, jak też o nowoczesności jego kierownictwa.

W konkretnych decyzjach konkretnych przedsiębiorstw udział poszczególnych motywów jest oczywiście różny.

Waga wymienionych motywów nie ulega wątpliwości, ale ostatecznie kluczową sprawą dla podejmowania programów promocyjnych w miejscu pracy jest postawa najwyższego kierownictwa zakładu, jaką reprezentuje ono wobec problemów zdrowia pracowniczego. Swoista filozofia wyznawana w tej dziedzinie przez kierownictwo jest rozstrzygająca.

Najkorzystniejsza dla promocji zdrowia pracowników sytuacja w za-

kładzie jest wówczas, gdy mamy do czynienia z dyrektorami, prezesami itd., którzy czują się naprawdę odpowiedzialni za zdrowie załóg zarządzanych przez siebie organizacji i traktują dobry stan zdrowotny i dobre samopoczucie swoich pracowników jako istotne cele przedsiębiorstwa. Natomiast najmniej korzystna pod tym względem sytuacja w przedsiębiorstwie jest wtedy, gdy traktuje się pracowników jak swoiste żywe części wymienne w organizacyjnej maszynie. Taka postawa kierownictwa powoduje, że "używa się" pracowników nie troszcząc się, poza niezbędnym minimum, o ich kondycję zdrowotną, aż do momentu, gdy "się zużyją" i będzie trzeba ich wymienić, sięgając do zasobów siły roboczej spoza własnego przedsiębiorstwa. Przy tej filozofii promowanie zdrowia pracowników jest rzeczą zbędną.

W podsumowaniu przeprowadzonej analizy należy stwierdzić, iż w świetle przytoczonych danych jest rzeczą zrozumiałą, że nakłady na promocję zdrowia pracujących są traktowane jako swego rodzaju nakłady inwestycyjne w sferze tzw. zasobów ludzkich (Malzon, Lindsay, 1992, s. 7). Nawiasem mówiąc, jeden z bardziej znanych amerykańskich podręczników promocji zdrowia w miejscu pracy nosi właśnie tytuł: *Inwestowanie w zdrowie pracowników* (Sloan i in., 1987).

Wszystkie omówione czynniki motywacyjne słabo działają w warunkach polskich. Jednak sytuacja ta zaczyna ulegać istotnym zmianom, które, docelowo rzecz ujmując, powinny spowodować, że również polskim pracodawcom coraz bardziej będzie się ekonomicznie opłacać inwestowanie w zdrowie załogi. W tym kierunku zmierzają częściowo już wprowadzane oraz projektowane zmiany w finansowej odpowiedzialności pracodawcy za zdrowie pracowników. Należy oczekiwać, że i u nas nakłady na promocję zdrowia pracowników zaczną być dobrą inwestycją.

Ciekawym uzupełnieniem zaprezentowanej analizy są dane wskazujące, że istotnymi czynnikami decyzji w tej dziedzinie są: wielkość przedsiębiorstwa oraz jego status własnościowy.

Poczynając od pierwszych badań amerykańskich z r. 1985 (Fielding, 1990) na temat rozpowszechnienia programów promocji zdrowia w miejscu pracy, wielokrotnie potwierdziła się w różnych badaniach (np. U.S.

Department of Health and Human Services, 1993; Malzon, Lindsay 1992, s. 28-29, 52-53) prawidłowość, że wielkość przedsiębiorstwa ma istotne znaczenie dla podejmowania programów promocyjnych. Duże przedsiębiorstwa wyraźnie dystansują przedsiębiorstwa średnie i małe. I tak na przykład według badań z 1992 r. w USA aż 99% przedsiębiorstw zatrudniających 750 i więcej pracowników realizowało co najmniej jeden rodzaj aktywności promocyjnej, podczas gdy organizacje zatrudniające 50-99 osób miały ten wskaźnik na poziomie 75% (U.S. Department of Health and Human Services, 1993). Związane jest to, wydaje się, przede wszystkim z faktem, że wielkie przedsiębiorstwa dysponują większymi możliwościami finansowymi, kadrowymi oraz organizacyjnymi do przygotowania i wdrażania tego rodzaju programów. Są one w stanie zapewnić swoim pracownikom bogatszą, bardziej różnorodną ofertę promocyjną, a także mogą stworzyć korzystniejsze warunki do jej realizacji przez poszczególnych pracowników. Nie oznacza to jednak, że przedsiębiorstwa średnie lub wręcz małe nie mają tu szans. Decydują ostatecznie konkretni ludzie, a także trafne oraz starannie zaprojektowane i zrealizowane pomysły promocyjne. W literaturze przedmiotu opisane są udane programy promocyjne w bardzo małych organizacjach, np. w przedsiębiorstwie, które zatrudniało tylko 35 pracowników, o czym będzie mowa dalej.

W badaniu na temat stanu działalności promocyjnej w miejscu pracy w regionie europejskim uwzględniono związek statusu własnościowego badanych firm z podejmowaniem tego rodzaju aktywności.

Większość (60%) poddanych badaniu przedsiębiorstw stanowiły firmy prywatne, 28% - firmy państwowe, 11% - firmy z kapitałem mieszanym. Okazało się, że status organizacji pod tym względem miał istotne znaczenie dla ich aktywności promocyjnej (Malzon, Lindsay, 1992, s. 21).

Generalnie rzecz ujmując, korzystniej wypadły, gdy chodzi o aktywność promocyjną, przedsiębiorstwa państwowe. Częściej niż prywatne realizowały programy promocyjne we wszystkich poddanych badaniu 11 tematach. Różnice są znaczne, sięgają nawet 36% w przypadku skринingu onkologicznego, dla 5 tematów są na poziomie powyżej 10%. Przedsiębiorstwa państwowe również zdecydowanie częściej niż prywatne

planują prowadzenie aktywności promocyjnej w przyszłości; odpowiednie procenty wynoszą: 50 i 32 (Malzon, Lindsay, 1992, s. 21).

Autorzy interpretując tę prawidłowość wskazują na właściwą, ich zdaniem, państwowemu właścicielowi długookresową perspektywę traktowania spraw zdrowia pracowników. Twierdzą, że państwo zdaje sobie sprawę z faktu, że to ono ostatecznie poniesie ciężar kosztów opieki zdrowotnej związanych z nieodpowiednim stylem życia i dlatego bardziej docenia przyszłe korzyści wynikające z działalności promocyjnej. Menedżerowie firm prywatnych tymczasem mogą być chętni, by wprowadzić np. program antyalkoholowy, ponieważ problemy związane z piciem bezpośrednio wpływają na efekty działalności ich organizacji już w krótkim okresie czasu. Nie są oni jednak skory do podejmowania takich programów, jak np. prawidłowy sposób odżywiania się, czy edukacja onkologiczna, ponieważ ich efekty stają się widoczne dopiero w późniejszym terminie (Malzon, Lindsay, 1992, s. 52).

Wydaje się, że ustalenie powyższe ma bardzo istotne znaczenie dla planowania i kierowania promocją zdrowia w miejscu pracy w Polsce. Gwałtowna prywatyzacja stawia tę kwestię na bardzo szczególnej pozycji i należy ten fakt uwzględniać w praktyce.

5. Finansowanie programów

Gdy stawia się problem promocji zdrowia w miejscu pracy jako zadanie praktyczne, jedną z podstawowych okoliczności utrudniających jego realizację, na jaką się wskazuje, jest źródło finansowania tego rodzaju przedsięwzięć. Dotychczasowa praktyka krajów rozwiniętych wykazała, że środki na ten cel pozyskuje się z różnych źródeł. Mogą to być środki własne przedsiębiorstw, dotacje państwowe, dofinansowania z funduszy instytucji ubezpieczających pracowników, wreszcie opłaty wnoszone bezpośrednio przez poszczególnych uczestników programów promocyjnych.

Promocja zdrowia w zakładach pracy jest z reguły dofinansowywana przez państwo. Tak dzieje się np. w USA oraz w Europie. W raporcie z badań na temat stanu inicjatyw promocyjnych w miejscu pracy w Stanach Zjednoczonych w 1992 r. stwierdzono: "Poczynając od początku lat osiemdziesiątych Rząd Federalny zwiększa środki przeznaczone na inicjatywy związane z promocją zdrowia w środowisku pracy, zarówno gdy chodzi o sektor publiczny, jak prywatny" (U.S. Department of Health and Human Services, 1993, s. 452). Natomiast Malzon i Lindsay (1992, s. 22) ustalili, że w badanej przez nich próbie przedsiębiorstw europejskich co czwarte (25,3%) realizujące jakąś formę aktywności promocyjnej korzystało w całości lub w części z finansowego wsparcia państwa.

W polskich warunkach sprawa finansowania programów promocji zdrowia w miejscu pracy nie została, jak dotąd, uregulowana żadnymi przepisami. Wydaje się, że przyszłe uregulowania prawne powinny szczególnie: 1) zobligować ZUS do tworzenia specjalnego funduszu przeznaczonego na dofinansowanie działalności promocyjnej w miejscu pracy, 2) zdecydować, żeby sumy wydatkowane przez zakłady pracy na promocję zostały zwolnione od opodatkowania.

Należy jednak zauważyć, że niezależnie od ewentualnych regulacji formalnych, takich jak wspomniane lub podobne, zakłady rozumiejące celowość i potrzebę realizacji różnych przedsięwzięć promocyjnych w środowisku pracy mogą realizować je, nawet przy obecnym stanie prawnym, choć oczywiście w odpowiednio skromniejszym zakresie.

6. Inicjatorzy, organizatorzy i adresaci programów

W podrozdziale omówione zostaną trzy ogólne kwestie związane z realizacją programów promocji zdrowia w miejscu pracy, a mianowicie: kto najczęściej inicjuje program, kto go organizacyjnie obsługuje, do kogo jest adresowany.

INICJATORZY I ORGANIZATORZY PROGRAMÓW. W przedsiębiorstwach amerykańskich, jak pokazały to badania (Christenson,

Kiefhaber, 1988a) inicjatywa podejmowania programów promocyjnych pozostawała głównie w gestii zarządów firm. Rzadko wychodziła np. od związków zawodowych. W kontekście przeprowadzonej wcześniej analizy motywów skłaniających przedsiębiorstwa do realizacji tego rodzaju przedsięwzięć nie jest to zaskoczeniem.

Jeśli chodzi o operacyjne kierowanie zakładowymi programami promocji zdrowia, to w warunkach amerykańskich pozostawało ono przede wszystkim w gestii działów osobowych przedsiębiorstw; badania z 1992 r. ujawniły, że było tak w 59% przypadków. Odpowiedzialność za organizację i przebieg programów w 7% przedsiębiorstw spoczywała na działach bezpieczeństwa i higieny pracy, a tylko w 6% na departamentach ściśle medycznych. W 2% przypadków promocją zdrowia w miejscu pracy zajmowały się specjalnie w tym celu powołane komórki promocji (U.S. Department of Health and Human Services, 1993, s. 462).

Są to nieco zaskakujące dane. Wydawałoby się bowiem, że promocja zdrowia w miejscu pracy powinna być przede wszystkim domeną służb medycznych, również w swej warstwie organizacyjnej. Tak zresztą próbowano ustawiać tę kwestię również w Stanach Zjednoczonych.

I tak np. Selleck i in., opierając się na sformułowanym w 1980 r. stanowisku Amerykańskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek, forsowały w opublikowanym artykule (1989, s. 412 i in.), że to właśnie pielęgniarki zatrudnione w opiece zdrowotnej nad pracującymi są niezastąpione, wręcz idealne, gdy chodzi o planowanie, wdrażanie i ocenianie programów promocji zdrowia w miejscu pracy.

W badaniach na temat stanu aktywności promocyjnej w miejscu pracy w Europie (Malzon, Lindsay, 1992) ustalono, że 70,6% przedsiębiorstw realizujących programy w tej dziedzinie zatrudniało do tego specjalny personel w pełnym wymiarze godzin, z tym, że jego liczba zależała od liczebności załogi (od 1 do ponad 15 osób).

ADRESACI PROGRAMÓW. Wprawdzie pierwsza z przedstawionych zasad promocji zdrowia w miejscu pracy akcentuje tzw. ogólny adres działań promocyjnych, tzn. że powinny być one skierowane

do wszystkich pracowników zakładu pracy, to jednak są w tej zbiorowości pewne grupy osób, które w programie powinny być uwzględnione w sposób specjalny, z różnych racji zresztą.

Tak więc przedmiotem specjalnego zainteresowania promocyjnego powinny być grupy szczególnego ryzyka zdrowotnego związane z najszerzej rozumianymi warunkami pracy. Są to najpierw kategorie pracowników narażone na różne rodzaje szkodliwości typu środowiskowego. W konkretnych branżach, przy konkretnych procesach technologicznych są to zagrożenia specyficzne. Im z oczywistych racji należy się specjalna troska i pomoc. Istnieją też grupy zagrożone ze względu na charakter pełnionych funkcji. W tym drugim przypadku chodzi zwłaszcza o grupy pełniące funkcje kierownicze poddane z reguły silnym przeciążeniom psychicznym, które zagrażają ich zdrowiu. Przykładem tego rodzaju grupy są mistrzowie, czy szerzej średni personel techniczny w produkcji, silnie narażony zdrowotnie z racji na tzw. konfliktowość pełnionych ról (Cooper, Pyne, 1987).

Przedmiotem szczególnego zainteresowania promocyjnego powinny być również inne (wyselekcjonowane zwykle poprzez badania przesiewowe) grupy szczególnego ryzyka, a więc: osoby z nadciśnieniem, z wysokim poziomem cholesterolu, z nadwagą itp.

Należałoby postulować, by szczególną opieką promocyjną objąć pracowników młodych. Są oni jeszcze stosunkowo najbardziej elastyczni, gdy chodzi o możliwości zmiany swoich zachowań zdrowotnych, choć z drugiej strony należy pamiętać, że z powodu relatywnie jeszcze dobrego stanu swego zdrowia, mogą być też bardziej oporni wobec różnych propozycji promocyjnych.

Obiektem szczególnej uwagi w akcjach promocyjnych powinny być kobiety z racji na specyficzne role społeczne, które pełnią. Jako żony, matki oraz gospodynie domowe dysponują zupełnie wyjątkowymi możliwościami wpływu na związane ze sobą więzami rodzinnymi i emocjonalnymi osoby. Uzyskanie korzystnych zdrowotnie zmian ich przekonań oraz zachowań otwiera szerokie możliwości podobnych przekształceń u osób im bliskich.

Dlatego kobiety nazywa się "odźwiernymi" prozdrowotnych zmian zachowań w bezpośrednim środowisku.

Adresatami głównymi programów promocyjnych w zakładzie pracy są w naturalny sposób jego pracownicy, jednakże często programy te są otwarte również dla ich rodzin, szczególnie współmałżonków pracowników. I nie jest to tylko podyktowane względami, które by można nazwać socjalnymi. Włączenie do programów również rodzin pracowników stwarza korzystne warunki dla podtrzymywania uczestnictwa pracowników w programie, jak też dobrze rokuje dla utrwalenia zainicjowanych dzięki programowi zmian w ich stylu życia.

Do programów włącza się również emerytowanych pracowników zakładu.

7. Przykłady programów

Krótką prezentacją kilku wybranych programów promocyjnych ma na celu wyłącznie pokazanie różnorodności podejść, jakie występują w tej dziedzinie, nie jest natomiast w żadnym razie prezentacją przypadków, które można by uznać za reprezentatywne.

1) W 1977 r. przedsiębiorstwo "Blue Cross and Blue Shield" w stanie Indiana w USA podjęło kompleksowy program promocji zdrowia zatytułowany: *Żyj i miej się dobrze (Stay Alive and Well)* przeznaczony dla 2400 swoich pracowników oraz ich współmałżonków oraz emerytów - byłych pracowników. Program został zaprojektowany na 5 lat. W jego ramach proponowano pracownikom różne przedsięwzięcia promocyjne dotyczące: sposobu odżywiania się, odchudzania, zaprzestania palenia, podniesienia sprawności fizycznej oraz kontroli stresu. Wszystkie te programy były oferowane na terenie przedsiębiorstwa, większość w czasie pracy. Użyto następujących środków, by skłonić pracowników do uczestniczenia w programie: indywidualne protokoły zdrowia, oceny indywidualnego zagrożenia zdrowotnego, rozprowadzanie w przedsiębiorstwie ulotek, plakatów,

demonstrowanie slajdów, zachęty ze strony kierownictwa. Starannie oceniano skuteczność programu, oceniano też jego efektywność w kategoriach ekonomicznych. Efekty były bardzo pozytywne (Sloan i in., 1987).

2) Światowej renomy firma "Johnson and Johnson" jest też światowym liderem, gdy chodzi o ruch promocji zdrowia w miejscu pracy. Zrealizowała w swoich przedsiębiorstwach bardzo obszerne i kompleksowe programy promocyjne pod generalnym hasłem: *Żyj dla życia (Live for Life)*. Zaproponowano pracownikom następujące szczegółowe programy: ocena indywidualnego ryzyka zdrowotnego, ćwiczenia fizyczne, sposób odżywiania się, kontrola nadciśnienia, kontrola stresu, kontrola wagi, program w zakresie wychowania zdrowotnego. Poszczególne przedsiębiorstwa w ramach koncernu decydowały, czy wdrażać program. Pracownicy uczestniczyli w programie poza godzinami pracy. Specjalną uwagę poświęcono ocenie skuteczności programu. Osiągnięte efekty uznano za bardzo dobre (Wilbur, 1986).

3) Bardzo małe przedsiębiorstwo (35 pracowników) "Speedcall Corporation" w Kalifornii zrealizowało prosty, ale bardzo skuteczny program dotyczący eliminacji palenia. Płacono mianowicie tygodniową premię w wysokości 7 dolarów osobom nie palącym w czasie pracy. Kierownictwo stało na stanowisku, że nie należy karać ludzi za palenie, lecz nagradzać ich za niepalenie. Program był długoterminowy. Obejmował uczestników tak długo, jak długo byli zatrudnieni w przedsiębiorstwie. W ciągu jednego miesiąca od startu programu procent palących spadł z 67 do 43. Po czterech latach liczba palących spadła o 65% w stosunku do okresu sprzed programu, z tym że redukcja ta dla kategorii pracowników już uprzednio zatrudnionych wyniosła 22%, podczas gdy nowo zatrudnieni mieli tu wskaźnik 60% (Sloan i in., 1987).

4) "New York Telephone Company" zrealizowała programy skriningu i kontroli nadciśnienia. Program oceniano po 5 latach realizacji. W tym czasie zidentyfikowano 5211 pracowników z naciśnieniem. Ludzi tych poddano standardowemu leczeniu farmakologicznemu. Starannie oceniano efekty programu, które okazały się bardzo korzystne (Sloan i in., 1987).

Jak widać, przedstawione programy miały bardzo zróżnicowany charakter: od złożonych, kompleksowo pomyślanych przedsięwzięć promocyjnych po programy jednowymiarowe, od zorientowanych na szeroko pomyślany rozwój zdrowia pozytywnego po wąsko wyspecjalizowane programy, skierowane na jedno zachowanie zdrowotne (palenie) bądź schorzenie (nadciśnienie), i wreszcie od programów operujących złożonym zestawem środków działania po program wykorzystujący tylko jeden środek (premia pieniężna).

8. Celowość realizacji programów promocji zdrowia w miejscu pracy w warunkach polskich

Wydaje się, że trudno w aktualnych realiach polskiego systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi oraz w realiach polskiej gospodarki postulować podejmowanie szerokiej realizacji programów promocji zdrowia w zakładach pracy. Wydawać się to może pomysłem zanadto wyprzedzającym nasze potrzeby i możliwości. Przecież dobrze wiadomo, jaki jest u nas stan pracowniczej opieki zdrowotnej oraz jakie są możliwości kadrowe i organizacyjne służby zdrowia w zakładach pracy. Nawet tradycyjne obowiązujące zadania dalekie są od wypełnienia w dostateczny sposób, a cóż dopiero mówić o podejmowaniu jeszcze ewentualnych działań promocyjnych.

Również kryzys ekonomiczny, który przeżywa nasz kraj, nie sprzyja programom promocyjnym. Po pierwsze, po prostu brakuje na nie środków finansowych. Po wtóre, kierownictwa zakładów, zaabsorbowane problemami wręcz elementarnego przetrwania przedsiębiorstw, mają skłonność do spychania na dalsze pozycje spraw zdrowia pracowników, a szczególnie zapewniania im odpowiednich materialnych warunków pracy

- nie przestrzegają ani nie egzekwują norm pracy higienicznej i bezpiecznej. Priorytet bezpośrednich i doraźnych celów ekonomicznych staje się czasami wręcz absolutny.

Również zagrożeni w swym bycie ekonomicznym pracownicy, często żyjący pod groźbą bezrobocia, przywiązują do swego zdrowia znaczenie zdecydowanie mniejsze niż w warunkach bezpieczeństwa socjalnego i względnego dobrobytu. Słabnie wtedy nacisk społeczny, w tym również ze strony związkowych reprezentacji pracowniczych, na egzekwowanie od administracji zakładu pracy odpowiednich warunków pracy i przestrzegania norm bhp. Ponadto sytuacja ta generalnie osłabia motywację pracowników do aktywnego włączania się do uczestnictwa w programach promocyjnych. Pracownik zagrożony i biedny, zmęczony fizycznie i psychicznie, niepewny jutra nie jest skłonny, by podejmować, niełatwe przecież, dodatkowe wysiłki w sferze poprawienia i rozwoju własnego zdrowia. On po prostu, jak to się popularnie mówi, nie ma na to głowy.

Mimo to, a może nawet właśnie dlatego, programy promocji zdrowia w środowisku pracy powinny być u nas realizowane. Wiodące idea tych programów: "Sam pomóż swojemu zdrowiu" nabiera szczególnego znaczenia właśnie w warunkach niedostatku i kryzysu, które są naszym udziałem, tak gdy chodzi o ochronę zdrowia, jak też ekonomię. Skoro jeszcze długo nie będzie nas stać na odpowiednie zabezpieczenie warunków pracy oraz na odpowiednią opiekę zdrowotną nad pracującymi, to przynajmniej sięgajmy po rezerwy zdrowotne, które są ukryte w samych ludziach, a które są aktualizowane właśnie w programach promocyjnych.

v. Sfery interwencji promocyjnych

Sfery interwencji promocyjnych w miejscu pracy są to te dziedziny życia pracowników zakładu - potencjalnych uczestników programu promocji, które mogą być przedmiotem celowych oddziaływań mających na celu ich prozdrowotne ukształtowanie. Rozdział zawiera omówienie podstawowego zestawu tego rodzaju sfer. Lista jest oparta na doświadczeniach amerykańskich⁹. Oczywiście nie jest to zbiór zamknięty. Każdy organizator promocji zdrowia ma pełną swobodę w doborze odpowiadających konkretnemu zapotrzebowaniu obszarów, które są poddawane promocyjnym przekształceniom

1. USŁUGI PREWENCYJNE

Są to: ocena ryzyka zdrowotnego lub ogólnego stanu zdrowia poszczególnych pracowników, badania przesiewowe oraz indywidualne poradnictwo. Bardziej szczegółowo rzecz ujmując wchodzi tu w grę:

- 1) badania okresowe,
- 2) kwestionariuszowe badania stanu zdrowia,
- 3) testy na poziom cukru we krwi,
- 4) badania przesiewowe dotyczące nadciśnienia tętniczego,
- 5) badania przesiewowe dotyczące cholesterolu,

⁹ Zestaw sfer interwencji promocyjnej przyjęto za: U.S. Department of Health and Human Services, 1992 National Survey of Worksite Health Promotion Activities: Summary, "American Journal of Health Promotion", 1993, vol. 7, no. 6. Częściowo też wykorzystano to opracowanie przy prezentacji niektórych pozycji

- 6) badania przesiewowe dotyczące nowotworów,
- 7) szczepienia uodporniające np. przeciw grypie

2. NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

Zapobieganie lub kontrola nadciśnienia tętniczego zawiera: badania przesiewowe, poradnictwo, rozpowszechnianie różnego typu informacji w celu wzrostu świadomości zdrowotnej. Pracownikom stwarza się możliwości pomiaru ciśnienia tętniczego, niekiedy prowadzi się indywidualne poradnictwo w tej dziedzinie.

3. CHOLESTEROL

W akcjach antycholesterolowych na terenie pracy stosuje się następujące działania: badania przesiewowe, akcje oświatowe, akcje dotyczące redukcji nadwagi, interwencje w sferze podaży produktów żywnościowych na terenie zakładu, jadłospisu w stołówce zakładowej itp.

4. NOWOTWORY ZŁOŚLIWE

W onkologicznych akcjach promocyjnych chodzi o wczesne wykrywanie (badania przesiewowe) zmian nowotworowych, czy stanów przednowotworowych, informowanie o wczesnych objawach choroby, uczenie samoobserwacji i samokontroli, przekonywanie o roli wczesnego podjęcia leczenia (walka z kancerofobią), informowanie o czynnikach ryzyka choroby nowotworowej, zwłaszcza związanych ze stylem życia. Specjalne ustawienie programów w tej dziedzinie następuje w zakładach z przewagą zatrudnionych kobiet (np. w przemyśle lekkim), ze względu na specyfikę zagrożenia nowotworowego związanego z płcią.

5. HIV I CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

W tej dziedzinie istotna jest przede wszystkim akcja informacyjno-edukacyjna. Ze względu na delikatność problemu (życie płciowe), jak też ze względu na jego dramatyczne aspekty (AIDS) - wszelkie działania na tym polu muszą być realizowane z niezwykłą delikatnością i starannością. Powinny być zachowane wszelkie "reguły sztuki" w zakresie edukacji zdro-

wotnej. Amatorszczyzna - tak w sferze treści przekazu, jak też w sferze stosowanych metod oddziaływania - pociąga za sobą szczególnie niekorzystne skutki.

6. PALENIE PAPIEROSÓW

Palenie tytoniu, odpowiedzialne za ponad 20 % zgonów z powodu choroby wieńcowej, blisko 90 % zgonów wywołanych rakiem płuc oraz 30 % wszystkich zgonów z powodu raka, jest w programach promocyjnych przedmiotem szczególnej uwagi.

Programy dotyczące palenia w miejscu pracy idą najczęściej czterotorowo: oddziałuje się na palących środkami informacyjnymi (oświata zdrowotna), stwarza się im warunki wsparcia społecznego ułatwiające porzucenie nałogu (różne grupowe formy walki z paleniem), stosuje się narzędzia typu formalno-prawnego (przepisy ograniczające możliwości palenia w określonych miejscach), w końcu używa się różnych nagród (bodźców) zachęcających pracowników do rzucenia palenia. Możliwe też jest indywidualne poradnictwo.

Problem palenia przez pracowników nabiera szczególnego znaczenia zdrowotnego, gdy, jak np. w przypadku pyłu azbestu, występuje efekt synergistyczny obydwu tych czynników.

Palenie w miejscu pracy to nie tylko kwestia ewentualnych osobistych szkód zdrowotnych ponoszonych przez palaczy, ale to również problem tzw. biernego palenia, a więc szkód na zdrowiu, które ponoszą osoby pracujące wspólnie z palaczami. Hasło: "miejsce pracy wolne od dymu tytoniowego" obejmuje obydwa te obszary.

7. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Systematyczna i odpowiednio obciążająca aktywność fizyczna ma wielorakie sprzyjające zdrowiu skutki. Wywołuje je zarówno bezpośrednio jak też pośrednio, pociągając zwykle za sobą pozytywne zdrowotnie przekształcenia w innych sferach stylu życia (np. jednostka uprawiająca ćwiczenia fizyczne z reguły nie pali, zwraca uwagę na sposób odżywiania się).

Aktywność fizyczna zapobiega i leczy chorobę wieńcową, nadci-

śnienie, insulinoniezależną cukrzycę, osteoporozę, pomaga w problemach związanych ze zdrowiem psychicznym. Programy z tego zakresu na terenie zakładu pracy zawierają: informacje, różne zachęty bodźcowe, dostarczanie pracownikom technicznych możliwości (sala, sprzęt, instruktorzy) uprawiania ćwiczeń fizycznych w zakładzie lub poza nim.

8. SPOSÓB ODŻYWIANIA SIĘ

Czynniki żywieniowe są skorelowane z pięcioma głównymi bezpośrednimi przyczynami zgonów: z chorobą wieńcową, niektórymi typami raka, udarem, insulinoniezależną cukrzycą, miażdżycą. Celem programów promocyjnych w tej dziedzinie jest przede wszystkim doprowadzenie do trwałych prozdrowotnych zmian w sposobach odżywiania się tych pracowników, którzy z punktu widzenia zasad zdrowego stylu życia odżywiali się niewłaściwie. Uzyskać to można głównie za pomocą środków informacyjnych (pogadanki, dyskusje, plakaty, audycje, pokazy itp.), jak też poprzez stwarzanie obiektywnych możliwości realizowania zdrowego odżywiania się (odpowiednie zaopatrzenie kiosków, czy automatów sprzedających żywność na terenie zakładów, odpowiednie menu bufetów, barów, czy stołówek zakładowych).

9. NADWAGA

Bezdyskusyjnie obciążająca zdrowotnie nadwaga jest dość częstym przedmiotem zainteresowania w programach promocyjnych. Najczęściej stosowanymi środkami oddziaływania są: przekazywana różnymi drogami informacja, indywidualne poradnictwo stosujące często metody medycyny behawioralnej, grupowe metody pozbywania się nadwagi, niekiedy nawet nagrody wypłacane tym osobom, którym udało się uzyskać w tej dziedzinie znaczący sukces. Zakłady bardzo często wyposażają miejsca pracy w wagi umożliwiające łatwy pomiar masy ciała.

10. EDUKACJA KOBIET CIĘŻARNYCH

Jak wiadomo, wczesna właściwa opieka prenatalna nad noworodkiem ma decydujące znaczenie dla jego zdrowia. Stąd, szczególnie w za-

kładach zatrudniających dużo kobiet, jest to dziedzina częstej interwencji promocyjnej. Ponadto jest to inicjatywa szczególnie pozytywnie odbierana przez pracowników. Operuje się głównie różnego rodzaju informacjami. Często stosowana jest grupowa dyskusja, a także indywidualne poradnictwo.

11. KORZYSTANIE Z OPIEKI MEDYCZNEJ

Umiejętność właściwego korzystania z opieki medycznej nie stanowi w tzw. powszechnym odczuciu jakiegoś szczególnego problemu. Tymczasem panujące nawyki, nabyte drogą swoistego samouctwa, prowadzą, jak wiadomo, niekiedy do nieodwracalnych strat zdrowotnych, a nawet tragedii. Wiedzieć, w jakim momencie zwrócić się do lekarza, kiedy poszukiwać drugiej medycznej opinii, być zdyscyplinowanym, ale nie ślepym wykonawcą zaleceń lekarskich, w końcu - kiedy skorzystać z porady w przychodni lekarskiej, a kiedy pójść do szpitala - to nie są, niestety, umiejętności powszechne. W ramach programów promocyjnych są przedmiotem edukacji.

12. ZDROWIE PSYCHICZNE I DAWANIE SOBIE RADY ZE STRESEM

Zdrowie psychiczne nie polega tylko na braku zdiagnozowanej choroby psychicznej, czy innych zakłóceń tej sfery. Zdrowie psychiczne oznacza indywidualną zdolność do sprawnego podejmowania codziennych zadań, które stają przed człowiekiem oraz na takiej jego interakcji z życiem, która nie pociąga za sobą poznawczych, emocjonalnych i zachowaniowych dysfunkcji (U.S. Department of Health and Human Services, 1993, s. 460).

Szczególnymi problemami z tej sfery kwalifikującymi się do podjęcia w ramach programów promocyjnych w miejscu pracy są: radzenie sobie ze stresem, zwłaszcza tym pochodzącym ze środowiska pracy, stany depresyjne oraz zachwianie poczucia własnej wartości. Otoczenie społeczne w zakładzie pracy wytwarza wiele sytuacji, które mogą wywoływać negatywne stany w wymienionych płaszczyznach, z którymi jednostka nie może sobie sama poradzić. W programach promocyjnych

można pomagać ludziom w rozwiązywaniu tych problemów. Stosuje się najczęściej następujące środki: informacje na temat możliwych przyczyn stresów czy depresji, uczenie skutecznych sposobów indywidualnego dawania sobie rady z tymi stanami, organizowanie grupowych treningów redukujących aktualnie występujący wśród pracowników stres; w końcu dokonuje się ingerencji środowiskowych mających na celu wyeliminowanie czynników wywołujących stres pracowników. Zakład pracy powinien zadbać o stworzenie warunków lokalowych dla realizacji grupowych form akcji antystresowych.

13. ALKOHOL I INNE ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE

Picie alkoholu przez pracowników stanowi dla zakładu problem nie tylko zdrowotny, ale jeszcze bardziej bezpośrednio ekonomiczny. Pijący pracownicy, zwłaszcza w miejscu i w godzinach pracy - to zagrożenie wypadkami, to obniżenie wydajności i jakości pracy. Można to samo powiedzieć o różnych środkach psychoaktywnych, a więc o niektórych lekach, a zwłaszcza narkotykach. Dlatego zwykle przedsiębiorstwa prowadzą określoną politykę wobec pracowników, gdy chodzi o tego rodzaju zachowania. Programy promocji zdrowia stanowią znakomitą okazję do podjęcia systematycznych działań antyalkoholowych.

W ramach programów:

- 1) prowadzi się edukację zdrowotną na temat szkodliwości nadmiernego picia i nadużywania środków psychoaktywnych, narkotyków,
- 2) uczy się bezpiecznego picia napojów alkoholowych,
- 3) pomaga się osobom z problemami alkoholowymi,
- 4) stosuje się negatywne sankcje za nieprzestrzeganie normy bycia trzeźwym w miejscu pracy.

14. ZACHOWANIA ZWIĄZANE Z PRACĄ

Związane z pracą choroby i urazy są istotnym problemem zdrowotnym. W dużym stopniu są one związane z nieodpowiedzialnymi własnymi zachowaniami osób pracujących. Pracownicy, generalnie rzecz

biorąc, nie przestrzegają w dostatecznym stopniu przepisów higieny i bezpieczeństwa pracy, co pociąga za sobą u niektórych z nich negatywne skutki zdrowotne. Oczywiście, problem ten ma dla przedsiębiorstwa również znaczenie bezpośrednio ekonomiczne. Przedsiębiorstwo ma więc podwójną motywację, by zajmować się nimi w ramach programów promocji zdrowia.

Kształtowanie bezpiecznych zachowań w środowisku pracy stało się jednym z wiodących tematów programów promocyjnych realizowanych w zakładach pracy. Podstawową formą oddziaływania na pracowników są różne formy szkolenia, prowadzone z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć naukowych dotyczących skutecznych metod uczenia i motywacji.

15. BÓLE KRZYŻA

Bóle krzyża, wywoływane najczęściej niewłaściwą postawą przy wykonywaniu pracy (postawą wybraną przez pracownika, czy też wymuszoną charakterem pracy) lub spowodowane przeciążeniem układu kostno-szkieletowego stanowią powszechnie występujący problem zdrowotny. Dotykają przede wszystkim pracowników wykonujących ciężką pracę fizyczną, ale ofiarami jego są również np. szwaczki w przemyśle lekkim i pracownicy umysłowi wykonujący pracę biurową. Najczęściej bóle te są tylko źródłem pewnego dyskomfortu fizycznego i związanego z nim dyskomfortu psychicznego, ale w stanach zaawansowanych i zaostrzonych wyłączają człowieka z pracy, co najmniej okresowo, a w krańcowych przypadkach trwale. Bóle krzyża należą do tych dolegliwości, które są bardzo podatne na prewencję i terapię behavioralną. Właściwe postępowanie pracownika w pracy może znakomicie go zabezpieczyć przed tym schorzeniem, jak też gdy dolegliwości już wystąpiły, może doprowadzić do ich ustąpienia lub co najmniej złagodzenia. Prewencja bólów krzyża oraz ich wczesna rehabilitacja są dziś jednym z najczęściej formułowanych zadań w programach promocji zdrowia w miejscu pracy. Przedsięwzięcia z tej dziedziny, podobnie jak wcześniej omówione programy antyalkoholowe czy dotyczące bezpiecznych zachowań w pracy,

mają dla przedsiębiorstw ten zachęcający plus, że przynoszą efekty stosunkowo szybko. Stosowane w tego rodzaju programach środki oddziaływania to: informacja, instruktaż, ćwiczenia prewencyjne i rehabilitacyjne, w końcu zmiany ergonomiczne w środowisku pracy.

16. WYPADKI POZA PRACĄ

Jak wskazują statystyki, zdecydowana większość wypadków, które zdarzają się ludziom, to wypadki poza pracą (Henter, 1990). Wypadki drogowe, domowe i w czasie zajęć typu rekreacyjnego przynoszą znaczne uszczerbki zdrowotne relatywnie licznym grupom ludzi, a często nawet kończą się ich śmiercią. U podłoża wielu z nich leżą niewłaściwe zachowania samych ofiar. Stąd uzasadnienie, by problem ten włączać do programów promocyjnych również w miejscu pracy. Głównym środkiem oddziaływania jest informacja.

vi. Działania promocyjne

Działania, poprzez które można osiągnąć bezpośrednie cele programu promocyjnego, którymi są prozdrowotne zmiany świadomości i stylu życia jego uczestników, mają różny charakter. Ich dobór w konkretnych przypadkach uzależniony jest od rodzaju podjętych w programie zadań.

1. Oświata zdrowotna

Działania informacyjno-propagandowe stanowią najstarszy i najbardziej powszechny sposób oddziaływania na ludzi, również w sferze ich zdrowia. Oświata zdrowotna niesie nie tylko określoną wiedzę kształtując w odpowiedni sposób świadomość, szczególnie przekonania jednostek, ale też zawiera elementy motywacyjne, które skłaniają ludzi do podejmowania określonych działań służących ich zdrowiu.

W programach promocyjnych realizacja oświaty zdrowotnej powinna zmierzać w trzech podstawowych kierunkach:

1) budować w świadomości adresatów i uczestników programu pozytywną filozofię zdrowia, tzn. system przekonań w kwestiach osobistego zdrowia oparty na dwóch тезach:

a) m o j e zdrowie jest podstawową wartością, dzięki której mogę osiągać inne ważne dla mnie wartości życiowe,

b) stan mojego zdrowia zależy przede wszystkim od mojego postępowania;

2) dostarczać informacji ilustrujących zależność stanów zdrowia poszczególnych ludzi od ich stylu życia (zachowań zdrowotnych),

3) nieść wskazania, jak należy i jak można realizować zasady zdrowego stylu życia w praktyce.

Istnieją ustalone na drodze badań i praktyki zasady i reguły, których przestrzeganie gwarantuje większą skuteczność przekazu informacyjnego. Jest to zagadnienie samo w sobie, a zatem jego dokładniejsze omówienie wymagałoby odrębnego potraktowania. Zwróćmy uwagę na jedną zasadę, która wydaje się fundamentalna. Otóż oświatę służącą promocji należy ustawiać pozytywnie. Nie eksponować zagrożenia i strachu, lecz odwoływać się przede wszystkim do pozytywnych aspektów zdrowego sposobu życia.

Rozłożenie w czasie i intensywność akcji informacyjnej w przebiegu programu promocji mogą być różne. Często stosowaną formą są skoncentrowane w określonym czasie tematyczne akcje propagandowe, np. tygodniowe czy miesięczne. Stosuje się też akcje cykliczne, np. comiesięczne.

Najbardziej znaną i popularną formą przekazu informacyjnego jest przekaz słowny, zarówno mówiony, jak i drukowany. Do dyspozycji są takie szczegółowe jego odmiany, jak: wykłady, seminaria, dyskusje, ulotki, audycje radiowe, artykuły w gazecie zakładowej itp. Forma druga - to przekaz wizualny, czyli za pomocą obrazu, a więc plakat, film, kasety wideo, slajdy.

Dobrym pomysłem oświatowym jest zainicjowanie w zakładzie zakładowej biblioteki zdrowia starannie kompletowanej i aktywnie prowadzonej. Można też w ramach programu podjąć wśród załogi kolportaż literatury zdrowotnej. Obydwie te inicjatywy mogą być z dużym pożytkiem kontynuowane po zakończeniu programu.

Z ubolewaniem należy stwierdzić, że możliwości zdobycia w naszych warunkach niezbędnych w programach promocyjnych materiałów pomocniczych są bardzo ograniczone. Ich produkcja jest nikła, a system dystrybucji mało efektywny. Zainteresowani tego rodzaju pomocami mają bardzo małe możliwości wyboru, muszą też z dużym trudem do nich docierać. Sprawa wymaga systemowego rozwiązania.

2. Badania i pomoc medyczna

W bardzo wielu realizowanych programach przeprowadza się wśród uczestników badania ustawione zwykle w kierunku różnych chorób. Ustalają one dla badanych osób zarówno podstawowe czynniki ryzyka określonej choroby (biochemiczne oraz związane z indywidualnym stylem życia), jak też wczesne stany chorobowe. Dotyczy to zwłaszcza chorób układu krążenia i chorób nowotworowych. Badania te, selekcjonujące osoby o różnym stopniu zagrożenia lub wręcz chore, stanowią punkt wyjścia dla wysunięcia wobec tych osób propozycji dotyczących wprowadzenia ewentualnych zmian w ich stylu życia lub zastosowania określonej terapii. W pierwszym przypadku są to potencjalni uczestnicy programu promocji, w drugim natomiast są to osoby chore, którym udzielana jest pomoc lecznicza na miejscu, bądź też kierowani są do odpowiednich specjalistów na zewnątrz (Sloan i in., 1987, s. 179-183).

Badaniom poddawani są, zgodnie z obowiązującą w programach promocji zasadą dobrowolności udziału, oczywiście tylko ci, którzy się do nich zgłosili.

Tego rodzaju przesiewowe badania wykonywane są z reguły na starcie programu. Zwykle też powtarza się je wśród jego uczestników w ustalonych odstępach czasu (np. co rok) oraz po jego zakończeniu, by uzyskać dane pozwalające ocenić bieżące i ostateczne skutki programu.

Należy zwrócić uwagę, że wyniki tych badań mogą działać bardzo silnie motywująco na poddane im osoby, skłaniając je zarówno do wzięcia udziału w programie, jak też do dokonania prozdrowotnych zmian w ich stylu życia. Siła tego wpływu związana jest głównie z osobistym charakterem informacji, którą przekazuje się ludziom. Ponadto zwykle informacja ta podawana jest w bezpośrednim kontakcie: lekarz (pielęgniarka) - zainteresowana osoba, co ma duże znaczenie dla jej siły perswazyjnej.

Opisany sposób postępowania został skodyfikowany w postaci metody określonej jako "ocena zagrożenia zdrowotnego" (OZZ) (ang.: *health risk/hazard appraisal*). Znane są różne jej wersje, mniej lub bardziej rozbudowane (Sloan i in., 1987, s. 183-184, 279-285).

Metoda ta pomyślana jako narzędzie prewencji choroby oraz promocji zdrowia wyrosła, jak pisze Milsum (1980) z "filozofii medycyny prospektywnej", która każe antycypować prawdopodobieństwo choroby w jednostce i formułować zalecenia dotyczące zmian zachowania, dzięki którym można oczekiwać zredukowania tego prawdopodobieństwa.

OZZ pozwala określić, na drodze nieskomplikowanego postępowania badawczego, globalne ryzyko chorobowe jednostki. Przy szacowaniu tego ryzyka uwzględnia się wszystkie możliwe jego źródła: fizjologiczne, psychologiczne oraz pochodzące ze środowiska fizycznego i społecznego.

Osoba poddana ocenie wypełnia względnie prosty kwestionariusz dotyczący elementów jej stylu życia, przeszłości zdrowotnej, czasami zdrowotnych obciążeń rodzinnych oraz kilku prostych klinicznych wskaźników. Na ogół każdy jest w stanie wypełnić kwestionariusz sam, wyjawszy informacje np. o ciśnieniu tętniczym, poziomie cholesterolu, czy EKG. Uzyskane dane, poddane odpowiedniej obróbce, są omawiane przez kompetentnych pracowników służby zdrowia z zainteresowanymi osobami, indywidualnie lub grupowo. Dyskutuje się sytuację zdrowotną pacjenta, a szczególnie stopień zagrożenia jego zdrowia oraz źródła tego zagrożenia, w końcu możliwe do zrealizowania pożądane zmiany zachowania, które mogą doprowadzić do zmniejszenia ryzyka choroby. Na podstawie dyskusji pacjent samodzielnie podejmuje decyzję dotyczącą zmiany stylu swego życia. Omawia się z nim również realizację tej zmiany w kontekście jego przekonań, możliwości itp. Dąży się do tego, żeby zainteresowany podjął odpowiedzialność za samego siebie. Pracownik medyczny występuje wyłącznie w roli doradcy.

Aby uplastycznić i ukonkretnić osobie badanej jej wynik, zwykle oblicza się syntetyczny, wyrażony liczbowo wskaźnik poziomu właściwego jej ryzyka zdrowotnego, niekiedy przedstawiany dodatkowo w postaci graficznej - tzw. profilu ryzyka. W obydwu przypadkach zainteresowany ma możliwości porównania własnego wyniku ze standardem modelowym.

Przygotowanie tego rodzaju narzędzia wymaga pracy specjalistów

(bardzo trudna kwestia ważenia poszczególnych kategorii czynników ryzyka). Często do opracowania wyników używa się komputerów.

Możliwe jest jednak stosowanie tej metody w sposób nie wymagający tych wszystkich operacji.

3. Pomoc w rozwiązywaniu problemów stylu życia

Porzucenie palenia, poradzenie sobie z nadmiernym piciem (nie mówiąc o chorobie alkoholowej), redukcja silnego chronicznego stresu, nad którym jednostka nie panuje, są to problemy bardzo silnie rzutujące na stan zdrowia, a których wielu ludzi nie potrafi rozwiązać samodzielnie. Stąd w programach promocyjnych proponuje się profesjonalną pomoc w tych dziedzinach, świadczoną bądź to indywidualnie, bądź grupowo. Najbardziej popularne są grupowe formy odzwyczajania się od palenia tytoniu, prowadzone przez wykwalifikowanych trenerów. Upowszechniają się różne formy grupowych zajęć odprężająco-relaksujących, których bezpośrednim celem jest redukcja stresu.

4. Organizowanie społecznego wsparcia

Trwała zmiana zachowań niekorzystnych zdrowotnie, a także wdrożenie się do systematycznej realizacji zachowań sprzyjających zdrowiu - to są przedsięwzięcia trudne. Pokusa rezygnacji z podjętego wysiłku i powrót do starego stylu życia są bardzo silne. Jednostce potrzebne są trwałe struktury podtrzymujące najpierw jej ciągły udział w programie, a następnie utrwalające zainicjowane przez nią zmiany w stylu życia.

Najbardziej istotne znaczenie w tej dziedzinie ma, okazało się, tzw. wsparcie społeczne. Chodzi tu po prostu o to, żeby jednostka podejmująca

wysiłek promocyjny nie była osamotniona. Porzucenie palenia, pozbywanie się nadmiernej wagi, uprawianie ćwiczeń fizycznych udaje się zdecydowanie lepiej wówczas, gdy robi się to zbiorowo, w grupie, najlepiej w grupie osób zżytych ze sobą i wzajemnie atrakcyjnych dla siebie; powinna to być tzw. mała grupa, tzn. zbiorowość nie przekraczająca 20 osób.

Charakter i mechanizm podtrzymującego wpływu grupy jest złożony i nie miejsce tutaj, by szeroko o tym pisać. Powiedzmy tylko tyle, że grupa stanowi z jednej strony źródło pozytywnych zachęt do kontynuowania aktywności promocyjnej przez jej członków, z drugiej funkcjonuje jako źródło kontroli społecznej wobec nich, co w efekcie prowadzi do większego zdyscyplinowania uczestników programu.

W związku z tym organizowanie się, najlepiej samorządne, uczestników programu w tego rodzaju grupy zadaniowe, na bazie ukształtowanych w związku z pracą grup koleżeńskich, daje bardzo dobre efekty.

Analogiczną rolę odgrywa włączanie do uczestnictwa w programie członków rodzin pracowników. Wówczas rodzina, zwłaszcza mąż lub żona, spełniają funkcje podtrzymujące.

5. Uczenie “umiejętności życiowych”

Nie wystarczy wiedzieć, być przekonanym, a nawet chcieć, by realizować prozdrowotny styl życia. Gdy chodzi o niektóre jego elementy, konieczne jest jeszcze “wyposażenie” jednostek w odpowiednie umiejętności. Dotyczy to np. radzenia sobie ze stresem, czy uchronienia się przed uzależnieniami typu lekomania (narkomania), alkoholizm, a zwłaszcza zabezpieczenia się przed ich nawrotem. Również obrona przed zarażeniem się HIV to także w dużym stopniu nauczanie ludzi pewnych umiejętności postępowania w sytuacjach niosących to zagrożenie. Promocja zdrowia w tych przypadkach polega na swoistym uzbrojeniu ludzi nie tylko intelektualnym i motywacyjnym, lecz również w sensie, jeśli tak można to określić, kwalifikacyjnym. Ludzie powinni nabyć umiejętności pozwalających im radzić sobie z tego rodzaju

problemowymi sytuacjami bez szkody dla własnego zdrowia. I tego rodzaju kwalifikacje określa się "umiejętnościami życiowymi" (*Skills for Life*, 1992).

Szkolenie dorosłych osób w tej dziedzinie jest nieco spóźnione, ale nie bezużyteczne. Potrzeba jednak do realizacji tego rodzaju zadań wykwalifikowanych trenerów. Pozyskanie ich w naszych warunkach nie jest jednak sprawą prostą, nawet w dużych ośrodkach miejskich. Po prostu jest to na polskim gruncie całkiem nowa problematyka.

6. Bodźce

W programach stosuje się zwykle różnego rodzaju szeroko rozumiane bodźce, zwykle pozytywne, które mają zachęcić ludzi do zrealizowania, a zwłaszcza do podtrzymania zainicjowanych zmian w ich stylu życia. Są to zarówno bodźce typu materialnego (pieniądze), jak i typu moralnego. Generalnie operuje się tu bodźcami pozytywnymi. Z zasady wykluczone są bodźce negatywne, czyli kary, chyba że jest to np. datek na cele charytatywne, uzgodniony przez zainteresowane osoby, płacony za każdy "odzyskany" kilogram wcześniej utraconej wagi (Sloan i in., 1987, s. 30-33).

Repertuar możliwych do stosowania środków bodźcujących zależy jest od warunków lokalnych i pomysłowości organizatorów programu.

W praktyce amerykańskiej szeroko stosowane są różne premie pieniężne, ale także nagrody symboliczne typu koszulka sportowa z odpowiednim nadrukiem. Płaci się czasami za sam udział w zajęciach lub za osiągnięty poziom w danej klasie zachowania (nagroda za 3-miesięczne lub roczne niepalenie, nagroda za każdy "zgubiony" kilogram nadwagi itp.) (Fielding, 1990. s, 83).

Bardzo specyficznym i dość szeroko stosowanym w programach promocyjnych bodźcem jest współzawodnictwo indywidualne, a zwłaszcza grupowe. Polega ono na okresowym porównywaniu i ewentualnym nagradzaniu efektów uzyskiwanych w ustalonych odcinkach czasu przez poszczególnych uczestników programu lub przez złożone z nich grupy w za-

kresie realizowania któregoś z elementów programu. Najczęściej współzawodnictwo stosowane jest w przypadku kontroli wagi ciała i ćwiczeń fizycznych. Porównuje się w tym celu okresowo zbiorową wagę grupy, czy jej wydolność fizyczną (Sloan i in., 1987, s. 214).

7. Zmiany środowiskowe oraz stanowienie norm regulujących zachowania zdrowotne pracowników

Zmiany najszerzej rozumianego środowiska pracy w programach promocji mają na celu, przypomnijmy, bądź to usunięcie środowiskowych źródeł niektórych niekorzystnych zdrowotnie zachowań pracowników, bądź też stworzenie warunków ułatwiających realizację zachowań służących zdrowiu.

Przykładem zmian pierwszego typu może być rezygnacja z takich rozwiązań organizacyjnych (np. z pracy akordowej), które, np. wymuszając pośpiech, zwiększają zagrożenia wypadkowe. Zmianą tego rodzaju jest też przeszkolenie kadry kierowniczej w dziedzinie realizowanego przez nią stylu kierownia, tak by nie wywoływała ona swoim postępowaniem nadmiernego stresu podwładnych.

Zmiany drugiego rodzaju mają na celu ułatwienie realizacji zalecanych pracownikom w programie przekształceń ich stylu życia. Za przykład mogą posłużyć następujące działania: wprowadzenie zmian organizacyjnych ułatwiających uczestniczenie w programie (np. zmiana godzin rozpoczynania i kończenia pracy przez niektóre grupy pracowników), urządzenie sali do ćwiczeń fizycznych, zbudowanie dla pracowników ścieżki zdrowia, ustawienie w zakładzie łatwo dostępnych wag ułatwiających kontrolę masy ciała, zaopatrzenie zakładowego kiosku spożywczego, bufetu, stołówki w służące zdrowiu produkty. Ingerencje za pomocą przepisów w zachowania zdrowotne pracowników dotyczą najczęściej różnych ograniczeń palenia tytoniu na terenie zakładu pracy. Wprowadza się np. zakaz palenia w czasie narad roboczych, wydziela się w zakładzie tzw. strefy bezdymne itp.

vii. Główne zasady realizacji programów promocyjnych

ŚOZ sformułowała pięć generalnych zasad, które powinny być przestrzegane w procesie realizacji promocji zdrowia w ogóle (World Health Organization, 1984). Zasady te dostosował do specyfiki promocji zdrowia w miejscu pracy Wynne (1990, s. 4). W jego ujęciu wszelkie działania w tej dziedzinie powinny:

- 1) być adresowane do wszystkich grup składających się na załogę przedsiębiorstwa,
- 2) być ukierunkowane na główne zagrożenia zdrowia pracowników,
- 3) łączyć różne metody i podejścia, gdy chodzi o sposób realizowania działań promocyjnych,
- 4) włączać pracowników do aktywnego uczestnictwa w planowaniu i wdrażaniu programów promocji,
- 5) być traktowane jako integralna część organizacji pracy oraz warunków pracy, a nie głównie jako działalność czysto medyczna.

Zasada pierwsza wyklucza jakiegokolwiek przywileje grupowe w promocji zdrowia. Programy promocyjne powinny być dlatego adresowane szeroko, by z góry nie pozbawiać nikogo ich potencjalnych dobrodziejstw.

Zasada druga postuluje, by programy promocyjne były dostosowane do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych załóg pracowniczych. W związku z tym konieczna jest uprzednia identyfikacja tych potrzeb, co uzyskuje się poprzez rozpoznanie stanu zdrowia pracowników, struktury ich zachowań zdrowotnych i środowiskowych zagrożeń zdrowia.

Wielokierunkowe podejście i zastosowanie różnorodnych metod oddziaływania na pracowników w procesie promocji, o których mówi zasada trzecia, zapewnia liczniejszy i bardziej zaangażowany ich udział w programie promocyjnym oraz większą jego skuteczność. Mało efektywne są np. programy oparte wyłącznie na tradycyjnych formach oświaty zdrowotnej.

Zasada partycypacji pracowniczej w przygotowywaniu i wdrażaniu programów promocji ma gwarantować z jednej strony dopasowanie treści programu do subiektywnie postrzeganych i odczuwanych przez pracujących potrzeb zdrowotnych, z drugiej ma ich w ten sposób zmobilizować do wzięcia aktywnego udziału w jego realizacji.

Zasada piąta jest ostrzeżeniem przed medykalizacją programu, tzn. ograniczeniem go wyłącznie do zagadnień często medycznych. Zdrowie pracowników jest bowiem również efektem oddziaływań środowiska, w którym się praca odbywa. W związku z tym akcentuje się, że promocja powinna również uwzględniać wymiar środowiskowy zdrowia.

A oto dokładniejsze omówienie jednej z przedstawionych zasad, która wydaje się szczególnie ważna.

Udział bezpośrednich adresatów programów promocyjnych w ich planowaniu oraz w procesie wdrażania traktowany jest jako jeden z istotnych warunków skuteczności przedsięwzięć promocyjnych. Formuluje się w związku z tym tezę, że programy te powinny być opracowywane i wdrażane "z ludźmi", a nie "na ludziach".

Przedstawiciele pracowników powinni brać aktywny udział we wszystkich fazach realizacji programu, poczynając od startu, gdy podejmowane są decyzje dotyczące jego celu generalnego i celów częściowych, poprzez fazę wdrożeniową, gdy często należy modyfikować opracowany plan, aż do fazy oceny programu po jego zrealizowaniu.

Są dwa podstawowe powody, by włączyć pracowników do opracowywania programów promocji. Po pierwsze - zarówno ustalanie generalnych celów, jak też operacyjnych zadań programu promocji w kooperacji z załogą pozwala zaprojektować je adekwatnie do rzeczywistych potrzeb i preferencji pracowników. Różne formy partycypacji umożliwiają z jednej strony zebranie danych na temat spontanicznie formułowanych

preferencji różnych grup pracowniczych na ten temat, z drugiej pozwalają dotrzeć do społecznej oceny propozycji promocyjnych zgłaszanych przez specjalistów opracowujących program; trafność tych propozycji jest poddawana swoistej oddolnej weryfikacji. Po drugie - dopuszczenie pracowników do decydowania o celach i zawartości problemowej programu promocji stanowi silnie działający czynnik motywujący pracowników do zaakceptowania i aktywnego włączenia się do jego realizacji. Pracownicy już na wstępie traktują program jako swój własny, a nie obcy i narzucony z zewnątrz (Sloan i in., 1987, s. 190-191).

Z praktyczną realizacją przedstawionej normy bywa różnie i, generalnie rzecz biorąc, raczej źle. Wskazuje się na to w wielu opracowaniach poświęconych problemom promocji zdrowia w miejscu pracy.

Przeprowadzona przez Europejską Fundację dla Poprawy Warunków Życia i Pracy analiza wybranych 14 programów promocji zdrowia w miejscu pracy zrealizowanych w 7 krajach Wspólnoty Europejskiej (Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Republika Federalna Niemiec, Wielka Brytania i Włochy) wykazała, że tylko w 3 przypadkach poziom partycypacji pracowników w opracowanie programów został oceniony jako właściwy (Wynne, 1990).

Okazuje się, że istnieje bardzo silna tendencja realizowania tzw. programów zorientowanych na ekspertów. Preferuje się programy opracowywane przez fachowców i przynoszone do zakładów jako gotowe projekty. Przy całej swej możliwej doskonałości programy tego rodzaju mają jedną nieobojętą socjotechnicznie cechę: są "z zewnątrz", są "nie nasze". I już sama ta okoliczność stawia je w pozycji gorszej niż tzw. programy kooperacyjne, w których uwzględniono zasadę partycypacji pracowników w ich opracowaniu i wdrożeniu. Przyczyn, że partycypacja jest na ogół słabym punktem programów promocyjnych, jest kilka. Najpierw należałoby winą obciążyć twórców i organizatorów programów promocyjnych. Są oni często bardzo przekonani o własnej kompetencji i posiadaniu wręcz pełni wiedzy koniecznej do przygotowania tego rodzaju przedsięwzięć. Uważają, że mogą to zrobić całkowicie samodzielnie, bez odwoływania się do doświadczeń i opinii osób, dla których program jest opracowywany. Ponadto

kooperacyjny model promocji wymaga dyskusji i uzgodnień z załogą, zbierania jej opinii itp. Jest dlatego po prostu bardziej uciążliwy i czasochłonny w realizacji. Nie wolni od winy są też często sami pracownicy, którzy nie zawsze chcą skorzystać z oferowanej im propozycji uczestnictwa.

Konkretne formy partycypacji są różne. Realizuje się ona najpierw poprzez udział reprezentantów załogi w tzw. zakładowej radzie promocji zdrowia odpowiedzialnej za strategię programu promocyjnego. Drugą formę partycypacji stanowią wypowiedzi pracowników dotyczące ich potrzeb zdrowotnych, zbierane zarówno podczas swobodnych rozmów z nimi, jak w systematycznych wywiadach czy ankietach. Technologia przygotowania programów promocyjnych przewiduje tego rodzaju działania. Godną polecenia, bo bardzo dobrze sprawdzoną w praktyce, formą udziału pracowników w zarządzaniu programami promocji w miejscu pracy są grupy, które by można nazwać pracowniczymi grupami problemowymi (w promocyjnej praktyce amerykańskiej nazywają się one po prostu "komitetami pracowniczymi" - Sloan i in., 1987, s. 165-167). Są to małe grupy złożone z pracowników szczególnie zainteresowanych konkretnymi problemami zdrowotnymi. Mają one określony mandat w dziedzinie inicjowania i/lub planowania programu, organizowania wdrożenia, a także monitorowania jego przebiegu w obszarze interesujących je problemów. Oczywiście grupy te są ściśle wmontowane w cały program bezpośrednio współpracując z jego kierownikiem.

viii. Modelowa struktura procesu promocyjnego

Promocja zdrowia w miejscu pracy jest, a w każdym razie powinna być, realizowana w sposób zorganizowany i zaplanowany. Stąd mówi się o **p r o g r a m a c h** promocji w zakładach pracy rozumiejąc je jako skoordynowane merytorycznie i czasowo działania, uporządkowane ze względu na realizację określonych zadań w sferze prozdrowotnych przekształceń stylu życia (zachowań) pracowników oraz ewentualnie ich zakładowego środowiska.

Zadaniami programu są założone do osiągnięcia pozytywne zmiany stanu świadomości i zachowań zdrowotnych oraz docelowo stanu zdrowia uczestników programu uzyskane dzięki podjęciu określonych działań.

Zadania formułowane są w ramach określonych sfer interwencji promocyjnej. W związku z tym programy zawierają zapisy typu: 1) ograniczyć zjawisko palenia wśród pracowników (z ewentualnym założonym poziomem tej redukcji), 2) zredukować nadwagę wśród pracowników, 3) upowszechnić uprawianie ćwiczeń fizycznych wśród załogi itd.

Przyjęte w programach zadania i odpowiadające im zespoły działań tworzą spójne i wyodrębnione całości, które można traktować jako względnie samodzielne moduły. Dlatego też można określać je jako programy cząstkowe lub subprogramy.

Program może być mniej lub bardziej rozbudowany, zarówno gdy chodzi o liczbę podjętych zadań jak też o liczbę i charakter służących ich

realizacji działań. Z tego punktu widzenia można wyróżnić programy wielozadaniowe oraz programy jednozadaniowe.

W opracowaniu akcent położony jest głównie na programach rozwiniętych, a więc wielozadaniowych, operujących urozmaiconym zestawem działań promocyjnych, jednak formułowane tu ustalenia i zalecenia dotyczą wszystkich programów, nawet tych bardzo prostych.

Wykonywane w ramach programu promocyjnego działania mają bardzo różnorodny charakter, ale można je z grubsza podzielić na dwie podstawowe kategorie: działania podstawowe i działania obsługujące program. Do działań podstawowych zalicza się działania bezpośrednio realizujące zaplanowane zadania programu, np. edukacja zdrowotna, realizacja ćwiczeń fizycznych, treningów itd.; omówiliśmy je szczegółowo w rozdziale VI. Działania drugiej kategorii są to działania organizacyjne, planistyczne, ewaluacyjne, badawcze itp.; będą one przedmiotem analizy w kolejnych rozdziałach opracowania.

Wszystkie działania programu układają się w procesie jego realizacji w cztery podstawowe fazy. Są to:

- 1) faza inicjowania programu,
- 2) planowanie programu,
- 3) wdrażanie programu,
- 4) ocena przebiegu i efektów programu¹⁰

W pierwszych trzech fazach dominują działania obsługujące program, w fazie trzeciej - działania podstawowe.

¹⁰ Selleck (1989) i in. wyróżniają 4 następujące fazy w modelowym programie promocji zdrowia w miejscu pracy: 1) planowanie, 2) rozwój, 3) wdrożenie, 4) ocena

Modelowa struktura promocji zdrowia w miejscu pracy¹¹

I. Inicjowanie

1. Pozyskanie poparcia kierownictwa przedsiębiorstwa dla programu

2. Uformowanie zakładowej rady promocji zdrowia

3. Rozpoznanie potrzeb i preferencji pracowników w dziedzinie promocji zdrowia

4. Podjęcie wśród załogi kampanii informacyjnej o programie



2a. Ustanowienie operacyjnego kierownika programu



3a. Określenie generalnego celu i zadań programu

II. Planowanie

1. Ocena przebiegu realizacji programu

2. Pomiar zmian świadomości i zachowań zdrowotnych uczestników programu

3. Pomiar zmian stanu zdrowia uczestników programu

4. Ocena ekonomicznej efektywności programu

III. Wdrożenie

1. Ostateczna precyzacja zadań programu

2. Rozpoznanie i dobór środków niezbędnych do realizacji zadań programu

3. Opracowanie kryteriów i metod oceny realizacji programu

4. Harmonogram programu

5. Budżet programu

6. Zaprojektowanie marketingu programu

IV. Ocena

1. Marketing programu

2. Inauguracja programu

3. Realizacja zadań dot. prozdrowotnych zmian stylu życia

4. Realizacja przekształceń środowiska w zakładzie sprzyjających zdrowemu stylowi życia

5. Monitoring przebiegu i efektów programu

6. Bieżąca modyfikacja programu

¹¹ W opracowaniu schematu wykorzystano częściowo model programu promocji zdrowia w miejscu pracy zaproponowany przez Selleck i in. (1989)

Wymienione fazy ułożone są w zasadzie chronologicznie, co nie oznacza, że każda z nich kończy się definitywnie w określonym momencie czasu. Poszczególne fazy mają wprowadzić swoje podstawowe terminy, ale praktycznie elementy każdej z nich są obecne w przebiegu całego procesu promocyjnego. I tak np. faza oceny, w zasadzie ostatnia w procesie promocyjnym, jest obecna już na etapie inicjowania programu, kiedy to ustala się jego generalny cel i konkretne zadania. Podjęte w tej fazie rozstrzygnięcia ustalają przecież podstawowe standardy, według których ocena zostanie dokonana. Równocześnie dane do przeprowadzenia ostatecznej oceny są zbierane w ciągu realizacji całego procesu promocyjnego. Podobnie ma się sprawa z planowaniem, które w zasadzie ma charakter ciągły (obserwacja dostarcza danych do korygowania jego pierwotnych założeń). Także wdrożenie, trzecia faza procesu, rozpoczyna się na dobrą sprawę już w momencie przekazania załodze pierwszej informacji o programie.

Inicjowanie programu obejmuje:

- 1) pozyskanie poparcia dla programu ze strony kierownictwa przedsiębiorstwa, przede wszystkim kierownictwa najwyższego szczebla,
- 2) uformowanie zakładowej rady promocji zdrowia oraz powołanie operacyjnego kierownika programu,
- 3) ustalenie potrzeb i preferencji załogi w dziedzinie promocji zdrowia,
- 4) ustalenie przez zakładową radę promocji zdrowia generalnych celów oraz zadań programu,
- 5) rozpoczęcie kampanii informacyjnej na temat programu wśród załogi.

Planowanie programu promocji zdrowia jest dokonywane na bazie podjętych przez zakładową radę promocji zdrowia strategicznych rozstrzygnięć dotyczących generalnego celu oraz zadań programu. Ostatecznym efektem procesu planowania jest zapis o charakterze operacyjnego scenariusza, który stanowi podstawę dla podejmowania konkretnych działań.

Planowaniem programu promocji powinny zajmować się zespoły ludzi, które będą odpowiedzialne za wykonanie określonych i wyraźnie wyodrębnionych w nim zadań. Aktywny udział w planowaniu biorą pracownicze grupy problemowe.

Planowanie składa się z następujących działań:

- 1) ostateczna precyzacja zadań programu,
- 2) rozpoznanie i dobór środków niezbędnych do realizacji poszczególnych zadań,
- 3) zaprojektowanie tzw. marketingu programu,
- 4) ustalenie kryteriów i metod oceny realizacji zadań,
- 5) harmonogram realizacji programu,
- 6) budżet programu.

Wdrożenie - to realizacja przyjętego planu programu. Podstawowe działania, które składają się na tę fazę, są następujące:

- 1) marketing programu,
- 2) inauguracja programu,
- 3) uruchomienie modułów zadaniowo-działaniowych programu dotyczących przekształceń zachowań zdrowotnych,
- 4) kreowanie środowiskowych warunków sprzyjających podtrzymaniu prozdrowotnych zmian w stylu życia uczestników programu,
- 5) monitoring przebiegu programy oraz zmian stanowiących efekt działań podjętych w jego ramach,
- 6) bieżąca modyfikacja programu.

Ocena programu - to etap końcowy, który ma dostarczyć informacji, czy, mówiąc skrótowo, opłacało się, w najszerszym sensie, realizować program. Porównuje się założone i osiągnięte efekty oraz ocenia nakłady poniesione na ich uzyskanie.

Ocena realizacji programu może być dokonywana ze względu na różne kryteria. Planując program należy kryteria te dokładnie określić zarówno w skali globalnej, jak też w skali poszczególnych założonych zadań (subprogramów).

Podstawowymi wymiarami, które są najczęściej brane pod uwagę w ewaluacji programów promocji w miejscu pracy są:

1) przebieg realizacji programu

2) zmiany świadomości i zachowań zdrowotnych uczestników programu,

3) zmiany stanu zdrowia uczestników programu,

4) efektywność ekonomiczna programu.

Ocena w punktach 1 i 2 zakłada dokonanie odpowiednich pomiarów w co najmniej dwóch punktach czasowych: na starcie programu i po jego zakończeniu.

Przedstawiona modelowa struktura procesu promocyjnego w miejscu pracy będzie przedmiotem szerszej analizy w kolejnych partiach opracowania.

IX. Inicjowanie programu promocji

Wstępna faza procesu promocyjnego w miejscu pracy, określona jako inicjowanie programu ma charakter przygotowawczy do fazy właściwego planowania programu, a później jego wdrożenia. W niej rozstrzyga się, czy program w ogóle zostanie podjęty oraz jaki będzie jego ogólny kształt. W niej także powołuje się podstawowe organy kierujące programem. Składa się ona z kilku elementów, które zostaną dalej dokładnie omówione.

1. Pozyskanie poparcia kierownictwa przedsiębiorstwa

Zapewnienie poparcia dla programu ze strony kierownictwa przedsiębiorstwa jest dla jego powodzenia sprawą podstawową. Idą za nim przede wszystkim określone środki finansowe na rzecz realizacji programu; środki te mogą być większe lub mniejsze w zależności od stopnia poparcia inicjatywy promocyjnej przez dyrekcję. Ponadto poparcie to, manifestowane w różny sposób wobec załogi, oznacza zaangażowanie w promocję programu własnego autorytetu kluczowych w przedsiębiorstwie osób. Dla szeregowych pracowników stosunek do programu osób z kierownictwa, i to zarówno tego najwyższego jak i bezpośredniego, stanowi liczący się argument za lub przeciw programowi. Bardzo istotne jest stanowisko kierowników stopnia podstawowego (liniowych), którzy na co dzień mają

intensywny kontakt z pracownikami. To właśnie dlatego ta grupa kierownictwa powinna stać się przedmiotem szczególnie starannie przygotowanej kampanii zmierzającej do pozyskania jej aprobaty dla programu. Korzystne byłoby włączenie się jej do aktywnego propagowania programu, a ideałem - partycypacja w samym programie (Sloan i in., 1987, s. 55-56, 163-164)..

Osoby inicjujące program promocji zdrowia w zakładzie pracy powinny starannie zaplanować postępowanie w omówionej dziedzinie - tak od strony używanych środków perswazyjno-propagandowych, jak też form oddziaływania (rozmowa, dyskusja, memorandum itp.). Podstawową sprawą jest właściwy dobór informacji o programie - jego charakterze, celowości, korzyści dla załogi i przedsiębiorstwa itp.

Poparcie dla programu ze strony kierownictwa jest bardzo ważne zarówno na starcie, jak i w czasie jego trwania. W związku z tym należy zapewnić kierownictwu ciągły dopływ informacji o przebiegu programu, jego rezultatach, jak też zadbać o aktywny udział kierowników odpowiednich szczebli w węzłowych dla programu wydarzeniach.

2. Uformowanie zakładowej rady promocji zdrowia

Na samym starcie programu należy powołać instytucję, która będzie pełnić funkcje organu sztabowego programu. Można ją nazwać Zakładową Radą Promocji Zdrowia. Jej podstawowymi zadaniami będzie: podejmowanie strategicznych decyzji dotyczących programu oraz wykonywanie nadzoru i kontroli jego realizacji. Zresztą szczegółowe określenie zakresu jej funkcji jest sprawą rozstrzyganą lokalnie (zob. Sloan i in., 1987, s. 189-193).

Zakładowa rada promocji zdrowia jest instytucją formalną. Powoływana jest przez dyrektora przedsiębiorstwa. Wchodzi w jej skład przedstawiciele niezbędnych dla prawidłowego przebiegu programu komórek w zakładzie, jak też wyłonieni, koniecznie w drodze jakiejś formy

selekcji oddolnej, przedstawiciele szeregowych pracowników. Nie należy przeoczyć udziału w radzie reprezentantów związków zawodowych. Dla efektywnego działania rady wskazane jest, by liczba jej członków nie była mniejsza niż 4, a nie większa niż 9 (Sloan i in., 1987, s. 214).

Szczególną rolę w radzie pełnią przedstawiciele załogi. Wyłonieni demokratycznie, mają reprezentować pracowników. Mają przenosić na forum rady opinie, oceny i postulaty załogi dotyczące programu i w związku z tym powinni pozostawać z załogą w ścisłych kontaktach. W ramach rady mogą oni mieć status względnie samodzielnej grupy.

Rada powołuje kierownika programu, który na bieżąco nim zarządza. Pod jego kierunkiem opracowywany jest plan programu oraz przebiega wdrażanie. Kierownik współpracuje bezpośrednio z radą oraz z instytucjami i osobami z zewnątrz, które uczestniczą w realizacji programu (Sloan i in., 1987, s. XVII, 106).

Kierownik programu jest z reguły pracownikiem określonej jednostki organizacyjnej w przedsiębiorstwie, która z tego powodu staje się odpowiedzialna za jego realizację. Jak widzieliśmy w rozdziale IV.6, najczęściej są to: działy osobowe, działy bezpieczeństwa i higieny pracy, najrzadziej - działy medyczne. Praktyka pokazała, że uznanie jakim wśród załogi cieszy się jednostka organizacyjna odpowiedzialna za program ma istotne znaczenie dla jego powodzenia. Należy tę okoliczność uwzględnić przy podejmowaniu decyzji o powołaniu kierownika programu (Sloan i in., 1987, s. 14-15, 187-189).

Osoba pełniąca tę funkcję powinna dysponować przede wszystkim znajomością psychosocjologicznych mechanizmów zachowania się ludzi i umiejętnościami kierowania zespołami ludzkimi, a także znajomością realiów organizacji, w tym warunków pracy w zakładzie oraz ich wpływu na zdrowie pracowników. Powinna także mieć co najmniej podstawowe wiadomości w dziedzinie socjomedycznych aspektów zdrowia. Funkcję tę, jak z tego widać, niekoniecznie najlepiej będzie pełnić lekarz, czy inny profesjonalny pracownik medyczny.

Kierownik programu powinien dysponować własnym lokalem, odpowiednio wyposażonym w urządzenia techniczne typu telefon i kom-

puter, drukarka, kserokopiarka (ewentualnie mieć zapewniony swobodny dostęp do niej). Powinien też mieć odpowiednio wykwalifikowanego pracownika technicznego.

Przebieg realizacji wszystkich działań podejmowanych w ramach programu powinien być dokumentowany na piśmie.

Uruchomienie programu, powołanie i uprawnocnienie jego organów wykonawczych pozostaje oczywiście w gestii najwyższego kierownictwa przedsiębiorstwa. Ma się to odbywać w pełni formalnie. Wskazane jest, żeby dokumenty dotyczące tych kwestii miały formę zarządzeń dyrektora. Nada to w oczywisty sposób odpowiednią rangę całemu przedsięwzięciu oraz osobom, które je realizują. Dokumenty te należy opublikować.

3. Rozpoznanie potrzeb i preferencji pracowników w dziedzinie promocji zdrowia

Wstępną fazą właściwego planowania programu promocyjnego jest analiza potrzeb zdrowotnych załogi przedsiębiorstwa. Jej wyniki dostarczają bazy, na której formuluje się generalne cele i szczegółowe zadania programu. Rzetelnie przeprowadzona analiza zapobiega ewentualnemu niedopasowaniu zawartości programu do rzeczywistych zapotrzebowań pracowniczych w sferze zdrowia i jego promocji.

O stanie potrzeb zdrowotnych załogi pozwalają wnioskować rozmaite materiały pochodzące z różnych źródeł. Są to przede wszystkim zbierane wcześniej przez służby medyczne oraz służbę bezpieczeństwa i higieny pracy dane ilustrujące stan zdrowia załogi, a więc: dane dotyczące absencji chorobowej i jej bezpośrednich oraz ewentualnie pośrednich przyczyn, wyniki badań okresowych, informacje o grupach szczególnego ryzyka zdrowotnego w zakładzie, wskaźniki hospitalizacji członków załogi, dane o chorobach zawodowych i rentach inwalidzkich, a także o korzystaniu z usług medycznych.

Niezbędnymi informacjami, z tego punktu widzenia, są dane na temat materialnych warunków pracy, a szczególnie dotyczące charakteru i poziomu czynników zagrażających zdrowiu pracowników w środowisku pracy oraz rzeczywistych skutków tych zagrożeń.

O potrzebach w sferze promocji zdrowia pracowników pozwalają też wnioskować informacje ilustrujące charakterystykę demograficzno-społeczną załogi, a więc dane o jej strukturze pod względem płci, wieku, stanu cywilnego, czy liczby posiadanych dzieci.

Aby właściwie dobrać zadania składające się na program, należy zwłaszcza znać zachowania zdrowotne załogi, tak realizowane w procesie pracy, jak też w życiu poza pracą. Na ten temat trzeba przeprowadzać odpowiednie badania ankietowe. I tutaj uwaga - ostrzeżenie.

Właściwe pod względem merytorycznym i metodologicznym przygotowanie ankiety oraz opracowanie jej wyników nie jest sprawą prostą; szczególnie ważny dla wartości zbieranych materiałów jest sam sposób sformułowania pytań. Dlatego absolutnie niezbędna jest w tym przypadku przynajmniej konsultacja socjologiczna, jeśli nie powierzenie wykonania tego zadania specjalście - socjologowi. Uwaga powyższa jest o tyle na miejscu, że obserwuje się dość powszechne przekonanie, jakoby układanie pytań ankietowych było zadaniem, które może wykonać prawie każdy inteligentny, a zwłaszcza wykształcony człowiek.

Jednak najważniejsze znaczenie dla prawidłowego ustalenia zadań programu mają określone preferencje samych zainteresowanych pracowników. Należy zauważyć, że preferencje promocyjne pracowników można ustalić nie tylko poprzez przeprowadzane wśród nich reprezentacyjne badania, lecz wystarczą najzupełniej wywiady swobodne i dyskusje grupowe.

W krajach zamożnych bogate przedsiębiorstwa poświęcają na zbieranie informacji, o których mowa, duże nakłady i używają skomplikowanej techniki obliczeniowej. Nie zawsze jest to uzasadnione rzeczywistymi potrzebami planowania programu promocyjnego. W związku z tym przestrzega się tam przed nieuzasadnionym merytorycznie nadmiernym zbieraniem omawianych danych. W mniejszym stopniu, ale

również i w naszych warunkach może być podobnie. Należy zbierać dane niezbędne (Sloan i in., 1987, s. 97-98).

“Poświęć zbieranie wszystkich innych informacji, jeśli musisz (choć tego oczywiście nie zalecamy), ale nie zapomnij zapytać pracowników. Zbierzesz bowiem nie tylko ważne informacje, ale również zaczniesz ich pozyskiwać dla programu promocji zdrowia” stwierdzają Sloan i in. (1987, s. 101).

4. Ustalenie generalnego celu i wybór zadań programu

Logicznie i chronologicznie pierwszym krokiem w opracowaniu programu promocji jest określenie jego generalnego celu. Sformułowanie takiego celu wytycza ogólny kierunek wszelkich działań podejmowanych w ramach programu. Jest to, wyrażając się obrazowo, rodzaj busoli, która określa kolejne kroki, tak w przygotowaniu programu jak też późniejszej jego realizacji.

Cele generalne programów promocyjnych są formułowane niekiedy bardzo ambitnie, praktycznie rzecz biorąc należałoby je uznać za rodzaj ideału, do którego trzeba zdążać permanentnie.

A oto przykłady zapisów celów generalnych programów promocyjnych zrealizowanych w konkretnych przedsiębiorstwach (Sloan i in., 1987, 105-106):

1. Celem programu jest stworzenie odpowiednich warunków w przedsiębiorstwie, które by podtrzymywały zdrowy styl życia pracowników.

2. Naszym celem jest trwałe udoskonalenie stylu życia możliwie największej liczby pracowników poprzez regularne ćwiczenia fizyczne, porzucenie palenia, kontrolę nadwagi, kontrolę stresu oraz wzrost wiedzy na temat zdrowia.

3. Celem programu jest stworzenie oraz podtrzymanie zdrowego stylu życia oraz postawy wobec zdrowia zarówno w miejscu pracy, jak i w domu.

Jak widać, są to sformułowania ustalające generalny kierunek programu, a nie konkretne jego zadania.

Realizacja tak i podobnie zakreślonych celów wymaga odpowiedniego czasu, dlatego horyzont czasowy programów promocyjnych nie może być krótki. Przyjmuje się, że powinien on wynosić 3-5 lat, z akcentem raczej na jego wydłużenie niż skrócenie. Zmiany zdrowotne uzyskiwane jako efekt oddziaływań promocyjnych są powolne.

Po ustaleniu celu głównego programu promocji oraz na podstawie zebranych równolegle materiałów pozwalających wnioskować na temat potrzeb zdrowotnych pracowników można przystąpić do wyboru jego konkretnych zadań, których realizacja stworzy szansę osiągnięcia, a w każdym razie przynajmniej zbliżenia się do celu generalnego.

Doświadczenia wskazują, że nie jest rzeczą korzystną dla powodzenia programu iść frontem nazbyt szerokim, czyli obejmować akcją promocyjną wiele sfer oddziaływania. Zaleca się raczej programy węższe zakresowo, ale za to bardziej pogłębione i intensywne oraz rozłożone w czasie. Nawet minimalne interwencje przynoszą efekty, gdy są dobrze zaprojektowane i poprawnie zrealizowane (Roto, Frilander, 1986).

Zalecenie powyższe wynika z dwóch przesłanek:

1) łatwiej jest dobrze zaprojektować i zrealizować program węższy niż obszerny,

2) pracownicy - adresaci programu mają istotną trudność z wyborem, a potem z realizacją zaoferowanych im propozycji działań prozdrowotnych wtedy, gdy oferta jest bardzo obszerna.

Rozstrzygnięcie, które szczegółowe problemy zdrowotne oraz w jakim wymiarze zostaną ostatecznie zakwalifikowane do podjęcia w programie promocyjnym zależy: po pierwsze - od wyników analizy potrzeb zdrowotnych załogi, po drugie - od możliwości realizacyjnych, które pozostają w gestii organizatorów programu.

Zaleca się, by krokiem wstępnym do wyselekcjonowania właściwych zadań było zupełnie swobodne, tzn. nie liczące się z rzeczywistymi możliwościami wykonawczymi, zebranie wszystkich, nawet nierealnych propozycji realizacyjnych dotyczących każdego z tych generalnych kie-

runków. Jest to praca metodą "burzy mózgów", która gwarantuje maksymalnie twórcze rozwiązanie problemu. Zebrane propozycje należy pogrupować według kryterium możliwości realizacyjnych oraz dokonać na tej podstawie ich ostatecznej selekcji. Ich lista powinna zawierać realne w danych warunkach projekty, które wejdą do planu (Sloan i in., 1987, s. 109-113).

5. Podjęcie wśród załogi kampani informacyjnej

Elementy kampanii informacyjnej na temat programu należy podjąć już w fazie jego inicjowania, oczywiście w zakresie możliwym wówczas do realizacji.

Na tym etapie należy opracować i wyemitować publicznie podstawowe znaki programu: jego hasło, znak graficzny oraz ewentualnie znak dźwiękowy. Tak zwane logo programu powinno przekazywać w najbardziej syntetycznej formie podstawową ideę programu, a sygnał dźwiękowy, najlepiej w dowcipnej i lekkiej formie (może to być np. piosenka), przywoływać natychmiast jego pozytywne skojarzenia. Wszystkie działania podejmowane w programie, zwłaszcza realizowane w formie graficznej (ulotki, plakaty oraz wszelkie inne informacje pisane), powinny być firmowane tymi znakami. Ich formę i treść trzeba starannie dostosować do programu oraz zaprojektować estetycznie.

x. Planowanie programu promocji

Odpowiednie zaplanowanie programu promocji jest podstawowym warunkiem jego sukcesu. "Planowanie wymaga ciężkiej pracy, myśli, zaangażowania i najważniejsze - czasu. Nie ma żadnego uzasadnienia, żeby planowanie programu promocji zdrowia musiało być przeprowadzone w ciągu jednej nocy. Niedostatek czasu poświęconego planowaniu prawie zawsze gwarantuje, że popełnione zostaną pomyłki, które mogą być kosztowne i możliwe do uniknięcia" (Sloan i in., 1987, s.102). Ten cytat z amerykańskiego opracowania poświęconego promocji zdrowia w miejscu pracy akcentuje w sposób niezwykle kategoryczny fundamentalne znaczenie starannego, a przede wszystkim nie pośpiesznego planowania przedsięwzięć promocyjnych.

Proces planowania koncentruje się wokół przyjętych do realizacji konkretnych zadań. One tworzą, jeśli tak można określić, podstawowe jednostki planistyczne. W związku z tym zakładowy program promocji stanowi głównie, choć nie tylko, skoordynowany zestaw częściowych planów zadaniowych.

Planowanie programu promocji polega na:

1) możliwie konkretnym, najlepiej skwantyfikowanym, a więc mierzalnym określeniu zadań promocyjnych, przyjętych wcześniej decyzją zakładowej rady promocji zdrowia,

2) dokładnym ustaleniu zestawu działań, poprzez które postawione zadania mogą być osiągnięte; należy przy tym określić rodzaj tych działań oraz ich zakres,

3) rozpoznaniu i doborze szeroko rozumianych środków koniecznych do realizacji przewidywanych działań,

4) opracowaniu kryteriów i metod oceny realizacji programu,

5) ustaleniu harmonogramu realizacji oraz budżetu programu.

Dokładniej zostaną omówione trzy z przedstawionych czynności planistycznych.

1. Ostateczna precyzacja zadań programu

Pierwszą czynnością zespołu planującego powinno być precyzyjne sformułowanie składających się na program szczegółowych zadań. Będą to, przypomnijmy, przewidziane do osiągnięcia w określonym czasie prozdrowotne zmiany świadomości i zachowań uczestników programu oraz związane z nimi pozytywne zmiany ich stanu zdrowia. Generalne decyzje dotyczące zadań programu podejmuje zakładowa rada promocji już w fazie jego inicjowania, konieczne jest jednak ich doprecyzowanie i konkretyzacja.

2. Rozpoznanie i dobór środków do realizacji zadań

Identyfikacja pozostających do dyspozycji twórców programu środków niezbędnych do wykonania przyjętych w nim zadań jest kolejnym krokiem, który powinien być wykonany w procesie budowania planu. Uwzględnia się najpierw środki będące w bezpośredniej dyspozycji przedsiębiorstwa, ale też możliwe do zdobycia na zewnątrz, środki aktualnie posiadane i możliwe do pozyskania.

Środki, o których mowa, to: środki finansowe, kadrowe, rzeczowe oraz czas. W naszych warunkach szczególnie deficytowy charakter mają dwie pierwsze kategorie. Przedsiębiorstwa znajdujące się z reguły w trudnej sytuacji ekonomicznej mogą zwykle przeznaczyć na cele promocyjne tylko

bardzo ograniczone fundusze. Brak jest u nas również łatwo dostępnych, dobrze przygotowanych kadr, które byłyby w stanie na dobrym poziomie fachowym zrealizować programy promocyjne.

Gdy chodzi o środki finansowe, to istotne są przede wszystkim środki własne przedsiębiorstwa. Nie wyklucza się jednak także pewnych udziałów wnoszonych przez samych bezpośrednich uczestników programów promocyjnych. Zwraca się uwagę, że udziały własne pracowników stanowią dla nich ważny czynnik motywujący do traktowania bardziej serio osobistego uczestnictwa w programie (Sloan i in., 1987 s. 117). Należy rozpoznać oraz podjąć odpowiednie starania, by wykorzystać istniejące możliwości pozyskiwania funduszy spoza przedsiębiorstwa. Mogą tu wchodzić w grę instytucje ubezpieczeniowe oraz różnego rodzaju fundacje. Drugim, po pieniądzu, środkiem realizacyjnym programu są ludzie. Dostępność odpowiednio przygotowanych specjalistów koniecznych do wykonania zaprojektowanych w programie zadań rozstrzyga definitywnie o losie najlepszych nawet pomysłów promocyjnych.

Szeroko upowszechniona jest praktyka wykorzystywania do realizacji różnych zadań w programach promocyjnych osób w zasadzie bez fachowego przygotowania, ale wykazujących się dużym zaangażowaniem w sprawę oraz doraźnie przeszkolonych do potrzeb określonego programu. Są to tzw. wolontariusze wywodzący się spośród załogi (czasami spoza zakładu). Gdy chodzi o wolontariuszy zakładowych, najlepiej gdy pełnią oni w swoich środowiskach rolę tzw. przywódców opinii, tzn. są osobami cieszącymi się autorytetem i uznaniem współkolegów z pracy. Zidentyfikowanie ich, pozyskanie ich aktywnego udziału w realizacji programu może stanowić ważny czynnik jego sprawnego i skutecznego przebiegu. Ich udział ponadto potania program, jak też stwarza szansę na jego kontynuację, gdy specjaliści, mówiąc obrazowo, zejda już ze sceny.

Na etapie planowania należy przewidzieć udział tej kategorii osób w realizacji zadań programu, jak też zaprojektować sposób ich zwerbowania i odpowiedniego przygotowania do przewidzianych dla nich ról.

Środki rzeczowe niezbędne do funkcjonowania programu to przede wszystkim: odpowiednio wyposażone pomieszczenia do odbywania ćwiczeń fizycznych, sale wykładowe i seminaryjne nadające się do wygłaszania wykładów, odbywania się dyskusji, wyświetlania filmów, wreszcie radiowęzeł zakładowy, gazeta zakładowa, czy urządzenia powielające. Wymienione przykładowo, a także inne podobne środki

rzeczowe powinny zostać na etapie planowania przewidziane. Bardzo często, gdy chodzi np. o urządzenia typu sportowego, korzysta się z odpowiedniej bazy istniejącej na terenie miejscowości, w której zlokalizowane jest przedsiębiorstwo.

Czas, w którym różne przewidziane programem przedsięwzięcia promocyjne mają być realizowane, okazuje się często środkiem bardziej deficytowym niż pieniądze. Przed organizatorami programu stoi tu problem z kategorii: "kwadratura koła". Z jednej strony chodzi o to, by czas ten jak najbardziej odpowiadał uczestnikom programu, z drugiej by nie powodował zakłóceń rytmu pracy zakładu. Dla pracowników najkorzystniejszym rozwiązaniem jest uczestniczenie w programie w godzinach pracy, dla przedsiębiorstwa odwrotnie. Satysfakcjonujące obie strony rozwiązanie tego dylematu jest bardzo trudne, ale do zrealizowania. Istotne jest też, jak długo i ile osób będzie zaabsorbowanych w realizacji programu.

3. Zaplanowanie marketingu programu

Zupełnie specjalną pozycją planu programu promocji zdrowia w miejscu pracy jest jego marketing. Chodzi tu o zestaw zabiegów mających na celu zachęcenie potencjalnych uczestników programu do wzięcia w nim aktywnego udziału. Jest to często nie doceniany aspekt procesu promocyjnego. Fachowcy opracowujący programy promocji mają w pewnym sensie naturalną skłonność do przeakcentowywania aspektów merytorycznych zagadnień, nad którymi przychodzi im pracować. Są skoncentrowani na doskonaleniu, mówiąc obrazowo, samego produktu, nie przywiązują zaś dostatecznej wagi do jego sprzedaży. "Sprzedawanie zachowań zdrowotnych w taki sam sposób jak samochodów, czy szamponu jest czymś całkowicie odrzucającym dla profesjonalistów medycznych" - stwierdzają Sloan i in. (1987, s. 196). Tego rodzaju postawa prowadzić może w skrajnych przypadkach do sytuacji, że znakomity jakościowo produkt nie zostanie "kupiony" przez potencjalnych jego konsumentów.

Marketing dotyczy zarówno programu jako całości, jak i przede wszystkim składających się na program zadań (subprogramów). Potencjalni uczestnicy "kupują" bowiem nie tyle program w ogóle, ile poszczególne, atrakcyjne dla nich jego części. Dlatego też planowanie działań marketingowych powinno odbywać się przede wszystkim w odniesieniu do poszczególnych zadań programu.

Omówienie problemów marketingu zostanie zaprezentowane w podrozdziale poświęconym wdrażaniu programu.

Ostateczny efekt procesu planowania, którym jest zapis planu działania, stanowi podstawę do podjęcia realizacji programu promocyjnego. Jednakże planu tego nie powinno się traktować sztywno. W miarę wdrażania może i powinien on ulegać modyfikacjom, polegającym zarówno na rezygnacji z określonych zapisów, jak też na wprowadzaniu nowych elementów. Korektury te dyktowane są konkretnymi sytuacjami, w których wdrożenie przebiega, a także opiniami, ocenami i postulatami uczestników programu. Nie oznacza to oczywiście, że dobrze opracowany plan może ulec w trakcie realizacji zupełnej rozsypance.

Plan promocji powinien być, jak z tego widać, w miarę elastyczny, a więc w pewnym zakresie zmienny. Zmienność ta może mieć różny zakres. Można sobie nawet wyobrazić, że na starcie dysponujemy tylko ogólnym zarysem programu i przystępujemy do wdrażania tylko jednego, w miarę szczegółowo i konkretnie rozpracowanego jego fragmentu, zakładając, że dalsze punkty bądź to zostaną doprecyzowane, bądź dopiero włączone w dalszych etapach. Byłoby to wówczas planowanie o charakterze ciągłym czy krocącym. W tym układzie wąsko zaprojektowane wejście z promocją na teren zakładu jest rodzajem rozrusznika, który może uruchomić samorzutnie rozwijający się w zakładzie proces oddolnego budowania programu promocji. Przy odpowiednim pokierowaniu biegiem spraw skromny zakresowo początek działań promocyjnych może zaowocować rozbudowanym dalszym ciągiem. Żeby jednak tak się stało, to promocyjne wejście musi być niezwykle starannie i z pełnym sukcesem wdrożone. Tylko wówczas ma szansę wystąpić pobudzający do kontynuacji działań promocyjnych tzw. efekt demonstracji.

xi. Wdrożenie programu promocji

Przez wdrożenie programu promocji rozumie się jego zastosowanie w praktyce zgodnie z przygotowanym planem, czyli inaczej mówiąc, po prostu wykonanie przewidzianych w programie zespołów działań. Pozostaje ono w gestii kierownika programu oraz pracowniczych grup problemowych.

1. Główne zasady wdrażania

Można sformułować cztery podstawowe wskazania w kwestii wdrażania programu:

1) realizacja wdrożenia, zgodnie z zasadą partycypacji, powinna być procesem maksymalnie samorządnym, tzn. organizowanym i zarządzanym głównie przez samych uczestników programu,

2) uczestnictwo w programie powinno być w pełni dobrowolne, co wyklucza jakiekolwiek formy przymusu (Sloan i in., 1987, s. 147-148, 216),

3) wszelkie informacje zbierane na temat uczestników programu powinny być objęte klauzulą pełnej poufności (Sloan i in., 1987, s. 151-153),

4) program nie powinien w najmniejszym stopniu zakłócać biegu spraw przedsiębiorstwa; z tego punktu widzenia powinien być maksymalnie niewidoczny.

Samorządność wymieniona w punkcie pierwszym może się dobrze

realizować w ramach grup ukształtowanych dla osiągnięcia różnych częściowych zadań programu. Organizatorzy programu powinni dołożyć starań, by grupy te stały się względnie samodzielnie funkcjonującymi strukturami, które w sposób zbiorowy podejmują decyzje dotyczące biegu programu, korygują ustalony plan, wprowadzają nowe elementy itp.

Zasada dobrowolności uczestnictwa może być zagrożona ze strony osób dysponujących w przedsiębiorstwie formalną władzą, które w tzw. najlepszych intencjach mogą próbować wykorzystać zajmowaną pozycję dla "wsparcia" programu poprzez jakieś formy nacisku. Należy neutralizować tego rodzaju pomysły, zanim zdążą się pojawić.

Poufność zbieranych w trakcie programów różnych informacji o pracownikach nie jest tylko kwestią obiektywnego zachowania ich w tajemnicy. To jest także kwestia przekonań osobistych pracowników na ten temat. Oni nie mogą żywić tu żadnych obaw ani wątpliwości. Dlatego problem powinien być kategorycznie rozstrzygnięty na samym starcie programu tak, żeby się nie pojawiły tego rodzaju obawy i wątpliwości.

W końcu bardzo ważna dla zarządu firmy jest sprawa takiego wkomponowania programu w jej organizację, by nie stanowił on przeszkody w realizacji jej zadań.

2. Marketing programu

Umiejętne "sprzedanie" programu promocji jego potencjalnym "nabywcom", jakimi są pracownicy zakładu, jest kluczową sprawą jego ostatecznego powodzenia. "Sprzedać" w tym przypadku oznacza skłonić ludzi do wzięcia udziału w programie. Działania takie nazywa się marketingiem programu (Sloan i in., 1987, s. 195-203).

Problem marketingu programu powinien być od samego początku przedmiotem uwagi jego twórców i realizatorów. I, jak w przypadku każdego handlu, jest to rodzaj sztuki, tym bardziej, że proponowany tutaj "towar" ma charakter bardzo specjalny, a ludzie, którym się go oferuje, nie przywykli go kupować.

Przystępując do krótkiego omówienia tej kwestii zauważmy na wstępie, że działalność marketingowa, choć koncentruje się przede wszystkim na wejściu programu, powinna być realizowana poprzez cały jego przebieg. Ciągłe są bowiem do pozyskania nowi uczestnicy programu. Ponadto w programach wielozadaniowych poszczególne zadania (subprogramy) wchodziły zwykle do realizacji w różnych momentach czasowych; każdy nowo wprowadzony subprogram wymaga odrębnej akcji marketingowej.

W marketingu programu chodzi przy tym nie tylko o wywołanie uczestnictwa, ale przede wszystkim o jego podtrzymanie w czasie. Tak zwane wykuszanie się z różnych form aktywności promocyjnej osób, które ją podjęły, jest, niestety, zjawiskiem raczej powszechnym. Dlatego działania marketingowe tym bardziej powinny być obecne praktycznie przez cały proces realizacji programu.

Marketing polega przede wszystkim na operowaniu klasycznymi formami pozyskiwania klientów, czyli informacją i reklamą.

Istnieją także bardziej pośrednie formy oddziaływania marketingowego. Chodzi tu zwłaszcza o działania, które usuwają różne bariery utrudniające uczestnictwo; np. tego rodzaju pośrednim marketingiem jest ustalenie dogodnych godzin, czy miejsc, w których odbywają się różne zajęcia promocyjne. Dodajmy, że funkcje marketingowe pełni pośrednio także informacja, której głównym celem jest przekonanie ludzi, by prozdrowotnie ukształtowali swój styl życia. Ci, których uda się o tym przekonać, prawdopodobnie "kupią" też proponowany im program.

Podstawowym narzędziem marketingu programu, jak wspomnieliśmy, jest aktywnie przekazywana informacja na jego temat. Informacja ta powinna być: pełna, zrozumiała, szybka, łatwo dostępna i podana w atrakcyjnej formie. Powinna nieść dane na temat celów i zadań programu oraz warunków uczestnictwa w jego promocyjnej ofercie.

Wykorzystać można różne środki przekazu. Dobre efekty daje eksponowanie informacji wizualnej o programie na podstawowych ciągach komunikacyjnych w zakładzie pracy, poczynając od głównego wejścia.

Formułuje się zalecenie, by ten rodzaj aktywności marketingowej

podjąć na 3-4 tygodnie przed uroczystą inauguracją programu (Selleck i in., 1989, s. 417),

Efekt uczestnictwa można uzyskać zwracając się do całej przedmiotowej zbiorowości - na tzw. adres ogólny, co oznacza ostatecznie, że zwracamy się do każdej indywidualnej osoby. Znakomitym uzupełnieniem takiego, powszechnie zresztą stosowanego podejścia, jest trafiać do ludzi za pośrednictwem innych ludzi. Chodzi o wykorzystywanie do wpływania na poszczególne jednostki tzw. liderów opinii, a także małych grup, w których one uczestniczą.

Środowiskowi przywódcy opinii, tzn. osoby cieszące się w swoim bezpośrednim otoczeniu uznaniem i autorytetem, mają duże możliwości wpływania na poglądy, przekonania, a także zachowania osób, wobec których pełnią funkcje przywódcze. Dlatego pozyskanie tak ich aprobaty dla programu, jak zwłaszcza ich uczestnictwa w programie, może procentować zwerbowaniem także osób z nimi związanych; za przywódcami opinii idą ich zwolennicy. Z tych powodów w polityce marketingu programu należałoby szczególnie koncentrować się na tej kategorii osób.

Znana z psychologii społecznej prawidłowość, że szczególny wpływ wywierają na ludzi małe grupy, w których uczestniczą, stanowi wskazówkę, że również w "sprzedaży" programu promocji należy ją wykorzystywać. Wpływ ten realizuje się poprzez celowo organizowane dyskusje grupowe na temat programu.

Dyskusja w grupie pozwala przede wszystkim zneutralizować różne indywidualne obawy i opory wobec programu. Ponadto jednostka podejmując decyzję o uczestnictwie wspólnie z innymi członkami własnej grupy czuje się w nowej dla siebie sytuacji bardziej pewnie. Oczywiście teoretycznie należy uwzględnić, że dyskusja grupowa może doprowadzić do ustalenia opinii dla programu niekorzystnej.

Na koniec przypomnijmy wcześniej wskazane pozytywne funkcje, jakie w marketingu programu pełni partycypacja pracowników w jego projektowaniu. Różne formy ich włączania do przygotowania programu (rozmowy, dyskusje, wywiady na temat problemów, które powinny w nim zostać podjęte) stwarzają sytuację, w której program staje się swojski (to

zaczyna być "nasz program", a nie jest "przyniesiony w teczce"). Tego rodzaju odczucie z góry usposabia pozytywnie do programu i zachęca do jego "kupna".

3. Inauguracja programu

Już pierwsza informacja o programie przekazana załodze stanowi zapoczątkowanie procesu jego wdrażania, a jest to przecież dopiero etap inicjowania programu. Jednakże start właściwego wdrożenia następuje w momencie, gdy podejmuje się realizację gotowego już planu. Moment ten powinien być odpowiednio mocno zaakcentowany w życiu zakładu. Zaleca się, by odbyło się to z pewnym ceremoniałem, w którym powinni wziąć udział przedstawiciele najwyższego kierownictwa zakładu oraz reprezentanci głównych organizacji (szczególnie związków zawodowych), które zgłosiły swój aktywny udział w programie.

Ceremonia inauguracji programu ma go uprawomocnić wobec załogi, tzn. nada mu status przedsięwzięcia oficjalnego, o wysokiej randze i znaczeniu. Pożądane jest, by w trakcie biegu programu odbywały się podobne uroczystości, w czasie których byłyby dokonywane częściowe podsumowania osiągniętych efektów programu, wręczane ewentualne nagrody czy wyróżnienia dla specjalnie zasłużonych jego uczestników, ogłaszane wyniki współzawodnictwa międzygrupowego itp. (Sloan i in., 1987, s. 168-169).

4. Monitoring i bieżące modyfikacje programu

Monitoring programu jest to bieżąca obserwacja jego przebiegu. W ślad za nim powinny iść ewentualne korekty programu. Monitoring polega z jednej strony na zbieraniu i analizowaniu informacji o przebiegu wdrożenia, z drugiej w jego ramach powinno się zbierać opinie uczestników

o programie (krytyka, postulaty). Materiały te powinny dostarczać przesłanek do wprowadzania niezbędnych zmian w programie.

Jedną z podstawowych informacji, które zbiera się w ramach monitoringu, są dane na temat poziomu uczestnictwa w programie, jego fluktuacji oraz przyczynach odchodzenia ludzi z programu.

Organizatorzy i twórcy programów promocji wpadają często w pułapkę nadmiernych oczekiwań w tej kwestii. Brak dostatecznego, ich zdaniem, odzewu na ofertę programową może wywoływać w nich nastroje zniechęcenia i rezygnacji. Tymczasem praktyka pokazała, że zjawiska braku zainteresowania niektórymi propozycjami programowymi, czy też rezygnacja z uczestnictwa w trakcie biegu programu, nie są czymś wyjątkowym, ale raczej regułą.

Poziom uczestnictwa w poszczególnych modułach programowych waha się w zależności od ich charakteru. Największą frekwencją cieszą się różnego rodzaju badania medyczne. Według danych amerykańskich badania przesiewowe w kierunku nadciśnienia tętniczego czy oceny ogólnego zagrożenia zdrowotnego przyciągają od 70-90 % pracowników. Ale programy nastawione na zredukowanie określonego czynnika zagrożenia wywołują zainteresowanie tylko ok. 5 do 30 % osób z grupy zagrożonych (obserwacja na przestrzeni 1 roku). Uczestnictwo w programach aktywności fizycznej wynosiło do 15 % grupy potencjalnych uczestników. Grupowe formy odzwyczajania się od palenia i kontroli wagi rzadko osiągały poziom wyższy niż 20-25 % potencjalnych uczestników (Fielding, 1990, s. 81).

xii. Ocena efektywności programu promocji

Ocena efektywności programu promocji polega, generalnie rzecz ujmując, na porównaniu założonych różnych parametrów programu z osiągniętymi.

Ocena powinna już się zacząć na etapie formułowania generalnych celów i planowania szczegółowych zadań programu, kiedy ustala się równocześnie podstawowe kryteria ich realizacji. Powinna być następnie realizowana w trakcie biegu programu, kiedy dokonuje się na bieżąco jego korekt. Proces ewaluacyjny powinien zaś kończyć się oceną ostateczną, która następuje po zakończeniu programu. Można też, dla ustalenia trwałych efektów programu, dokonywać oceny w dodatkowych terminach, daleko po jego formalnym zakończeniu. Plan oceny zawierający kryteria, terminy, niezbędne dla jej przeprowadzenia materiały powinien być przedmiotem równie starannego opracowania jak same zadania programu.

Obserwacja praktyki promocyjnej pokazuje jednak, że organizatorzy i realizatorzy programów promocji mają skłonność do niedocenia wagi tej fazy procesu promocyjnego i jeżeli nawet ją uwzględniają, to nie rozumieją, że ocenę należy planować już na starcie programu "Jakkolwiek projektowanie oceny już w fazie planowania programu ma znaczenie krytyczne, to wielu praktyków nie docenia tego w swoim entuzjazmie, dążąc głównie do tego, żeby tylko sama sprawa wystartowała" (Sloan i in., 1987, s. 123).

Ocena programu może obejmować następujące płaszczyzny:

- 1) stopień wykonania przewidzianych planem działań promocyjnych,
- 2) adekwatność uwzględnionych w programie dziedzin interwencji promocyjnej do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych zakładu,
- 3) poprawność metodyczną programu tzn. właściwość doboru najszerzej rozumianych środków dla realizacji programu, w tym metod i technik socjotechnicznych,
- 4) poniesione i planowane koszty realizacji programu z ewentualnym odniesieniem, jeśli to możliwe, do uzyskanych dzięki programowi oszczędności w nakładach na opiekę zdrowotną nad pracownikami lub zmniejszonych również dzięki programowi strat ponoszonych z tytułu złego stanu zdrowia pracowników (absencja chorobowa),
- 5) liczbę uczestniczących w programie w stosunku do liczby potencjalnych uczestników,
- 6) efekty bezpośrednie programu w postaci przekształceń świadomości i zachowań zdrowotnych jego uczestników,
- 7) efekty ostateczne programu, tzn. korzystne zmiany parametrów zdrowotnych pracowników.

Wymienione na dwóch ostatnich pozycjach wymiary oceny są, oczywiście, najbardziej istotne, ale też i najtrudniejsze do zrealizowania. Ocena tego rodzaju wymaga dokonania analizy stanu zachowań zdrowotnych oraz pomiaru stanu zdrowia w dwóch momentach czasowych: na starcie programu oraz po jego zakończeniu. Porównanie tych wyników pozwoli wnioskować o skuteczności programu w obu wymienionych płaszczyznach.

Prawidłowa i w miarę pełna ocena programu wymaga zebrania odpowiednich materiałów. Należy je zbierać systematycznie przez cały czas trwania programu, zgodnie z ustalonymi kryteriami jego oceny.

Wśród materiałów, na podstawie których ocena będzie dokonywana, nie może zabraknąć opinii o programie formułowanych przez jego uczestników. Powinny one być starannie zebrane i przeanalizowane. Mają one szczególne znaczenie z dwóch racji: 1) są opiniami bezpośrednich, jeśli tak można to obrazowo określić, konsumentów programu, którzy są dzięki

temu najbardziej kompetentni w kwestii oceny zaszerwowanych im promocyjnych "potraw", 2) opinie te mogą mieć bardzo duże znaczenie z punktu widzenia ewentualnych kontynuacji programu. Opinie uczestników o programie powinny być zbierane w całym jego przebiegu.

Jak stwierdziliśmy wcześniej, programy promocji wywołują pozytywne efekty nie tylko w sferze szeroko rozumianego zdrowia. Przynoszą one również, co z uznaniem i z zadowoleniem stwierdzają kierownicy przedsiębiorstw, korzystne zmiany stanu psychospołecznego załogi, nie obojętne dla ogólnej efektywności pracy w zakładzie. Są to zmiany dotyczące: morale pracowniczego (gotowości do podejmowania intensywnego wysiłku przy realizacji zadań), integracji z zakładem (chęci pozostania w zakładzie), aprobaty i uznania dla kierownictwa zakładu, wzrostu ogólnej integracji załogi na poziomie podstawowym, tzn. w grupach roboczych, w końcu wzrost zadowolenia z pracy w zakładzie. Pozytywne zmiany w tych dziedzinach związane są z dwiema podstawowymi okolicznościami. Po pierwsze - pracownicy traktują inicjatywę kierownictwa dotyczącą podjęcia programu promocyjnego jako przejaw jego troski o ich zdrowie. Po wtóre - działają tu spontanicznie przebiegające procesy integracji społecznej wśród załogi związane z realizacją programu: pracownicy włączając się do programu podejmują ze sobą współpracę i kontakty na temat spraw, które bardzo ich angażują, bo dotyczą najżywotniejszych dla nich wartości i to ich niewątpliwie do siebie zbliża.

W kontekście tych stwierdzeń ocena efektywności programu może być dokonywana również w tej pozazdrowotnej płaszczyźnie.

Bardzo ważnym wymiarem oceny programu, zwłaszcza z punktu widzenia kierownictwa przedsiębiorstwa, są jego aspekty ekonomiczne. Przeprowadzenie choćby elementarnego rachunku: koszt - efekt jest z tego względu rzeczą bardzo pożądaną.

Zakończenie

Program promocji zdrowia w zakładzie pracy zamyka się w określonych ramach czasowych. Byłoby jednak błędem traktowanie go wyłącznie w kategoriach przemijającej akcji. Stanowi on dobrą okazję, by zapoczątkować w przedsiębiorstwie stałą praktykę systematycznego działania promocyjnego. Uzyskane w ramach programu doświadczenia, zawiązane grupy, ujawnieni i sprawdzeni w działaniu społeczni liderzy promocji stanowią prawdziwy kapitał z punktu widzenia możliwości kontynuacji akcji promocyjnych już po formalnym zakończeniu programu. Kontynuacja ta ma duże znaczenie dla podtrzymania i utrwalenia osiągniętych efektów programu.

Problem trwałości zrealizowanych w ramach programu zmian zachowań stanowi jego swoistą piętę Achillesową. Pozyskanie ludzi, by np. ograniczyli, czy rzucili palenie, pozbyli się kilku kilogramów nadwagi itd. jest sprawą zdecydowanie prostszą niż sprawienie, by zmiany te ostały się w czasie. Powrót do porzuconych zdawałoby się definitywnie złych nawyków czy nałogów jest powszechną prawidłowością, podobnie jak rezygnacja z nabytych praktyk prozdrowotnych. Dlatego ze wszech miar jest celowe i pożądane stwarzanie warunków dla podtrzymywania zainicjowanych zmian. Realizuje się to głównie poprzez: 1) utrzymanie i wspieranie ukształtowanych w trakcie programu grup realizujących różne działania promocyjne; 2) kontynuowanie prozdrowotnej działalności informacyjno-oświatowej wśród załogi.

W ten sposób promocja zdrowia może stać się codziennie realizowaną aktywnością w życiu przedsiębiorstwa.

Załącznik

Zdrowsza praca w “Brabancji” - przykład programu promocji zdrowia w miejscu pracy

Program *Zdrowsza praca w “Brabancji”* został opracowany i jest monitorowany oraz oceniany przez zespół psychologów z Wydziału Psychologii Uniwersytetu w Leuven pod kierunkiem prof. Stana Maesa (Maes i in., 1992).

Poniżej zostaną zaprezentowane: proces planowania programu promocji zdrowia w zakładach “Brabantia” (spolszczone: “Brabancja”), jego struktura problemowa, przebieg wdrażania w pierwszym roku realizacji oraz ocena efektów uzyskanych w tym okresie.

ZAŁOŻENIA PROGRAMU

Program *Zdrowsza praca w “Brabancji”* (*Healthier work at Brabantia*) przeznaczony i wdrażany w średniej wielkości przedsiębiorstwie “Brabancja” w Holandii został podjęty w 1990 r., a zaprojektowano jego pełną realizację w przeciągu 3 lat. “Brabancja” jest producentem urządzeń przeznaczonych dla gospodarstw domowych. Jest to przedsiębiorstwo wielozakładowe, mające również swoje filie zagraniczne. Spośród trzech zakładów “Brabancji” usytuowanych na terenie Holandii jeden został poddany programowi interwencyjnemu (grupa eksperymentalna), dwa pozostałe zostały potraktowane jako grupa kontrolna. Obie grupy były podobne, zarówno gdy chodzi o rodzaj wykonywanej produkcji jak i cechy zatrudnionych pracowników.

Program *Zdrowsza praca w "Brabancji"* jest z kilku względów wart bliższego zainteresowania i dokładniejszej analizy. Jest to, po pierwsze, program, który, według przedstawionej wcześniej w opracowaniu propozycji klasyfikacyjnej, należy do kategorii programów czwartej grupy, czyli jest propozycją w pełni rozwiniętą (przeznaczony dla całej załogi, zawierający interwencje zarówno w sferze stylu życia, jak też interwencje środowiskowe). Po drugie, opracowano go z intencją, że po pilotażowym wdrożeniu w przedsiębiorstwie, dla którego został bezpośrednio przeznaczony, zostanie upowszechniony w innych podobnych pod względem wielkości przedsiębiorstwach, dlatego program ten był wspierany finansowo i merytorycznie przez holenderskie ministerstwo zdrowia oraz ministerstwo spraw socjalnych. Po trzecie, jest to program z terenu Europy, a więc z pewnością bliższy nam kulturowo niż programy amerykańskie i stąd, można by powiedzieć, bardziej przekonujący.

Autorzy programu bardzo mocno podkreślają filozofię, która legła u jego podstaw, a która, ich zdaniem, wyróżnia go w sposób istotny od programów amerykańskich. Ze względu na fundamentalną wagę przyjętych przez nich założeń należy przybliżyć ich stanowisko w szerszym cytacie. Filozofia, o której mowa, odbija się - piszą - w głównym celu programu, który sformułowali jako: "promocja dobrego samopoczucia zdrowia i bezpieczeństwa (pracowników) realizowana za pomocą zmian na trzech poziomach: jednostkowym, organizacyjnym i środowiskowym". Następnie autorzy kontynuują: "W kontraście do programów amerykańskich, zmiany na poziomach: organizacyjnym i środowiskowym zakładają nie tylko działania, które mają podtrzymać zmiany zachowania (np. zmiana menu w stołówce zakładowej), lecz również identyfikację i eliminację ryzyka w środowisku pracy i zakłóceń w organizacji, które mogą wpływać na dobre samopoczucie, zdrowie i bezpieczeństwo pracowników. Założono, że poprawa warunków pracy razem ze zmianami w zachowaniach nie tylko spowoduje poprawę samopoczucia, zdrowia i bezpieczeństwa, lecz również będzie mieć pozytywne efekty w zakresie korzystania z usług medycznych, absencji i płynności kadr" (Maes i in., 1992, s. 355).

PODSTAWOWE FAZY PROCESU PROMOCYJNEGO

W programie promocji zdrowia w zakładach "Brabancja" proces promocyjny rozpisany został na szereg faz. Autorzy wyróżnili ich dziesięć.

1. Dyskusja programu z najwyższym kierownictwem firmy i radą załogi.

Wprowadzenie programu zostało poprzedzone podjęciem wielu tego rodzaju kontaktów z kierownictwem. Kierownictwo wcześniej poinformowało radę załogi o programie.

2. Dyskusja z kierownictwem średniego szczebla przed ogłoszeniem programu, by poinformować je oraz pozyskać poparcie dla tej inicjatywy.

3. Rekrutacja i organizacja różnych komitetów kierujących realizacją programu.

W "Brabancji" istniał ogólnozakładowy komitet kierujący programem, który podejmował generalne decyzje, jak też podkomitety: dla programu aktywności fizycznej, programu edukacji zdrowotnej oraz wprowadzania zmian w warunkach pracy. Pozyskano też spośród załogi ochotników, którzy podjęli się wykonywać określone zadania związane z wdrażaniem programu. Program zakładał, że komitety i ochotnicy przejmą pełną odpowiedzialność za jego realizację. W ten sposób chciano uniknąć zależności od specjalistów z zewnątrz. Tego rodzaju rozwiązanie z jednej strony potaniało program, z drugiej stwarzało lepsze warunki do jego kontynuacji prowadzonej w przyszłości własnymi siłami. W celu wyłonienia komitetów oraz pozyskania ochotników odbyły się w czasie pracy plenarne zebrania pracowników.

4. Zorganizowanie wewnątrzzakładowej komunikacji na temat programu.

Środkami tej komunikacji były: zebrania pracowników, wysyłane do nich listy, wydawany w zakładzie periodyczny informator, filmy wideo, kącik promocji zdrowia w bufecie zakładowym.

5. Zainteresowanie pracowników.

Program ogłoszono poprzez rozesłane do każdego pracownika listu zapraszającego go do wzięcia udziału w zebraniach informacyjnych dotyczących programu. Listy były podpisane przez zastępcę dyrektora oraz

bezpośredniego zwierzchnika. Ochotnicy i komitety byli odpowiedzialni za zainteresowanie pracowników różnymi działkami programu, co było pomocne w jego bieżącym planowaniu i ciągłej ewaluacji.

6. Rozwijanie programu.

Podkomitety zajmowały się wyszukiwaniem istniejących w zakładzie i poza nim zasobów, które można było wykorzystać do realizacji programu oraz oceniały koszty i efektywność odpowiednich programów. W przypadku gdy zasobów takich brakowało, musiały we własnym zakresie podejmować inicjatywy w celu ich pozyskania. Komitet naczelny, który składał się głównie z członków kierownictwa, koordynował całość przebiegu programu.

7. Dyskusja propozycji z kierownictwem wszystkich szczebli.

Chodzi o negocjowanie udziału kierownictwa i jego wsparcia dla poszczególnych programów.

8. Promocja programu i werbowanie pracowników do uczestnictwa.

Program był propagowany przez kanały wewnątrzzakładowej komunikacji, włączając w to zebrania pracowników w czasie godzin pracy. Istotną rolę w tej dziedzinie pełnili również wszyscy kierownicy, członkowie komitetów oraz ochotnicy.

9. Wdrażanie programu.

Program był wdrażany na podstawie danych zebranych w czasie przeprowadzonych wcześniej badań dotyczących zainteresowań zdrowotnych pracowników oraz w ścisłym kontakcie z nimi, w celu uniknięcia wystąpienia możliwych tu barier.

10. Ocena programu i jej efekt zwrotny.

Wyniki bieżącej oceny programu były dla komitetów podstawą do jego nie zmienianej kontynuacji lub ewentualnych rewizji.

SFERY INTERWENCJI PROMOCYJNEJ W RAMACH PROGRAMU

W programie zaprojektowano interwencje na trzech poziomach: jednostkowym, organizacyjnym i środowiskowym. Oznacza to, że przewidziano dokonanie na wymienionych poziomach określonych, uznanaych za sprzyjające zdrowiu pracowników zmian. Interwencje w wymiarze

indywidualnym całkowicie wypełniły pierwszy rok programu i zaplanowano ich kontynuację w latach następnych. Zmiany na poziomie organizacyjnym i środowiskowym realizowano w roku drugim i trzecim.

1. Na poziomie indywidualnym można wyróżnić trzy podstawowe typy interwencji. Pierwsza - to ocena ryzyka zdrowotnego i porady medyczne. Na podstawie skriningu załogi "Brabancji" w zakresie wybranych czynników ryzyka zdrowotnego osoby wykazujące wysokie poziomy ryzyka wyodrębniono jako grupę eksperymentalną; tworzyli ją ludzie mający nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemię, nadwagę. Zaoferowano im indywidualną formę interwencji polegającą na udziale w sesjach konsultacyjnych w małych grupach, umożliwiających bezpośrednie kontakty osobiste. W sesjach tych brali udział: lekarz, psycholog i/lub dietetyk. Z uwagi na wzgląd zachowania prywatności, sesje odbywały się po godzinach pracy, co także ułatwiało zainteresowanym branie w nich udziału. Ponadto wszyscy palacze mieli możliwość uczestniczenia w programie wyzbycia się nałogu w samowspierających się grupach.

Zasadniczym typem interwencji był skierowany do wszystkich pracowników zakładu, w którym realizowano projekt, kombinowany program, w którym połączono ćwiczenia fizyczne z sesjami oświatowo-zdrowotnymi. Trzy razy w tygodniu każdy pracownik mógł uczestniczyć w tego rodzaju trwających pół godziny sesjach, odbywających się w czasie lunchu na terenie pracy. Należy podkreślić, że połowa czasu przeznaczanego na sesję była opłacona przez zakład jak czas przepracowany, natomiast druga połowa była czasem nie opłacanym, przewidzianym na lunch. W czasie tych sesji odbywały się głównie ćwiczenia fizyczne, niektóre zaś poświęcano oświacie zdrowotnej. W pierwszym roku jedna tego rodzaju sesja przypadała na sześć dotyczących oświaty. Oznacza to, że sesje z zajęciami fizycznymi odbywały się 3 razy w tygodniu, a raz na 2 tygodnie odbywała się sesja edukacyjna. Tematy zajęć oświatowych w trakcie sesji w ciągu tego roku były następujące: odżywianie się (7 sesji), warunki pracy i stres, środki uzależniające i konsumpcja alkoholu, palenie, bóle głowy i krzyża (dla

każdego tematu - 1 sesja). Uczestnicy sesji mogli organizować się w swoiste grupy problemowe, by kontynuować spotkania, np. z dodatkowymi ekspertami, na interesujący ich temat lub podejmować wspólne wysiłki w celu rozwiązania wspólnego im problemu zdrowotnego, np. zaprzestania palenia. O rodzaju stosowanych ćwiczeń fizycznych decydowali sami uczestnicy na podstawie pokazów tego rodzaju ćwiczeń z kaset wideo. Ćwiczenia prowadził zawodowy trener, któremu towarzyszyło dwóch ochotników spośród uczestników, mieli oni kontynuować program aktywności fizycznej w dalszych fazach jego realizacji.

2. Pierwszym rodzajem interwencji na poziomie organizacyjnym i środowiskowym był zespół działań, których celem było podtrzymanie zmian realizowanych na poziomie jednostkowym. Były to m.in. następujące działania: stworzenie warunków przestrzenno-technicznych dla uprawiania aktywności fizycznej, wprowadzenie zakazu palenia w kawiarence zakładowej, urządzenia w tym lokaliku kącika ekspozycji materiałów propagujących zdrowy styl życia, zaopatrzenie bufetu w zdrowe produkty, operowanie różnego rodzaju zachętami rzeczowymi dla osób uczestniczących w programie.

Drugim typem interwencji na poziomie organizacyjnym były: skринing zdrowotny, badanie poziomu samopoczucia oraz ryzyka w zakresie bezpieczeństwa pracy. Materiały dotyczące tych kwestii zebrano drogą ankietową lub poprzez wywiady od wszystkich w zaşadzie pracowników. Informacje w ten sposób zebrane mogły zostać użyte do sporządzenia indywidualnych i grupowych (dla poszczególnych jednostek organizacyjnych) profili samopoczucia i bezpieczeństwa. Wyniki badań były analizowane przez specjalny komitet, złożony z przedstawicieli kierownictwa oraz członków grupy kierującej programem. Komitet analizował ryzyko zidentyfikowane dla każdej kategorii stanowiska i jednostki produkcyjnej oraz formułował, na podstawie wynikających stąd wniosków, zalecenia dotyczące pożądaných zmian w obrębie stanowisk i/lub aspektów organizacji pracy oraz środowiska. Kierował również wdrażaniem tych zaleceń, po intensywnych konsultacjach z pracownikami.

PROCEDURA OCENY PROGRAMU

Ewaluacji programu dokonywano na dwóch płaszczyznach - oceniano przebieg samego procesu wdrażania programu oraz stopień osiągnięcia założonych jego celów. Materiały stanowiące podstawę analizy ewaluacyjnej zebrano w czterech punktach czasowych: na starcie programu (1990), a następnie w trzech kolejnych latach (1991, 1992, 1993). Podstawowym warunkiem zbierania materiałów były wywiady i testy. Grupa badana składała się wyjściowo z 552 mężczyzn i kobiet w wieku 20-65 lat, z których 264 osoby (47,8%) stanowiły grupę eksperymentalną, a 288 (52,2%) grupę kontrolną. Materiały uzyskiwane w grupie eksperymentalnej porównywano z odpowiednimi danymi grupy kontrolnej; zakładano hipotezę, że rejestrowane zmiany były efektem realizowanego programu. Przypomnijmy, że grupę eksperymentalną stanowiła załoga jednego zakładu "Brabancji", zaś grupę kontrolą - załoga dwóch innych zakładów tegoż przedsiębiorstwa.

Za pomocą kwestionariuszy zbierano w obydwu grupach materiały dotyczące następujących zmiennych: 1) społeczno-demograficznej struktury populacji (płeć, wiek, status materialny, wykształcenie, zawód), 2) zachowań zdrowotnych (palenie, sposób odżywiania się, picie alkoholu, konsumpcja środków uzależniających, sen, aktywność fizyczna), 3) dobrego samopoczucie w pracy. Badano także, również kwestionariuszowo, poziom stresu związanego z pracą oraz dolegliwości psychosomatyczne. Dokonywano ponadto pomiaru następujących zmiennych bioklinicznych: wagi, wzrostu, cholesterolu, ciśnienia tętniczego, tętna. W sposób ciągły rejestrowano absencję, wypadki i płynności kadry.

WSTĘPNE EFEKTY PROGRAMU

Dotychczas opublikowano wstępne efekty programu po pierwszym roku jego realizacji, a więc w wymiarze interwencji na poziomie jednostkowym.

I tak gdy chodzi o zakres udziału w programie to okazało się, że 44 % grupy eksperymentalnej uczestniczyło regularnie w sesjach poświęconych aktywności fizycznej. Autorzy ocenili, że w porównaniu z po-

dobnymi projektami jest to wynik bardzo dobry. Generalnie uczestnicy byli zadowoleni z formy i treści tych zajęć. W sesjach poświęconych odżywianiu się brało udział 31 % potencjalnych uczestników, podczas gdy sesje dotyczące palenia, picia alkoholu i środków uzależniających, prewencji wypadków, warunków pracy i związanego z pracą stresu, bólów krzyża i głowy cieszyły się średnią frekwencją, były na poziomie 12 %. Dane te pozwoliły dokonać pewnych modyfikacji programu kontynuowanego na tym poziomie w dwu następnych latach. Podjęto mianowicie decyzje realizacji w nie zmienionej formie programu aktywności fizycznej oraz pewnej modyfikacji sesji oświatowo-zdrowotnych. Zdecydowano mianowicie zorganizować dwa dni edukacyjne na temat zdrowia i bezpieczeństwa pracy, odbywające się w czasie normalnego dnia roboczego, zamiast odrębnych sesji poświęconych poszczególnym tematom. Ustalono też, że należy włączyć do komitetu kierującego tym programem więcej pracowników, ponieważ dotychczas składał się on głównie z ekspertów zaproszonych z zewnątrz, co pozostawało w sprzeczności z podstawowymi założeniami programu, jak ocenili to jego autorzy. Uznano więc, że należy zwiększyć partycypację szeregowych pracowników w planowanie i zarządzanie programem edukacyjnym. Ponadto postanowiono go urozmaicić poprzez odchodzenie od tradycyjnych wykładów na rzecz form bardziej atrakcyjnych, np. tzw. targów zdrowia i pokazów.

Odnotowano w ocenianym okresie korzystne dla zdrowia zmiany w grupie zmiennych związanych z ogólnym stresem oraz samopoczuciem fizycznym. Wszystkie one okazały się statystycznie istotne, co świadczy o znacznej skuteczności w tej dziedzinie realizowanego programu. Sytuacja pod tym względem w grupie kontrolnej była natomiast stabilna. Pozytywne zmiany, o których mowa, nastąpiły w przypadku następujących zmiennych: w samopoczuciu, dolegliwościach somatycznych, niepokoju, depresji oraz wrogości.

Gdy chodzi o efekty programu uwidocznione w poziomie wybranych czynników ryzyka zdrowotnego, to w ocenianym przeciągu czasu nie było żadnych istotnych statystycznie zmian w zakresie: masy ciała, palenia, poziomu cholesterolu i picia alkoholu. To samo dotyczyło zmiennych stresu związanego z pracą.

Te rezultaty, jak stwierdzili autorzy programu, pozostawały w zgodzie z ich przewidywaniami. Redukcja ogólnego stresu - podstawowy skutek rocznej interwencji - była, według nich, związana z realizowanym w tym czasie jako główne przedsięwzięcie promocyjne, programem aktywności fizycznej; tego rodzaju efekt jest znaną prawidłowością potwierdzoną w wielu badaniach. Natomiast brak efektów w obrębie zachowań zdrowotnych i czynników ryzyka w tej fazie interwencji związany był raczej z niskim poziomem partycypacji w programie edukacyjnym. Tego rodzaju zmiany wymagają, jak wiadomo, odpowiedniego czasu. Gdy chodzi natomiast o efekty programu w sferze stresu związanego z pracą i zadowolenia z pracy, to są one raczej pochodną zmian w organizacji pracy i w jej środowisku. Dopiero jednak pomiary z lat 1992 i 1993 przyniosą dane, które pozwolą wnioskować na temat efektów interwencji promocyjnej podjętej w sferze organizacji i środowiska pracy. Powinny one znaleźć odbicie w poziomie absencji, wypadków, inwalidztwa i płynności kadry.

UWAGA. Program "Healthier Work at Brabantia" został w pełni zrealizowany. W 1997 r. ukazało się drukiem obszerne opracowanie zawierające analizę jego przebiegu i uzyskanych rezultatów: Ch.J.M. Verhoeven, Wellness Effects of a Worksite Health Promotion Program", Leiden University, Leiden 1997. Autorowi udało się uzyskać egzemplarz tej pracy już w trakcie druku niniejszego Poradnika.

Literatura¹²

1. Asvall J.E., Introduction: *A New Era of Health Development*, w: Kaplun A., Wenzel E.(eds), *Health Promotion in the Working World*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1989
2. Caplan R.M., Cricqui M.H. (eds), *Behavioral Epidemiology and Disease Prevention*, Plenum Press, New York and London, 1985
3. Cataldo M.F., Coates T.J. (eds), *Health and Industry. A Behavioral Medicine Perspective*, John Wiley and Sons, New York 1986
4. Christenson G.M., Kiefhaber A., *Highlights from the National Survey of Worksite Health Promotion Activities*, "Health Values", 1988 a vol. 12, no. 2
5. Christenson G.M., Kiefhaber A., *The National Survey of Worksite Health Promotion Activities*, "American Association of Occupational Health Nurses Journal", 1988b, vol. 36, no. 6
6. Cooper C.L., Davidson M., *Sources of Stress at Work and Their*

¹² Wykaz zawiera wyłącznie pozycje wykorzystane i cytowane w pracy. Ich ewentualne udostępnienie jest możliwe na żądanie.

Relation to Stressors in Non-working Environments, w: Kalimo R., El Batawi M.A., Cooper C.L. (eds), *Psychosocial Factors at Work and Their Relation to Health*, World Health Organization, Geneva 1987

7. Cooper C.D., Marshall J., *Źródła stresu w pracy kierowniczej i umysłowej*, w: Cooper C.D., Payne R. (red.), *Stres w pracy*, PWN, Warszawa 1987

8. Cooper C.L., Pyne R. (red.), *Stres w pracy*, PWN, Warszawa 1987

9. Eriksen M.P., Workplace Health Promotion, w: Lazes P.M., Hollander Kaplan L., Gordon K.A. (eds), *The Handbook of Health Education*, Aspen Publishers, Rockville, Maryland 1987

10. Fielding J.E., *Worksite Health Promotion Programs in the United States: Progress, Lessons and Challenges*, "Health Promotion International" 1990, vol. 5, no. 1

11. Gniazdowski A., *Stres związany z pracą a zagrożenie zdrowia*, w: Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski B.W. (red.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, Ignis, Warszawa 1992

12. Gniazdowski A. (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990

13. *Health Promotion for Working Populations. Report of a WHO Expert Committee*, World Health Organization, Geneva 1988

14. *Health Promotion in the Work Setting*. Report on an International Conference organized by the Federal Centre for Health Education jointly with the World Health Organization Regional Office for Europe, Verlag für Gesundheitsförderung, G. Conrad, Gamburg 1993

15. *Health Promotion in the Working World. Report on a Joint Meeting Organized by the Federal Centre for Health Education - Cologne in Collaboration with the WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Cologne, 7-9 Octobre 1985*

16. *Health Promotion in the Workplace: Alcohol and Drug Abuse, Report of a WHO Expert Committee*, World Health Organization, Geneva 1993

17. *Healthy People. The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention 1979*, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Washington 1979

18. Henter A., *Home and Leisure Accidents - A Time-related Comparison*, Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Dortmund 1990

19. Hobbs P. (ed.), *Progress in Public Education About Cancer, No.1: Cancer Education in the Workplace*, UICC, Hans Huber Publishers, Bern - Stuttgart 1989

20. Indulski J., Dawydzik L., Gniazdowski A., *Ewolucja koncepcji podstawowej opieki zdrowotnej w: Teoria i praktyka organizacji ochrony zdrowia*, nr 1, Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce, IMP w Łodzi 1990

21. Kaplun A. (ed.), *Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a New Quality of Health*, WHO Regional Publications, European series, Copenhagen 1992

22. Kaplun A., Wenzel E. (eds) *Health Promotion in the Working World (publikacja w wersji niemieckiej nosi tytuł: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt)* Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1989

23. Kickbush I., *Health Promotion: A New Approach at the Workplace*, w: Kaplun A., Wenzel E. (eds), *Health Promotion in the Working World*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1989

24. Konwencja nr 161 Międzynarodowej Organizacji Pracy z dnia 7 lipca 1985 r. w sprawie służb medycyny pracy, Międzynarodowa Organizacja Pracy, Geneva 1985 (tłumaczenie, maszynopis)

25. Lalonde M., *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*, Ottawa 1978

26. de Leeuw E., *The Sane Revolution. Health Promotion: Backgrounds, Scope, Prospects*, Van Gorcum, Assen/Maastricht 1989

27. Maes S., Kittel F., Scholten H., Verhoeven Ch., *"Healthier Work at Brabantia", a Comprehensive Approach to Wellness at the Worksite, "Safety Science" 15 (1992)*, Elsevier

28. Malzon R.S., Lindsay G.B., *Health Promotion at the Worksite. A Brief Survey of Large Organizations in Europe*, World Health Organization 1992

29. Milsum J., *Lifestyle Change for the Whole Person. Stimulation Through Health Hazard Appraisal*, w: Davidson P.O., Davidson S.M. (eds), *Behavioral Medicine Changing Health Lifestyles*, New York 1980

30. Naditch M.P., Staywell: *Evolution of a Behavioral Medicine Program in Industry*, w: Cataldo M.F., Coates T.J.(eds), *Health and Industry. Behavioral Medicine Perspective*, John Wiley and Sons, New York 1986

31. *Narodowy Program Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1993

32. Okólski M., *Współczesne wzorce umieralności na świecie*, "Studia Demograficzne", 1985, 2

33. Opatz J.P., *A Primer of Health Promotion. Creating Healthy Organization Cultures*, Oryon Publications, Inc., Washington D.C. 1985

34. Opinia Rady Ochrony Pracy z dnia 23 października 1993 r. w sprawie przekształceń systemu opieki zdrowotnej nad pracownikami (maszynopis)

35. *Ottawa Charter for Health Promotion*, An International Conference on Health Promotion, Ottawa 1986

36. Pelletier K.R., *A Parcourse for Health Promotion Programme in the Workplace*, w: Kaplun A., Wenzel E. (eds), *Health Promotion in the Working World*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1989

37. Piwowarska-Pościk L., *Opinie podopiecznych przemysłowej służby zdrowia o jej funkcjonowaniu. Część I. Realizacja funkcji leczniczej*, "Medycyna Pracy", t. XLI, nr 6, 1990

38. *Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR*, World Health Organization, Geneva 1978

39. *Rapport au Ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire. Stratégie pour une politique de Santé. Premieres propositions*, Haut Comité de la Santé Publique, Octobre 1992

40. *Regional Indicators for HFA 2000 in Relation to Regional Targets*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 1986

41. Roto P., Frilander P., *A Collaborative Health Promotion Program in the Finnish Paper and Pulp Industry: "A Healthy Workday a Habit" Project Planning, Realization and Practical Experience*, Tampere Regional Institute of Occupational Health, Tampere 1986

42. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10 sierpnia 1992 zmieniające rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników* (Dz. U. z 1974 r., nr 48, poz. 296 i z 1992 r., nr 62, poz. 313)

43. Rządowa Komisja Ludnościowa, *Sytuacja Demograficzna Polski. Raport 1992*, Centralny Urząd Planowania, Warszawa 1992

44. Selleck C.S., Sirles A.T., Newman K.D., *Health Promotion at the Workplace*, "American Association of Occupational Health Nurses Journal", 1989, vol. 37, no. 10

45. *Skills for Life. Newsletter*. A Network Cordinated by the WHO Division of Mental Health, 1992, no. 1

46. Sloan R.P., Gruman J.C., Allegrante J.P., *Investing in Employee Health. A Guide to Effective Health Promotion in the Workplace*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, London 1987

47. *Targets for Health for All. Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All*, World Health Organization, Copenhagen 1985 (polskie tłumaczenie: *Zadania Europejskiej Strategii Zdrowia dla Wszystkich do 2000 roku*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990; opublikowane w serii: "Teoria i praktyka organizacji ochrony zdrowia", nr 2)

48. Tomaszewski T. i in. *Struktura i mechanizmy regulacyjne czynności człowieka*, w: Tomaszewski T. (red.), *Psychologia*, PWN, Warszawa 1979

49. U.S. Department of Health and Human Services, 1992 *National Survey of Worksite Health Promotion Activities: Summary*, "American Journal of Health Promotion" 1993, vol. 7, no. 6

50. *Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks Pracy* (Dz. U. nr 24, poz. 141, z późniejszymi zmianami)

51. *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz. U. nr 91, poz. 408)

52. *Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o zmianie ustawy - Kodeks Pracy* (Dz. U. nr 55, poz. 237)

53. Weinstein M.S., *Health Promotion and Lifestyle Change in the Workplace* (Technical Paper prepared for the Regional Office for Europe of the World Health Organization), Copenhagen 1983

54. Weinstein M.S., *Lifestyle, Stress and Work: Strategies for Health Promotion*, w: Kaplun A., Wenzel E. (eds), *Health Promotion in the Working World*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1989

55. Wilbur C.S., Hartwell T.D., Piserdia P.V., *The Johnson and Johnson LIVE FOR LIFE Program: Its Organization and Evaluation Plan*, w: Cataldo M.F. Coates T.J. (eds), *Health and Industry. Behavioral Medicine Perspective*, John Wiley and Sons, New York 1986

56. World Health Organization, *Health Promotion: a Discussion Document on the Concept and Principles*, World Health Organization, Copenhagen 1984

57. Wynne R., *Innovative Work Place Actions for Health: an Overview of the Situation in Seven EC Countries*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Work Research Centre, Dublin 1990

58. Wynne R., *Workplace Action for Health: a Selective Review and a Frame-work for Analysis*, Work Research Centre, Dublin 1989