

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/305789707>

Problem palenia tytoniu w przedsiębiorstwach. Obszary zastosowań socjologii

Chapter · January 2008

CITATIONS

0

READS

60

1 author:



[Krzysztof Puchalski](#)

Instytut Medycyny Pracy im prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine in Łódź, Poland

65 PUBLICATIONS 132 CITATIONS

SEE PROFILE

Tekst opublikowany w: **W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.). (2008). Socjologia i antropologia medycyny w działaniu. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum (s. 133-161)**

Krzysztof Puchalski

Problem palenia tytoniu w przedsiębiorstwach. Obszary zastosowań socjologii

Wprowadzenie.

Odkąd tytoń pojawił się w Europie, na przestrzeni wieków wielokrotnie zmieniał swoje znaczenia kulturowe (Ostrowska 1999). Jego palenie uchodziło pierwotnie za zachowanie pożądane i dodające uroku. Ale w latach 60. minionego stulecia oficjalnie uznane zostało za poważny **problem** społeczny – poważny, bo poprzez duże rozpowszechnienie zwyczaju palenia, powodujący uzależnienie i choroby dużej części populacji. Lekarze, wcześniej prezentujący w reklamach zalety palonego tytoniu (Sheridan, Radmacher 1998), radykalnie zaczęli zmieniać swój stosunek do niego. Niewątpliwie pod wpływem ich działań pod koniec lat 70. ubiegłego stulecia w krajach wysokorozwiniętych załamały się trendy wzrastającej konsumpcji tytoniu (*Tobacco smoking* 1986). W Polsce podobne procesy ujawniły się w początkach lat 80. (okres kryzysu ekonomicznego i społecznego), kiedy wskaźnik częstości palenia wśród mężczyzn przewyższał 60%.

Jest interesujące, że wraz z postępującym spadkiem liczby osób palących tytoń w Polsce¹ problematyka palenia mobilizuje coraz więcej energii społecznej i zajmuje coraz więcej miejsca w przestrzeni publicznej – coraz częściej pojawia się w mediach, dyskusjach politycznych oraz potocznych, przekazach marketingowych, ofercie rynku towarów i usług, rozwiązaniach organizacyjnych, różnorodnych działaniach profesjonalnych. Coraz więcej aktywności skierowanej zostaje i koncentruje się wokół **walki z paleniem**. I chociaż spotyka się wyjaśnienia, że to właśnie działania ukierunkowane na ograniczenie konsumpcji tytoniu generują jej spadek, to nikt nie przedstawił rzetelnych dowodów pozwalających stwierdzić, **które z nich spowodowały** (w sensie przyczynowo-skutkowym), że coraz mniej dorosłych osób sięga po papierosa i coraz więcej trwale rezygnuje z palenia. Może być również tak, że to kulturowo już ugruntowane procesy spadku konsumpcji tytoniu napędzają wiele inicjatyw antytytoniowych, które dopiero na ich tle mają szansę szerzej zaistnieć w społecznej praktyce, a liczne działania zwolenników walki z paleniem *de facto* nie mają już znaczącego wpływu na rozmiar i dynamikę zjawiska. Pośrednio może o tym świadczyć wysoki (i miejscami wzrastający) odsetek palących kobiet i młodzieży – do której od lat adresowanych jest chyba najwięcej spośród celowych komunikatów, akcji oraz kampanii antytytoniowych². I niezależnie od tego, które wyjaśnienie wydaje się nam bliższe, w kręgach profesjonalnie zajmujących się redukcją palenia (poza tymi bez reszty owładniętymi misją „walki z nałogiem”) pojawiają się wątpliwości co do niektórych powszechnie realizowanych sposobów działania (zwłaszcza co do

¹ Np. w minionej dekadzie odsetek osób palących tytoń w populacji polskiej spadł z 38% w 1995 r. do 30% w 2005 r. Zmniejszyła się również średnia liczba wypalanych papierosów. Wśród niepalących z 32% do 39% wzrósł odsetek tych, którzy porzucili palenie. (Diagnoza 2005).

² Wg danych z *Diagnozy Społecznej 2005* pomiędzy latami 2000 i 2003 oraz 2003 i 2005 spadał wśród ogółu społeczeństwa odsetek osób palących tytoń, podczas gdy w kategorii wiekowej do 24 lat w pierwszym okresie wzrósł o 4,8 pkt. proc., natomiast w kolejnym o 3,7 pkt. Jeżeli gdziekolwiek pojawiał się minimalny wzrost częstości palenia, to w żadnej innej grupie (wyróżnionej ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i dochód) – z wyjątkiem uczniów i studentów (mieszczących się w poprzednio przywołanej kategorii wiekowej) – nie odnotowano tak znaczącego przyrostu. Na wzrastające rozpowszechnienie palenia w młodszych grupach wiekowych wskazują inne badania (np. Ostaszewski 2003)

zasadności priorytetu tworzenia i upowszechniania coraz to nowych komunikatów o szkodliwości palenia dla zdrowia).

Jednym z kontekstów społecznych, w przypadku których mówi się o szczególnym znaczeniu zjawisk palenia tytoniu, są **zakłady pracy**. Ich pracownicy, zwłaszcza w sektorze prywatnym, są w naszym kraju grupą o jednym z najwyższych wskaźników częstości palenia (obok bezrobotnych, innych biernych zawodowo i przedsiębiorców)³. Z wielu innych powodów, o których będzie mowa dalej, do przedsiębiorstw skierowane zostały różne obligacje prawne związane z paleniem tytoniu, działania wynikające z programów polityki zdrowotnej państwa, usługi antytytoniowe oferowane przez różnorodne podmioty. I o ile dla badacza społecznego rzeczą zrozumiałą może być fakt, że polskie przedsiębiorstwa omijają zalecenia prawne i nie reagują na zapisy impotentnej – bo pozbawionej skutecznych mechanizmów oddziaływania – polityki zdrowotnej w Polsce (*vide* Narodowy Program Zdrowia), to rzeczą niewątpliwie interesującą jest inne zjawisko. Otóż w początkach dekady co najmniej kilka profesjonalnych podmiotów⁴ (wśród nich był jeden z największych światowych koncernów farmaceutycznych) przygotowało specjalnie dla przedsiębiorstw (na bardzo wysokim poziomie merytorycznym i marketingowym) programy usług służących redukcji zjawiska palenia tytoniu wśród personelu. Wszystkie te inicjatywy, mimo znacznego zaangażowania ich autorów, zakończyły się niepowodzeniem.

Artykuł, pisany w perspektywie socjologii promocji zdrowia, stawia sobie za cel poszukiwanie wyjaśnienia, dlaczego liczne inicjatywy antytytoniowe adresowane do zakładów pracy nie odnoszą oczekiwanego efektu. To próba poszukiwania odpowiedzi na pytanie – dlaczego przedsiębiorstwa w Polsce nie angażują się powszechnie w ograniczanie palenia wśród swoich pracowników, choć może wydawać się, że jest wiele powodów, by to czyniły. W tle tych

³ Wg danych GUS (2006) wśród aktywnych zawodowo pali 39%, podczas gdy wśród biernych 21%. Z kolei wg danych z *Diagnozy Społecznej 2005* pali 39% pracowników sektora prywatnego i 29% publicznego.

⁴ Celowo pomijam tu ich nazwy oraz nazwy i opisy ich projektów.

zagadnień pojawi się również refleksja nad miejscem, jakie w problematyce palenia tytoniu może zajmować socjologia.

Upoważnieniem do napisania tego tekstu jest wieloletnie zaangażowanie autora w projekty wdrożeniowe i konsultacje związane z uwalnianiem zakładów pracy od dymu tytoniowego (i szerzej: promocji zdrowia w przedsiębiorstwach) – na poziomie międzynarodowym, krajowym, regionalnym, poszczególnych organizacji (Korzeniowska, Puchalski 2002) oraz w liczne badania i analizy aktywności przedsiębiorstw w tym zakresie i jej uwarunkowań (m.in. Puchalski, Korzeniowska 2001, 2007).

Palenie tytoniu jako zjawisko społeczne.

Mówiąc o paleniu tytoniu i związanych z nim zjawiskach chcę odróżnić dwa spojrzenia socjologii na ów przedmiot: (1) opisowe i (2) ocenno-normatywne.

W ujęciu opisowym palenie tytoniu to jedno z wielu „normalnych” zjawisk **społecznych**, podobne do przedstawionego przez Anthony Giddensa (2005) picia kawy – z całą towarzyszącą mu kulturową otoczką znaczeń, wzorów zachowań, społecznych wyborów, funkcji, przyczyn, uwarunkowań i konsekwencji.

Po pierwsze, palenie to **czynność** lub **działanie**, zazwyczaj wielokrotnie w ciągu dnia podejmowane przez blisko 1/3 naszego społeczeństwa – prawie 40% mężczyzn i ponad 20% kobiet (GUS 2006, Diagnoza 2005). Dla wielu osób to bezrefleksyjna forma doznawania albo celowego poszukiwania przyjemności, odprężenia lub pobudzenia. To sposób zaspokojenia fizjologicznego „głodu” nikotyny lub, w odczuciu licznych palaczy tytoniu, czynność pozwalająca w skuteczny sposób rozładować stres, oderwać się (w społecznie akceptowany sposób – „przerwa na papierosa”) od innych spraw,

zadań i obowiązków. Daje również pretekst do interakcji z innymi palącymi, do zmniejszenia dystansów dzielących ludzi, do nawiązania nowych znajomości. Palenie daje możliwość – co doskonale podchwyciły i wzmacniały reklamy papierosów (zob. Jassem 2000) – manifestowania statusu społecznego (poprzez markę palonych wyrobów), własnej atrakcyjności (także seksualnej), zaprezentowania niezależności, lub odwrotnie – przynależności do grupy. W różnych środowiskach palenie stało się elementem stylu życia oraz formą „bycia razem”. Natomiast dla niektórych osób jest ono osobistym problemem (własne uzależnienie, paląca bliska osoba), któremu poddają się lub z którym próbują sobie poradzić.

Po drugie, palenie to **zdobywanie produktów tytoniowych**. To określona – dla jednych bardziej, dla innych mniej istotna – pozycja w budżecie wydatków, niekiedy minimalizowana dzięki tańszym papierosom pochodzącym z nielegalnych źródeł, nabywanym zazwyczaj w innych miejscach niż oficjalne punkty sprzedaży. W niektórych grupach społecznych tytoń zdobywany jest nie tyle poprzez zakup, ile zbieranie niedopałków z ulicznego chodnika lub publicznych popielniczek, wymuszanie poczęstowania papierosem przez innego z palaczy. Osoby proszące o papierosa lub o pieniądze „na papierosy” są już stałym elementem parkingów przed hipermarketami, dworców kolejowych i miejskich deptaków.

Po trzecie, z paleniem tytoniu wiąże się cały szereg **społecznych norm i regulacji** o różnej sile oddziaływania, stopniu sformalizowania, zróżnicowanym zakresie, dotyczących różnych aspektów zjawiska. To zarówno ulotne mody środowiskowe lub charakterystyczne dla społeczeństwa masowego (np. moda na określoną markę papierosów, palenie w pubie, niepalenie w ogóle), naciski „opinii publicznej” (np. zmniejszająca się społeczna tolerancja dla palenia przez kobiety w ciąży), niepisane obyczaje (np. nie wypada palić w obecności małych dzieci, trudno sprzeciwić się komuś, kto chce zapalić w restauracji przy kieliszku i kawie), jak też regulacje prawne różnej rangi – odnoszące się m.in.

do miejsc, w których obowiązuje zakaz palenia, punktów sprzedaży tytoniu, jego reklamy, roli państwa w obrocie tytoniem, podatków nałożonych na wyroby tytoniowe, dozwolonego składu chemicznego tych wyrobów, niezbędnej informacji dla klienta o produkcie. Unormowaniom towarzyszą oczywiście zjawiska dotyczące ich kształtowania się i stanowienia, społecznej zmienności, akceptacji lub odrzucenia, egzekwowania, radzenia sobie osób, grup i instytucji z wymaganiami i ograniczeniami itp. To także społeczne oczekiwania dotyczące wprowadzenia lub zniesienia takich uregulowań. To również cała sfera społecznych uzasadnień oraz wątpliwości (lub ich braku), związanych z przyjęciem takich lub innych regulacji (np. dotyczących legalności tytoniu w kontekście delegalizacji innych narkotyków, często mniej niebezpiecznych dla zdrowia).

Po czwarte, tytoń to **dział rynku i gospodarki** – dający pracę i zatrudnienie, dochody (dla organizacji rynkowych, indywidualnych osób) oraz wpływy do budżetu państwa. Wiążą się one z uprawą, produkcją wyrobów tytoniowych (i półfabrykatów do ich produkcji), ich marketingiem i reklamą, dystrybucją i sprzedażą (w tych ostatnich aspektach nie bez znaczenia jest obszar „czarnego rynku” i związanej z nim przestępczości). Wraz z postępującym spadkiem rozpowszechnienia palenia na uwagę zasługują działania koncernów tytoniowych na rzecz utrzymania swojej pozycji: początkowo zabiegi polegające na ukrywaniu informacji o działaniu tytoniu na organizm człowieka, później intensyfikowaniu nakładów na rozwój reklamy ich produktów, budowaniu ich publicznego wizerunku jako firm zatroskanych o zdrowie, przenoszenie *targetu* do państw rozwijających się, wsparcie dla nielegalnego obrotu pozwalającego obniżać cenę produktu itp.

Po piąte, to ogromny i rozwijający się obszar działalności skierowanej **przeciwko paleniu** i jego skutkom. Przywołać tu można m.in.: instytucje i badania naukowe z tym związane, wspomniane już regulacje prawne, politykę fiskalną i programy polityki społecznej państwa (którym towarzyszą

rozgrywające się w administracji rządowej spory o wykorzystanie środków – zarówno tych pochodzących z akcyzy na wyroby tytoniowe, jak tych przeznaczanych, lub nie, na zwalczanie zjawiska), polityki samorządowe i organizacyjne (w szkołach, urzędach, przedsiębiorstwach) wobec problemu palenia, różne formy edukacji na temat tytoniu i podejmujące ją instytucje społeczne, pomoc terapeutyczną adresowaną do osób chcących przestać palić. To również cała sfera leczenia chorób powodowanych paleniem. W omawianym obszarze coraz wyraźniej zaznaczają się koncerty farmaceutyczne, które przy pomocy rozbudowanych kampanii marketingowych oferują preparaty służące leczeniu z uzależnienia od nikotyny. Media rozbudzają nadzieje na wykorzystanie neurochirurgii w profilaktyce nałogu i jest bardzo prawdopodobne, że wkrótce odezwie się tu genetyka. Wokół ograniczania palenia organizują się bardziej lub mniej sformalizowane ruchy społeczne (także o zasięgu globalnym, pod szyldem organizacji międzynarodowych i rządów), z mniejszym rozmachem organizują się także przeciwnicy działań antytytoniowych.

Po szóste, palenie to **obszar debaty publicznej**. Nie są to już tylko potoczne spory na temat, kto kogo ogranicza i dyskryminuje w codziennym życiu: palący niepalących, czy odwrotnie – niepalący palących (ten drugi punkt widzenia zaczyna się pojawiać coraz częściej). Problem nabiera nieco większego rozgłosu, gdy lekarze lub politycy – mówiąc o częstszych zachorowaniach, gorszych rokowaniach w terapii i wyższych kosztach opieki zdrowotnej w przypadku osób palących tytoń – chcą obciążyć te osoby dodatkowymi kosztami leczenia, w inny sposób ograniczyć im możliwości opieki medycznej lub w ogóle pozbawić dostępu do nich (Moskal 2007). Tego typu dylematy, jak również wiele innych (np. zakazy palenia w miejscach publicznych, w środkach transportu, zakładach pracy) wychodzą poza gabinety naukowców i polityków, stając się coraz powszechniej podejmowanymi,

omawianymi i diskutowanymi w mediach. Coraz powszechniej samo zjawisko palenia pojawia się jako ważny temat medialny.

W przywołanych debatach publicznych palenie tytoniu prezentowane jest zazwyczaj z drugiego, ocenno-normatywnego punktu widzenia, i ten punkt widzenia przedstawiany jest na ogół jako najważniejszy. Mówiąc o paleniu, mamy teraz na myśli głównie trzy sprawy.

Po pierwsze, to **wysoce negatywna ocena zjawiska**, wynikająca z uznania silnie szkodliwego wpływu dymu tytoniowego na stan zdrowia człowieka palącego (i innych osób za jego pośrednictwem narażonych na dym tytoniowy – tzw. biernych palaczy). Nauki medyczne wskazują tu m.in. dobrze potwierdzony związek palenia z licznymi, zazwyczaj groźnymi dla życia chorobami, wieloma dysfunkcjami organizmu i jego biologicznym uzależnieniem od nikotyny, z obniżoną skutecznością leczenia innych chorób, obniżoną masą i zgonami noworodków narażonych na dym w okresie płodowym, wskazują ponadto na zwiększoną siłę oddziaływania niektórych innych szkodliwych czynników (zwłaszcza rakotwórczych) w sytuacji ich współwystępowania z dymem tytoniowym. Natomiast tylko nieliczne ustalenia, choć są i takie, sugerują jakikolwiek pozytywny wpływ palenia na stan zdrowia człowieka⁵.

Po drugie, to potraktowanie palenia jako jednego z fundamentalnych współczesnych **problemów zdrowia publicznego**. To już nie tylko potencjalnie zły stan zdrowia jednostki, ale poważne choroby (głównie układu naczyniowego i nowotworowe) w skali masowej – obniżające potencjał biologiczny i ekonomiczny (produktywność) społeczeństwa, średnią długość życia jego obywateli, generujące wysokie koszty funkcjonowania systemu opieki medycznej i zabezpieczenia społecznego. Palenie, dotyczące częściej grup nisko sytuowanych w hierarchii wspólnotowej, sprzyja również zjawiskom z obszaru

⁵ Literatura na temat wpływu dymu tytoniowego na stan zdrowia człowieka jest obecnie ogromna i powiększa się dynamicznie. Nie odwołuję się w tym miejscu do żadnych szczegółowych ustaleń, w związku z czym, i z racji powszechnej dostępności tej literatury, pomijam odniesienia bibliograficzne.

patologii społecznych. W takim ujęciu palenie przestaje być tylko problemem zdrowotnym, a staje się również polityczno-gospodarczym (szacuje się, że koszty związane z negatywnymi skutkami palenia w skali społeczeństwa znacząco przewyższają wpływy do budżetów państwowych, pochodzące z akcyzy na wyroby tytoniowe) (Przeciwno epidemii, 2002).

Po trzecie, w obliczu dwóch przywołanych aspektów, omawiane pojęcie zdominowane jest przez uznanie **imperatywu walki z paleniem** tytoniu, zwalczania go w każdej sytuacji, wszelkimi sposobami. Socjolog (zgodnie z klasycznymi koncepcjami socjologii wiedzy) musi zauważyć, że imperatyw ten częstokroć odmiennie funkcjonuje w świadomości określonych osób i grup, pełniących zróżnicowane role w strukturze i instytucjach społecznych, realizujących przeciwstawne cele i interesy, w różny sposób doświadczających zjawisk palenia.

Trzeba odnotować, nie wartościując tego faktu, że w dziedzinach związanych z medycyną i polityką zdrowotną, a także edukacją, promocją zdrowia, pracą z osobami uzależnionymi, i w zdecydowanej większości innych środowisk profesjonalnych zajmujących się problematyką palenia tytoniu dominuje ocenno-normatywne spojrzenie. Owa dominacja nie oznacza tylko większego rozpowszechnienia w tych środowiskach omawianego ujęcia, ile raczej przyjęcie w nich, że jest to jedyny słuszny punkt widzenia i że wszyscy inni też patrzą na palenie (a przynajmniej powinni patrzeć) w taki sam sposób.

Palenie tytoniu w zakładach pracy a polityka zdrowotna

W projektach polityki społecznej i zdrowotnej, ukierunkowanych na ową walkę z paleniem, wśród kluczowych obiektów oddziaływań są zakłady pracy. Zainteresowanie nimi uzasadniane jest trzema kwestiami. Po pierwsze, od 1996 r. są one prawnie zobligowane do ochrony zdrowia niepalących pracowników

przed dymem tytoniowym (*Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych*, Dz. U. 96.10.55 z późn. zm.) i w związku z tym do wprowadzenia oraz respektowania stosownych rozwiązań techniczno-organizacyjnych (*Rozporządzenie ministra pracy i polityki socjalnej w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy z dn. 26 września 1997*, Dz. U. Nr 129, poz. 844) oraz uregulowań zabezpieczających przed ekspozycją na dym. Po drugie, regularnie gromadzą one, w określonej przestrzeni i przez znaczną część doby, duże grupy osób (poddanych kontroli w ramach wymagań i procedur organizacyjnych), w związku z czym mogą być dogodnym terenem dla różnego typu oddziaływań antytytoniowych⁶. Po trzecie, pracownicy w większości reprezentują te grupy wiekowe, w których nie tylko występuje największe rozpowszechnienie palenia⁷, ale również największe ryzyko rozwoju chorób krążeniowych i nowotworowych powiązanych z paleniem. Ponadto w niektórych dziedzinach produkcji i usług są narażeni na czynniki rakotwórcze pochodzące z technologicznego środowiska pracy, które wraz z dymem tytoniowym powodują synergiczne oddziaływanie na stan zdrowia – w związku z czym próby ograniczania zjawiska palenia w tej populacji uzyskują dodatkowe uzasadnienie (zob. Program 2002).

Z przywołanych uzasadnień wynikają cele oraz ideologia (misja) podejmowanych (lub postulowanych) działań antytytoniowych, kierowanych do zakładów pracy. Jest to przede wszystkim (1) skłonienie przedsiębiorstw do respektowania wymagań prawa państwowego dotyczącego ograniczeń swobody palenia (zapewnienia niepalącym pełnego prawa do oddychania powietrzem wolnym od dymu tytoniowego). Ale z racji przywołanych argumentów zdrowotnych jest to również (2) dążenie, by przedsiębiorstwa podejmowały dodatkowe inicjatywy, które nie tylko mają chronić niepalących, lecz również

⁶ W związku z tym polityka zdrowotna kładzie nacisk głównie na duże (i w mniejszym stopniu średnie) zakłady pracy. Małe firmy zwolnione są z niektórych obligacji związanych z paleniem, np. nie dotyczy ich obowiązek urządzenia palarni. Polityką zdrowotną powiązaną z prawem pracy nie są objęci samozatrudniający się.

⁷ Najwyższe wskaźniki częstości palenia występują wśród czterdziesto- i pięćdziesięciolatków (GUS 2006, Diagnoza 2005).

skłaniać palących do ograniczenia palenia lub w ogóle do rezygnacji z niego. Z kolei uzasadnienia natury pragmatycznej są przesłanką, by oczekiwać od firm (co prawda głównie od tych, które zatrudniają liczny personel) nie tylko podjęcia, lecz (3) rozbudowanej i intensywnej aktywności antytytoniowej.

Język polityki zdrowotnej jest oczywiście inny niż ten, jakim posługują się przedsiębiorcy odpowiedzialni za własne organizacje. Stąd w niektórych komunikatach adresowanych bezpośrednio do przedsiębiorstw (np. Jak stworzyć 1999) zwraca się uwagę na fakt, że palenie tytoniu przez personel może zagrażać nie tyle poszczególnym pracownikom lub całemu społeczeństwu, ale efektywnemu funkcjonowaniu **zakładu pracy** (szerzej: Puchalski 2006). Powoduje ono następujące skutki: (1) konieczność sprostania wymaganiom prawnym regulującym zjawisko palenia w miejscu pracy, egzekwowanym m.in. przez Państwową Inspekcję Pracy, (2) obniżenie jakości kapitału ludzkiego poprzez negatywny wpływ składników dymu tytoniowego na stan zdrowia narażonych na niego pracowników (choroby, dolegliwości, dysfunkcje), (3) straty efektywnego czasu pracy i jego dezorganizację (zwiększona absencja palących, przerwy na papierosa), (4) wzrost kosztów zabezpieczenia przeciwpożarowego i ubezpieczeń, (5) wyższe koszty ogrzewania, utrzymania pomieszczeń i sprzętów, (6) zagrożenie dla jakości produkcji (m.in. przemysł spożywczy, kosmetyczny, farmaceutyczny), obsługi klienta oraz publicznego wizerunku firmy, (7) konflikty wśród personelu oraz pomiędzy personelem a osobami funkcyjnymi i zarządem, (8) zagrożenie roszczeniami pracowników w związku z niewypełnieniem przez pracodawcę obowiązków dotyczących ochrony ich zdrowia.

W podsumowaniu tych uwag warto zaakcentować rozróżnienie dwóch poziomów polityk wobec palenia: (1) polityki **makrospołecznej** i (2) polityk **organizacyjnych**.

W polityce makrospołecznej działania mogą być określane zgodnie z dwiema strategiami charakterystycznymi dla promocji zdrowia: (a) populacyjną

lub (b) siedliskową. Strategia populacyjna dążyć będzie do tego, by jak najwięcej przedsiębiorstw (przestrzegając obowiązujące przepisy prawne dotyczące palenia) **udostępniło swój teren i personel** dla różnego typu działań antytytoniowych (wspieranych w polityce zdrowotnej państwa), świadczonych zazwyczaj w formie usług przez podmioty zewnętrzne wobec zakładów pracy. W strategii siedliskowej celem jest natomiast skłonienie jak największej liczby zakładów pracy do **aktywnego** odniesienia się do problemu palenia – uregulowania go w formie wewnętrznej polityki organizacyjnej. W założeniach idzie o to, by polityka taka nie tylko wprowadzała w obszar przedsiębiorstwa (jego infrastruktury lokalowe, kulturę organizacyjną, procedury nadzoru, systemy obiegu informacji, szkoleń, motywowania itp.) zaczerpnięte z prawa państwowego unormowania dotyczące palenia w zakładach pracy, ale również by firmy w swoich wewnętrznych dokumentach jasno wyrażały własny stosunek do palenia (zgodny z prawem, a jeszcze lepiej, idący dalej w redukowaniu zjawiska) oraz określały i konsekwentnie wprowadzały te działania, jakimi chcą ograniczyć palenie (za przyzwoleniem personelu i w sposób przez niego aprobowany) oraz wspierać niepalących pracowników. Mówiąc o politykach organizacyjnych schodzimy zatem na poziom **poszczególnych przedsiębiorstw**. Jednak w praktyce firmy samodzielnie decydują, czy w ogóle, a jeśli tak, to z jakich powodów i jakie kroki podejmą wobec palenia, w jaki sposób, w stosunku do kogo i jakimi siłami będą je realizować oraz co dzięki temu będą chciały osiągnąć.

Aktywność przedsiębiorstw w Polsce wobec palenia tytoniu

Wyniki badań z 2006 r., przeprowadzonych w reprezentacji przedsiębiorstw o zatrudnieniu powyżej 50 osób (N = 611 firm) metodą wywiadu kwestionariuszowego z przedstawicielami ich kadry zarządzającej

(Puchalski, Korzeniowska 2007)⁸ oraz ustalenia z wcześniejszych sondaży, prowadzonych ankietą pocztową w latach 2000 (755 firm tej samej wielkości) (Puchalski, Korzeniowska 2001) i 2001 (215 podobnych firm) sugerują, że wskazane cele (czy raczej dążenia) makrospołecznej polityki zdrowotnej dalekie są od spełnienia w zakładach pracy. Zilustrować to można kilkoma uogólnionymi danymi z 2006 r.

O stopniu zainteresowania firm omawianym zjawiskiem świadczy fakt, że jakiegokolwiek dane na temat liczby palących pracowników posiada zaledwie 17% z nich. Tylko 5% przyznaje, że w minionych kilku latach analizowało konsekwencje, jakie może w nich powodować palenie tytoniu. I chociaż około 85% zakładów podejmowało w tym okresie jakieś działania związane z paleniem, to ich skutkami interesowało się już tylko 7% tej grupy.

Około 15% przedsiębiorstw przyznaje, że w żaden sposób nie próbuje ograniczać zjawiska palenia tytoniu, choć już od ponad dziesięciu lat zakłady pracy są do tego zobligowane ustawą. Wśród pozostałych firm niespełna 1/3 dysponuje zamkniętymi i odpowiednio przygotowanymi palarniami (do których obowiązuje rozporządzenie ministra pracy z 1997 r.), tyle samo w ogóle zabrania palenia w czasie pracy lub wymaga od pracowników wyjścia na papierosa poza pomieszczenia zakładu (ustawa z 1996 r. zabrania palenia w pomieszczeniach innych niż palarnie), a 1/3 wciąż zezwala na niezgodne z prawem palenie w innych pomieszczeniach (szatniach, korytarzach, klatkach schodowych).

Częściej niż co druga firma, która w jakikolwiek sposób próbuje uregulować palenie, czyni to bez wcześniejszych uzgodnień z pracownikami (tylko 15% zasięgnęło w tej sprawie opinii ogółu zatrudnionych). Nieco częściej niż co druga nadaje wprowadzanym regulacjom status formalny (w pozostałych jest to tylko niepisane prawo zwyczajowe). Kadra 40% przedsiębiorstw przyznaje, że pracownicy omijają obowiązujące ich ograniczenia, a tylko w co

⁸ Projekt pt. „Utworzenie ogólnopolskiej sieci zakładów pracy uwalniających się od dymu tytoniowego” (MZ/41/MP/06/312/3734) realizowany w IMP w Łodzi w 2006 r., finansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia (kierownik projektu: Elżbieta Korzeniowska)

drugim zakładzie pracy zarząd deklaruje, że stara się w konsekwentny sposób wyegzekwować ich przestrzeganie.

Obok wprowadzania obowiązujących ograniczeń prawnych firmy podejmują różnego typu ponadobligatoryjne działania skierowane na palenie. Najczęściej są to: restrykcje – upomnienia i nagany za łamanie wewnętrznych reguł i przepisów dotyczących palenia (23%) oraz kary finansowe związane z niedozwolonym paleniem w pracy (10%), a także edukacja – kolportaż materiałów (ulotek, plakatów, poradników) na temat szkodliwości tytoniu (15%) i metod rzucenia palenia (10%) oraz zachęcanie do udziału w popularnych akcjach typu „Rzuć palenie razem z nami” lub „Dzień bez papierosa” (11%). To także indywidualne porady medyczne, zachęcające pracowników do niepalenia (5%) i propagowanie różnych form terapii antytytoniowej dostępnych poza zakładem (3%). Rzadko pracownicy nagradzani są za niepalenie – czy to w formie jednorazowych nagród, czy regularnych gratyfikacji finansowych (niepełna 2%). Jeszcze rzadziej spotyka się sponsorowanie pracownikom zakupu środków farmakologicznych ułatwiających rzucenie palenia, grupowe treningi dla osób chcących rzucić palenie i różne działania angażujące rodziny pracowników (np. konkursy antytytoniowe dla dzieci, festyny dla rodzin).

Mimo, że nie jest możliwe bezpośrednie porównanie przywołanych wyników z ustaleniami badań przeprowadzonych na początku dekady (głównie z powodu zastosowania odmiennych technik), są podstawy by wiarygodnie szacować, że obecnie zdecydowanie zmalała liczba przedsiębiorstw, które edukują pracowników na temat palenia (w to miejsce wzrósł odsetek tych, które mobilizują do niepalenia wprowadzając różne ograniczenia oraz sankcje za ich nieprzestrzeganie). Na niezmiennym poziomie pozostają minimalne odsetki firm, które stymulują abstynencję swojego personelu metodami „pozytywnymi” innymi niż edukacja. Ponadto coraz częściej zakłady pracy ograniczają swoje ogólne zaangażowanie w omawianej dziedzinie (oceniane poprzez liczbę działań realizowanych na rzecz zredukowania konsumpcji tytoniu). I choć coraz

powszechniej starają się przestrzegać obowiązującego prawa państwowego, to i tak na bardzo niskim poziomie i niekonsekwentnie. Tak więc mimo medialnego nagłościenia problemu palenia tytoniu oraz różnorodnych zabiegów skierowanych na jego ograniczenie, brak jest znaczących efektów zarówno w obszarze respektowania prawa w tym zakresie przez przedsiębiorstwa, jak również w sferze podejmowania ponadobligatoryjnych działań służących redukcji palenia. Wiele wskazuje, że w tej ostatniej dziedzinie pojawia się regres.

Teoria rozwoju organizacyjnego

Poszukując przyczyn niezadowalających efektów makrospołecznej polityki antytytoniowej, uzyskiwanych na terenie przedsiębiorstw, należy wspomnieć, że firmy są podmiotami niezależnymi od tej polityki. Działają zazwyczaj zgodnie z logiką gospodarki i realizują własne cele – stąd charakterystyczne dla polityki zdrowotnej idee walki z paleniem, zdrowia publicznego bądź szkodliwego wpływu dymu tytoniowego na zdrowie człowieka są im raczej obce. Obce też są dla nich działania antytytoniowe, jakie na ogół mają im do zaoferowania podmioty tej polityki⁹. Grossmann i Scala (1997), autorzy **teorii rozwoju organizacyjnego** (włączonej w kontekst promocji zdrowia) podkreślają, że „normalna” organizacja (także zakład pracy) będzie **bronić się** przed obcymi dla niej ideami i przed zmianami, których może od niej wymagać przyjęcie tych idei (tutaj m.in. inwestycje w palarnie, obowiązki dla osób funkcyjnych związane z organizacją działań i nadzorem, czas na szkolenia personelu itp.). Firma nastawiona na cele gospodarcze – zysk, poprawę pozycji rynkowej, wzrost produkcji, utrzymanie zatrudnienia itp. –

⁹ Przykładowo, edukacja o szkodliwości palenia – oferowana często przez służbę medycyny pracy oraz inspekcję sanitarną – nie jest traktowana w przedsiębiorstwach jako element doskonalenia zawodowego, rzadko też jako element związany z bezpieczeństwem i higieną pracy, co mogłoby uzasadniać jej realizację w firmach.

broni się przed zgodą na realizację u siebie tych oferowanych jej działań, które są właściwe dla celów zdrowotnych (oferta strategii populacyjnej). Tym bardziej broni się przed podjęciem bardziej rozbudowanej polityki, która jest postrzegana jako element obcy dla jej działalności gospodarczej i jako coś, co wymaga istotnych zmian w rutynie organizacyjnej (oczekiwanie strategii siedliskowej).

Grossmann i Scala sugerują, że organizacje skłonne są wprowadzać u siebie celowe zmiany dopiero pod wpływem pojawienia się w nich **problemów**, traktowanych jako zagrożenie (lub inne wyzwanie) dla ich misji i dobrego funkcjonowania. Skuteczne i trwałe rozwiązanie takich problemów wymaga wprowadzenia innowacji w strukturach i procesach organizacyjnych. Jednak organizacje wykazują zazwyczaj immanentny **opór przed zmianą**. Przywołani autorzy są zdania, że najlepszym sposobem wdrożenia zmian jest metoda projektu innowacyjnego. Projekt ma zrealizować dwa podstawowe cele: (1) rozwiązać zaistniały problem i jednocześnie (2) zbudować wewnątrz organizacji innowacyjną strukturę, która zapobiegnie mechanizmom oporu przed zmianą i powrotowi rutyny organizacyjnej.

Wnioski z teorii rozwoju organizacyjnego są takie, że skuteczne zaangażowanie przedsiębiorstw w realizację działań zmierzających do ograniczenia zjawisk palenia tytoniu – na ich terenie lub wśród ich personelu¹⁰ – wymaga powszechnego spełnienia w nich trzech podstawowych warunków. Pierwszy to zdefiniowanie (wewnątrz struktur decyzyjnych firmy) palenia tytoniu jako istotnego **problemu dotyczącego funkcjonowania organizacji**. Drugim jest jasne określenie, na czym polega ów problem, co będzie jego rozwiązaniem i jakie zmiany są niezbędne dla jego osiągnięcia. Trzeci to przygotowanie i wdrożenie projektu innowacyjnego dokonującego wewnątrz organizacji przeobrażeń strukturalnych (por. Grossmann, Scala 1997). Tak więc sukces makrospołecznej polityki antytytoniowej zależeć będzie w dużym

¹⁰ Są to odmienne cele, wymagające odmiennych rozwiązań i działań (pomijam tu omówienie różnic pomiędzy nimi, konsekwencji przyjęcia każdego z nich, odmiennych metod realizacji itd.).

stopniu od tego, czy poszczególne przedsiębiorstwa uznają palenie za swój problem i czy zbudują wokół niego własne polityki i służące im struktury organizacyjne. Przyjrzyjmy się dalej pierwszemu z przywołanych warunków.

Palenie tytoniu jako problem społeczny

W socjologii problem oznacza zjawisko społeczne (działania, warunki), które przez znaczącą (liczną, wpływową) grupę oceniane jest jako istotne zagrożenie (dla ładu wspólnotowego, kluczowych norm lub wartości, egzystencji poszczególnych ludzi lub zbiorowości), możliwe do opanowania lub uniknięcia oraz wymagające podjęcia działań likwidujących lub ograniczających jego negatywne aspekty. Problemy mogą być analizowane z dwóch perspektyw: (1) zewnętrznej (obiektywizującej) i (2) podmiotowej (subiektywizującej).

Zgodnie z pierwszą, zainteresowaną bardziej samym problematycznym zjawiskiem niż społecznymi reakcjami na to zjawisko, problem istnieje obiektywnie – względnie niezależnie od tego, jak wiele osób uświadamia sobie jego istnienie, co to są za osoby, co o nim myślą i jakie mają wobec niego zamiary. Problemy wymagają działań bez względu na ich społeczny odbiór. Stąd tendencja do rozwiązań wprowadzanych „z zewnątrz” – mniej na mocy decyzji i działań społeczności, której problem dotyczy, ile w oparciu o pogląd, aktywność i władzę eksperta, rządu, reformatora społecznego itp.

Zgodnie z drugą perspektywą, zainteresowaną bardziej działaniami społecznymi wokół problematycznego zjawiska niż samym zjawiskiem, problem pojawia się dopiero wtedy, gdy zostaje dostrzeżony w – i zdefiniowany jako problem dla – społeczności, której dotyczy. To samo zjawisko dla jednych może być, dla innych może nie być problemem, co innego jako problem mogą w nim widzieć jedni, a co innego drudzy. Istotne jest również to, kto definiuje dane zjawisko jako problem – jak silne są wpływy tego podmiotu w społeczności lub

organizacji i czy dzięki swej „społecznej sile” zdoła on wygenerować działania skierowane na rozwiązywanie problemu.

Druga perspektywa powiązana jest w socjologii z teorią „konstrukcjonizmu społecznego” (Moskalewicz, Świątkiewicz 2005). Najogólniej mówiąc, konstrukcjonizm (łączony z Thomasa pojęciem „definicji sytuacji” oraz głośną pracą Bergera i Luckmana *Społeczne tworzenie rzeczywistości*) sprowadzić tutaj można do następujących tez: (1) rzeczywistość społeczna jest wytworem doświadczających jej ludzi, jest przez nich konstruowana – kształtuje się pod wpływem takich interpretacji świata, jakich dokonują aktorzy społecznej sceny, (2) także istnienie problemów społecznych jest efektem społecznej konstrukcji, m. in. uznania realnej obecności jakiegoś zjawiska, oceny jego skali, przyczyn i konsekwencji, ich znaczenia, dokonania jego oceny moralnej, przypisania odpowiedzialności, zaakceptowania potrzeby działania oraz sposobów opanowania problemu itp., (3) konstrukcje te (definicje problemu) są społecznie zróżnicowane oraz zmienne w czasie i przestrzeni społecznej, (4) uznawane definicje problemu w istotnym stopniu decydują o sposobach i efektach działań podejmowanych dla jego opanowania. Zatem to od sposobu zdefiniowania problemu zależą działania, jakie w związku z nim podejmują (lub jakich unikają) poszczególne podmioty społeczne (osoby, grupy, role, instytucje, organizacje). I chociaż problem palenia tytoniu (jak każdy inny) można definiować w sposób „obiektywny”, a następnie próbować przekonać innych do takiej jego definicji, lub starać się narzucić ją innym jako powszechnie obowiązującą, to aby taka definicja przełożyła się na dobrowolne działania poszczególnych podmiotów, powinna zostać przez te podmioty zaakceptowana – ów „obiektywny” problem musi stać się **ich** problemem.

Jak pokazała opisowa analiza zjawiska palenia, jest to rzecz na tyle złożona, że trudno tu mówić o jednoznacznej dla ogółu definicji sytuacji. Czym innym jest problem palenia dla środowisk medycznych (które też są zróżnicowane), czym innym dla koncernów tytoniowych, czym innym dla firm

farmaceutycznych produkujących preparaty nikotynowe zastępujące papierosy (lub inne wspomagające rezygnację z palenia), czym innym dla koneserów tytoniu w obliczu ustawodawstwa zakazującego palenia, czym innym dla stróżów porządku zobowiązanych do egzekwowania tych zakazów, czym innym dla uczonych badających wpływ palenia na zdrowie, czym innym dla ubogich, których nie stać na papierosy, czym innym dla tych, którzy chcą przestać palić, a jeszcze czym innym dla tych osób, które same nie palą a przebywają wśród palących. Jeszcze czymś innym jest dla palącego ministra zdrowia i czymś innym dla pozostałych polityków, którzy mają reagować na problemy społeczne – tylko czyje?

Chociaż w oparciu o przywołane teorie mówimy, że uznanie jakichś aspektów palenia za problem staje się czynnikiem sprzyjającym działaniom (ich podejmowaniu, oczekiwaniu, akceptacji) skierowanym na jego rozwiązanie, sprawa okazuje się bardziej skomplikowana. Otóż owa definicja sytuacji jest konstrukcją złożoną. Badania Jacka Moskalewicza i Grażyny Świątkiewicz (2005) pokazują, że choć w opinii społecznej palenie tytoniu dość powszechnie traktowane jest jako problem, w dodatku rozpowszechniony oraz groźny, to nie jest uznawane za wymagający pilnego rozwiązania. Takiego rozwiązania wymaga natomiast w opinii publicznej zły stan zdrowia ludności. I stosunku do palenia jako problemu nie zmienia fakt, że – jak pokazują inne badania świadomości potocznej – tytoń traktowany jest dość powszechnie jako jedno z najistotniejszych zagrożeń dla zdrowia społeczeństwa. Opinia społeczna odrzuca zatem, wydaje się logiczny wniosek, że opanowanie palenia przyczyniłoby się do rozwiązania pilnego problemu złego zdrowia ludności. Kieruje się zatem własną, specyficzną logiką.

Postrzeganie palenia jako problemu przedsiębiorstwa

Mając świadomość komplikacji, jakie mogą wiązać się z definiowaniem problemów, w zgodzie z teorią konstrukcjonizmu i rozwoju organizacyjnego trzeba postawić pytanie, czy przedsiębiorstwa traktują palenie tytoniu jako problem związany z logiką ich funkcjonowania, czy raczej skłonne są przyjmować zewnętrzne, zmedykalizowane, obiektywizujące punkty widzenia.

Badanie przedsiębiorstw z 2006 r. pokazuje, że motywy, jakimi one uzasadniają swoje działania antytytoniowe, niewiele mają wspólnego z misją podmiotów gospodarczych. Innymi słowy, palenie tytoniu nie jest postrzegane w firmach jako problem związany z istotą ich funkcjonowania. Główne motywy tych działań, wskazywane przez kadrę badanych zakładów (wybrać można było maksymalnie trzy powody) to: troska o zdrowie niepalących pracowników narażonych na wdychanie dymu (57%), troska o bezpieczeństwo związane z zagrożeniem pożarem (55%), przepisy ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (34%), troska o zdrowie palących pracowników (31%) oraz negatywna postawa kierownictwa firmy wobec palenia tytoniu (29%). Dopiero na końcowych pozycjach pod względem częstości wskazań znalazły się: dążenie do ograniczania strat ekonomicznych związanych z paleniem, m.in. skutków zwiększonej absencji palących, przerw na papierosa, obniżonej jakości obsługi klienta (14%) oraz dążenie do wykorzystania działań antytytoniowych w budowaniu publicznego wizerunku firmy (2%). Podobne wyniki uzyskane zostały we wcześniejszych sondażach. Wówczas motywy dotyczące działalności gospodarczej także przywoływane były najrzadziej, choć nieco częściej niż obecnie (Puchalski, Korzeniowska 2001).

W tym kontekście można przyjąć tezę, że w zdecydowanej większości przedsiębiorstw problem palenia tytoniu **nie istnieje**, bo nie ma w nich wpływowych aktorów, którzy zjawisko palenia w firmie definiują w kategoriach

problemu **organizacji** – związanego z istotą jej funkcjonowania. Palenie jest postrzegane jako problem, ale problem zewnętrzny wobec zakładu, **obcy** – bo dotyczący zdrowia (lub bezpieczeństwa bądź porządku prawnego), a nie przedsiębiorstwa, jego ekonomiki lub innych spraw ważnych dla życia firmy.

Interesujące jest, że kadra badanych firm powszechnie prezentuje siebie jako zwolenników rozwiązania tego obcego dla nich problemu. Ale poza sobą raczej nie dostrzega w przedsiębiorstwach innych podmiotów tym zainteresowanych. W 2006 r. tylko 30% respondentów wskazało, że w ich zakładach jedną z trzech grup optywujących za rozwiązaniem kwestii palenia mogą być niepalący pracownicy, a tylko po kilka procent wskazywało w tej roli związki zawodowe bądź personel medyczny współpracujący z firmami. Taka postawa kadry zarządzającej to chyba jednak głównie element budowania własnego wizerunku, bo podobny mechanizm prezentacji siebie i pomijania innych ujawnił się jako charakterystyczny również dla innych grup w zakładach pracy, pochodzących spoza zarządu (Puchalski, Korzeniowska 2001).

Palenie w zakładach pracy nie jest postrzegane jako problem przez zewnętrzne wobec firm instytucje, które są uprawnione do ich kontroli (np. PIP, PIS, straż pożarną). Częściej niż co drugie przedsiębiorstwo przyznaje, że w minionych dwóch latach było kontrolowane przez takie instytucje. Natomiast uwagi dotyczące problemu palenia zgłaszane były zaledwie w co setnej kontrolowanej firmie, co może dziwić z uwagi na daleko niezadowalające wywiązywanie się przedsiębiorstw z obligacji prawnych w tym zakresie (Puchalski, Korzeniowska 2007).

Problem palenia tytoniu w socjologicznej próżni

Gdy Stefan Nowak w epoce realnego socjalizmu analizował wartości oraz struktury społeczne, z którymi w Polsce identyfikują się obywatele, ujawnił

zjawisko „socjologicznej próżni”. Owa próżnia to obszar niezagospodarowanej przestrzeni społecznej, jaki wystąpił pomiędzy sferą wartości związanych z makrostrukturą społeczną (naród – ale nie państwo), a sferą wartości osobistych i bezpośrednich relacji międzyludzkich (rodzina, kręgi przyjaciół). Skutkiem takiej polaryzacji, odzwierciedlonej w identyfikacji grupowej, tożsamości, podejmowanych działaniach, był niedorozwój życia wspólnotowego w strukturach średniego szczebla (społecznościach lokalnych, zakładach pracy) – czy w ogóle brak tego typu zjawisk, procesów, instytucji i struktur, które współcześnie określa się jako „społeczeństwo obywatelskie”. Wydaje się, że pojęcie socjologicznej próżni ma wiele wspólnego z opisywanymi tu aspektami problemu palenia w zakładach pracy. Nie odnosi się, co prawda, do tych samych obiektów, o których pisał Nowak, ale do podobnego **mechanizmu** w świadomości zbiorowej, w działaniach osób i organizacji, w instytucjach społecznych. Wskazać można kilka przenikających się wzajemnie przejawów takiej próżni, związanych z problemem palenia w przedsiębiorstwach.

Po pierwsze, co wydaje się najbliższe oryginalnemu pojęciu, w **świadomości kadry** przedsiębiorstw, decydującej o działaniach podejmowanych w organizacjach, powstaje próżnia pomiędzy zmedykalizowanym¹¹ (zarazem jednostkowym) a polityczno-prawnym (i jednocześnie makrospołecznym) spojrzeniem na kwestie palenia.

Zmedykalizowany punkt widzenia sprowadza konsumpcję tytoniu do problemu jego wpływu na zdrowie jednostki. Jednostkę czyni odpowiedzialną za jego używanie i na nią przerzuca odpowiedzialność za zaprzestanie palenia, choć jednocześnie uznaje jej słabość w tym względzie. Działania traktowane jako rozwiązujące problem (oparte na racjonalno-behawiorystycznej koncepcji człowieka i paternalistycznym stosunku do niego) polegają tu na mobilizacji

¹¹ Używam tu pojęcia medykalizacji w jej najbardziej ogólnym znaczeniu, obejmującym przenikanie (czy więcej – ekspansję) punktów widzenia (wartości, kryteriów ocen, działań itp.) charakterystycznych dla medycyny w niemedyczne dziedziny życia, przy społecznym przyzwoleniu na to zjawisko. W problematyce palenia tytoniu zjawisko powszechnej akceptacji medycznych opcji wydaje się trudne do zanegowania.

poszczególnych osób do abstynencji tytoniowej, osiąganey głównie dzięki ich edukowaniu o szkodliwości dymu papierosowego oraz zakazywaniu palenia. Motywacja przedsiębiorców do prowadzenia działań antytytoniowych wynika głównie z pobudek moralnych – są one podejmowane dla dobra pracowników, w trosce o ich zdrowie.

Na drugim biegunie palenie w zakładzie pracy traktowane jest jako problem **polityczno-prawny**, dotyczący oczekiwań i uregulowań makrosystemowych. Przedsiębiorstwa podporządkowują się tym wymaganiom z pobudek legalistycznych (motywacja „do”) lub by nie narażać się na sankcje prawne (motywacja „od”). Działania uznawane za rozwiązujące problem polegają tylko na wprowadzeniu określonych przepisów prawa państwowego na teren przedsiębiorstwa (a już znacznie rzadziej na egzekwowaniu ich przestrzegania). Jest to realizacja zewnętrznych norm, narzuconych organizacji, stąd zazwyczaj brak głębszego zainteresowania pracodawców przebiegiem i efektami tych działań.

W myśleniu pracodawców i kadry firm brakuje refleksji, w której zwraca się uwagę na palenie jako zjawisko rozgrywające się pomiędzy tymi dwoma biegunami – nie tyle w sferze wyborów jednostki lub systemu prawnego, co w obszarze przedsiębiorstwa. Brakuje pogłębionego namysłu, jak palenie wpływa na funkcjonowanie firmy (relacje międzyludzkie, wizerunek publiczny, produktywność, koszty działalności itd.), jak może być w niej kształtowane (m.in. w ramach wewnątrzorganizacyjnych rozstrzygnięć, procedur, polityk, metod zarządzania) i że jest to obszar **odpowiedzialności pracodawcy**. Przywoływane wyniki pokazywały, że kadra firm nie jest zainteresowana ani skalą palenia w ich organizacjach, ani konsekwencjami tych zjawisk. Nie zauważa tych konsekwencji (bo nie dokonuje ich pomiarów i ocen – mechanizm „błędneho koła”) i nie doświadcza ich bezpośrednio (np. jakiegokolwiek konfliktu na tle palenia ujawniały się rzadziej niż w co dziesiątej badanej firmie).

Ten aspekt omawianej próżni odnosi się również do sposobów ujmowania palenia przez świat nauki. Bada on zjawiska i wypracowuje metody oddziaływań antytytoniowych na poziomie jednostki lub ogółu społeczeństwa, natomiast rzadko podejmuje te zagadnienia w skali organizacji. Próżnia w specyficzny sposób odnosi się do socjologii. Paleniem zajmuje się głównie medycyna i psychologia (poziom jednostkowy) lub polityka i marketing społeczny (poziom makrosystemowy), natomiast socjologia jest pomiędzy nimi praktycznie nieobecna.

Kolejnym przejawem socjologicznej próżni jest luka pomiędzy **instytucjonalnymi rozwiązaniami** właściwymi dla sektora pracy i dla sektora zdrowia, które w odniesieniu do problemu palenia w przedsiębiorstwach nie wytworzyły praktycznie żadnych mechanizmów współdziałania.

Tak jest już w obszarze legislacji państwowej, gdzie ustawa dotycząca polityki zdrowotnej zakazuje palenia w pomieszczeniach zakładów pracy, podczas gdy rozporządzenie ministra pracy, wydane w oparciu o inną ustawę, nakazuje średnim i dużym firmom utworzenie pomieszczeń do palenia¹². W poszczególnych sytuacjach spornych przedsiębiorstwa rozliczane są przez kontrolujące je organy oraz przez sądy głównie z przestrzegania prawa pracy, a nie realizacji idei polityki zdrowotnej (zob. Jackowska 2004) – choć, jak pokazały omawiane badania firm, w szerokiej skali praktycznie nie są rozliczane (w związku z czym pracodawcy nie doświadczają istnienia problemu). Palenie, traktowane w instytucjach ochrony pracy jako problem zdrowotny, wypychane jest poza obszar ich uwagi¹³. Generalnie brak jest znaczących uregulowań systemowych adresowanych do przedsiębiorstw (mechanizmów podatkowych, ubezpieczeniowych), które by mogły zachęcać pracodawców nie tylko do

¹² W komentarzach ekspertów do tych niespójnych aktów prawnych spotyka się różne, często odmienne ich interpretacje.

¹³ Wydają się to potwierdzać dyskusje prowadzone przez autora (nie opracowane w systematyczny sposób) z licznymi przedstawicielami PIP, kontrolującymi zakłady pracy.

dostrzeżenia i rozwiązywania problemów palenia, lecz w ogóle do zwiększonej troski o zdrowie personelu (Korzeniowska 2006).

Podobna próżnia pomiędzy instytucjami zdrowia i pracy dotyczy ról zawodowych. Profesje medyczne (ochrony zdrowia), które potencjalnie są zainteresowane działaniami na rzecz redukcji palenia, próbują je realizować i w jakimś zakresie są do tego przygotowane¹⁴, zazwyczaj ulokowane są na marginesie lub w ogóle poza strukturami przedsiębiorstw, w związku z czym nie mają większego wpływu na podejmowane w nich działania¹⁵. Z kolei profesje z obszaru bezpieczeństwa i higieny pracy (ochrony pracy), które działają w strukturach zakładów i w oparciu o prawo pracy, generalnie mało są zainteresowane omawianym problemem i nie są przygotowane do jego rozwiązywania¹⁶. Brakuje wspólnych dla obu sektorów zinstytucjonalizowanych koncepcji, ról zawodowych oraz struktur je realizujących. Jeżeli jeden sektor koncentruje się wokół „profilaktyki medycznej”, „edukacji zdrowotnej” i „promocji zdrowia”, to drugi wokół „bezpieczeństwa pracy”, „zarządzania bezpieczeństwem i środowiskiem”, „oceny ryzyka” – przy czym bezpieczeństwo i ryzyko odnoszone jest głównie do szeroko pojętych warunków i rozwiązań technologicznych, natomiast bardzo rzadko do czynników psychospołeczno-organizacyjnych, do których *de facto* sprowadzają się zjawiska palenia w zakładach pracy.

Socjologiczna próżnia powstaje również pomiędzy **ideologią a praktyką zarządzania** w przedsiębiorstwach. Ma ona dwa aspekty. Pierwszy polega na tym, że problemy traktowane jako dotyczące zdrowia nie są włączane do obszaru praktyki zarządzania firmą, choć teoria zarządzania jest na to otwarta.

¹⁴ Przygotowanie to, w szerokiej skali, najczęściej ogranicza się do wiedzy na temat wpływu dymu tytoniowego na zdrowie oraz do umiejętności prowadzenia tzw. minimalnej interwencji lekarskiej, wykorzystującej autorytet lekarza dla wzmocnienia siły perswazyjnej udzielanej pacjentowi (pracownikowi) porady, by zaprzestał palenia.

¹⁵ Tym m.in. można tłumaczyć „sfrustrowany” pogląd personelu służby medycyny pracy – ok. 50% lekarzy tej specjalności i ok. 80% pielęgniarek uważa, że przedsiębiorstwa powinny zostać **zobligowane** do promocji zdrowia swoich pracowników (Postawy pielęgniarek 2006).

¹⁶ Można zaryzykować tezę, że tutaj profesjonalne kompetencje dotyczące problemu palenia tytoniu koncentrują się zazwyczaj na działaniach związanych z respektowaniem wprowadzonych w firmie zakazów palenia.

Drugi to dominacja w zakładach pracy takich metod zarządczych (przynajmniej w sferze zjawisk palenia), które niewiele mają wspólnego ze współczesnymi koncepcjami zarządzania.

Takie idee jak klasyczna już „humanizacja pracy” czy nowsze „inwestowanie w kapitał ludzki”, „zarządzanie poprzez jakość”, „podtrzymywanie zdolności do pracy”, „społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstw” (Rok 2004, Wojtaszczyk 2006) – by mniej mówić o samej „promocji zdrowia”, a powiązać ją z koncepcjami właściwymi dla sektora pracy (np. *Health* 2006) – pozwalają potraktować inwestycje w zdrowie personelu (także dotyczące palenia tytoniu – zgodnie z dominującymi definicjami tego problemu) jako ważny czynnik rozwoju rynkowego firmy. Tym samym skłaniają, by sprawy związane z tytoniem ujmować tam w kategoriach „zarządzania problemem palenia”. Idee te generalnie opierają się na „całościowym” podejściu do problemów i wykorzystują metodologię projektową, planują cele oraz monitorują jakość i efekty podjętych działań, odwołują się zazwyczaj do takich metod wywierania wpływu, które służą rozwojowi osobistemu pracowników. Ale praktyka pokazuje, że do rzadkości należą firmy, które wykorzystują tego typu idee zarządzania w regulowaniu u siebie zjawisk palenia. Przywołane badania przedsiębiorstw ukazały, że dominującym sposobem działania w tym obszarze są restrykcje, fragmentaryczne akcje edukacyjne, brak konsekwencji, monitoringu, analiz, planowania. Kadra zakładów pracy zazwyczaj jest przekonana, że wystarczy wprowadzić jakąś formę zakazu palenia i problem zostanie rozwiązany. Podczas gdy w odniesieniu do innych sfer funkcjonowania firmy można częściej spotkać się z zastosowaniem teorii zarządzania, to w odniesieniu do palenia stosowane są najprostsze, zdroworozsądkowe, rutynowe metody. Istnieje zatem poważna luka pomiędzy tym, co może zaoferować teoria zarządzania, a tym, co praktycznie realizowane jest w próbach opanowania zjawisk palenia.

Jednostka/społeczeństwo, medycyna/polityka, zdrowie/praca, moralność/biznes, teoria/praktyka to tylko niektóre aspekty opozycyjnych biegunów przestrzeni społecznej, pomiędzy którymi brakuje wypełnienia, pomiędzy którymi tworzy się wspomniana próżnia. To ona sprawia, że nawet gdy w przedsiębiorstwie zjawiska palenia zdefiniowane zostaną jako istotny problem, nie znajduje on w tej organizacji (i jej otoczeniu) **społecznego zakorzenienia**: w społecznej świadomości, ideach, normach, instytucjach, rolach, wzorach zachowań *etc.* Organizacja uruchamia mechanizmy obrony przed zmianą, bo ów stan próżni, jako ugruntowany społecznie, jest dla niej stanem „naturalnym”.

Podsumowanie. Palenie tytoniu a socjologia

Przedstawiona skrótowo charakterystyka zjawisk palenia tytoniu – tak w skali ogólnej, jak w odniesieniu do przedsiębiorstw – ukazuje ogromne możliwości dla podejmowania interesujących penetracji socjologicznych. Pojawia się jednak pytanie, czy socjologia ma tylko opisywać i wyjaśniać te zjawiska, czy może również próbować wpływać na nie. A może, z uwagi na prawie bezdyskusyjnie uznaną szkodliwość palenia tytoniu i społeczną cenność zdrowia, powinna zaangażować się w przywołaną wcześniej walkę z paleniem?

Problematyka palenia tytoniu, jeżeli już pojawia się w socjologicznej refleksji, to zazwyczaj w obszarze socjologii medycyny, w socjologizujących nurtach polityki zdrowotnej oraz promocji zdrowia. A tutaj, obok klasycznej *sociology of medicine* i relatywnie nowej *sociology of health promotion* – opisujących medycynę lub promocję zdrowia jak każdą inną instytucję społeczną (a zjawiska, którymi się one zajmują, jak każde inne zjawiska badane przez socjologię) – funkcjonują, i niewątpliwie dominują, perspektywy nastawione na praktyczną użyteczność: *sociology in medicine* i *sociology for*

health promotion (Nettleton, Bunton 1995; Piątkowski 2002). Te ostatnie **podporządkowują** swoje prace wartościom wyznaczonym w medycynie lub – już nie socjologizującej, ale zmedykalizowanej (Puchalski 2005) – promocji zdrowia. Zatem kwestią do rozważenia może być nie tyle samo praktyczne wykorzystanie socjologii¹⁷, co **cel i sposób** tego wykorzystania, zwłaszcza w relacji do oczekiwań medycyny.

Medycyna (wraz z pracującymi dla niej dziedzinami) odegrała fundamentalną rolę w uczynieniu konsumpcji tytoniu problemem społecznym. Problemem doniosłym – w znaczeniu obiektywnym, bo wpływającym na biologiczne podstawy bytu społeczeństwa – i problemem społecznie dostrzeganym. Było to możliwe dzięki powiązaniu zjawisk palenia ze zdrowiem, uchodzącym w społeczeństwie za jedną z naczelnych wartości. Ale taka bezwzględnie wysoka pozycja zdrowia jako wartości, choć dobrze „sprzedaje się” medialnie, ma w świadomości społecznej charakter głównie deklaracyjny i jest efektem wielu dokonywanych w niej uogólnień oraz abstrakcji. Jeżeli na życie społeczne spojrzymy bardziej konkretnie, przez pryzmat jego **zróżnicowanych kontekstów**, jak proponuje Piotr Sztompka (2002), to okaże się, że w wielu z nich zdrowie schodzi zdecydowanie na plan dalszy. Tak jest m.in. w kontekście pracy, gdzie dla większości osób znacznie ważniejsze stają się inne wartości (Korzeniowska 2004). Ludzie w wielu sytuacjach codziennego życia w ogóle nie myślą o zdrowiu i nie interesują się, nie przejmują się, nie emocjonują się ani nie widzą innych powodów, by właśnie

¹⁷ Podział pomiędzy poznawczą i praktyczną funkcją socjologii jest raczej umowny, bo budowana w niej wiedza, przedostając się do społecznej świadomości, zmienia sposoby myślenia społeczeństwa, zwłaszcza o sobie samym. W związku z tym socjologia jest **jednocześnie**: narzędziem budowania wiedzy naukowej pozwalającej spojrzeć na społeczeństwo „z zewnątrz”, przesłanką dla **ciągłego redefiniowania tożsamości społecznej** (dzięki tej cesze społeczeństwa, którą Anthony Giddens nazywa „refleksyjnością społeczną”), jak również technologią zmiany. Do głównych zadań tej dyscypliny należy przecież (a) odkrywanie wieloaspektowości i współzależności zjawisk społecznych oraz różnorodności perspektyw, z których można je przedstawiać, (b) emancypacja społeczeństwa poprzez demaskowanie wielorakich mitów i skrywanych założeń na temat życia wspólnotowego, jakie uznawane są przez jego różnorodne podmioty (także badających je socjologów) oraz wspieranie otwartego dialogu pomiędzy aktorami społecznej sceny, (c) tworzenie narzędzi (technologii społecznych, teorii) i przesłanek (diagnoz, prognoz) do celowego wykorzystania w próbach opanowywania problemów życia społecznego.

zdrowie traktować w sposób priorytetowy – choć zapytani w tym samym czasie o wartość zdrowia skłonni będą przyznać mu najwyższą ocenę. Można zatem zaryzykować tezę, że oparcie się na medycznej definicji problemu palenia tytoniu (tzn. traktującej je jako zagrożenie dla zdrowia), i uznanie tej definicji za jedynie właściwą w **każdym** kontekście społecznym i w każdej sytuacji – przy możliwościach innego zdefiniowania tego problemu w odniesieniu do przedsiębiorstw (tzn. w aspekcie wartości związanych z funkcjonowaniem podmiotów rynkowych oraz osób w organizacjach) – jest obecnie tym czynnikiem, który wzmacnia zjawiska opisane wcześniej jako socjologiczna próżnia. Tym samym ogranicza możliwości osiągnięcia celów przyjmowanych w założeniach siedliskowej polityki zdrowotnej.

Socjologia zdrowia, akceptująca takie cele, ma wiele do zrobienia w problematyce palenia tytoniu. Spójrzmy na trzy sprawy, które wydają się szczególnie istotne.

Pierwsza wiąże się z jej tożsamością i potrzebą przełamania tradycyjnego podziału na socjologię „o” i „dla” medycyny. Otóż wraz z rozwojem promocji zdrowia (akcentującej wykorzystanie nauki w praktyce społecznej) omawiana subdyscyplina znalazła się w sytuacji podobnej do zjawisk **anomii**, opisywanych wiele lat temu przez Roberta Mertona. Akceptując generalne wartości i cele medycyny oraz promocji zdrowia socjologia nie może, chcąc być skuteczną w ich osiągnięciu, bezkrytycznie akceptować norm i reguł działania właściwych dziedzinom medycznym¹⁸. Drogą do tego może być – używając języka teorii anomii – innowacja (akceptacja dotychczasowych wartości a poszukiwanie nowych sposobów skutecznego ich osiągnięcia) lub bunt (zapropozowanie nowych wartości i nowych, dostosowanych do nich, dróg ich realizacji). Dlatego nieodłącznym elementem socjologii „dla” powinny stać się

¹⁸ Przykładem może tu być przywoływana „walka z paleniem”, która szuka „przeciwnika” i rzadko interesuje się jego racjami, rzadko liczy się z możliwymi „ofiarami” podjętych działań. Logika walki nie sprzyja rzetelnej i pogłębionej refleksji, ucieka się do łatwo dostępnych a nie zawsze dobrych narzędzi, powoduje zaślepienie, które osłabia skuteczność i skłania, by rekompensować to determinacją. Walka gubi związany z istotą nauki obiektywizm i wyważenie racji, podporządkowuje te wartości własnym celom.

analizy typu „o” – by, w trosce o osiągnięcie wartości wspólnych z medycyną (lub nieco zmodyfikowanych), odnajdywać te zagrożenia, jakie niesie nadmierne podporządkowanie się medycznemu punktowi widzenia, w tym uznanie bezwzględnego aksjologicznego prymatu zdrowia rozumianego jako brak choroby. Idzie zatem o refleksję, która pozwoli socjologom spojrzeć z zewnątrz na to, co dzieje się wokół walki z paleniem i na samych siebie wobec tej walki. Stąd rodzi się potrzeba analiz prowadzonych w nurcie „socjologii krytycznej”.

Drugi obszar zadań socjologii to odkrywanie różnorodnych perspektyw widzenia zjawisk palenia tytoniu, odsłanianie zróżnicowanych, a zwłaszcza odmiennych jego aspektów niż te, które są eksponowane w dominujących jego ujęciach. Nie idzie przy tym o spekulatywne przeciwstawianie się medycznym dążeniom, ile o wnikliwe analizy empiryczne ukazujące (1) **znaczenia**, jakie zróżnicowani aktorzy przyznają paleniu tytoniu w różnych kontekstach społecznych i (2) **funkcje**, jakie te zjawiska wypełniają w ich życiu oraz w procesach i strukturach grup, społeczności, organizacji¹⁹. Takie analizy nie należą już do nurtu socjologicznej krytyki. Służą odkrywaniu tych aspektów badanych zjawisk, które mogą wpływać na formułowane cele działań wobec palenia, które stanowią uwarunkowania adekwatności i przebiegu tych działań, pomagają prognozować szanse ich powodzenia. Z wiedzy tego typu mogą korzystać socjotechnicy, przygotowujący swoje kampanie marketingu antytytoniowego dostosowane do specyfiki konkretnego odbiorcy, ale z drugiej strony analizy te, udostępnione dla debaty publicznej, stanowią narzędzie obrony społeczeństwa przed arogancją „inżynierów dusz”, którzy zawsze i wszędzie wiedzą lepiej, co jest dla ludzi ważne i dobre.

¹⁹ Przykładowo, można zapytać, czy rzeczywiście w przedsiębiorstwach palenie zawsze powoduje straty efektywnego czasu pracy, i czy zakaz palenia rozwiązuje ten problem? Czy nie jest np. tak, że pod wpływem wprowadzonego zakazu pracownicy i tak zrobią sobie przerwy, tylko będą je wypełniać w inny sposób? A może pojawi się palenie pokątne, które spowoduje znacznie więcej problemów?

Na końcu warto przywołać ten nurt socjologicznych poszukiwań, który **bezpośrednio** dotyczy technik wywierania wpływu, stosowanych wobec problemu palenia. Wydaje się bowiem, że w obszarze promocji zdrowia – znów nawiązując do teorii anomii – dominuje rytualizm (gorliwe przestrzeganie tradycyjnie uznanych sposobów postępowania, przy abstrahowaniu od celów i wartości, którym miały służyć), objawiający się ciągłym powtarzaniem komunikatów, że palenie szkodzi zdrowiu (już nawet nie podmiotowi tego zdrowia) oraz mnożeniem różnorodnych zakazów. Badania w postulowanym obszarze powinny dotyczyć nie tylko zagadnień skuteczności, nie mówiąc już o efektywności, różnorodnych technik oddziaływania (oczywiście skuteczności w relacji do jasno określonego celu), stosowanych na różnych poziomach organizacji społeczeństwa (nie tylko wobec jednostek lub makrostruktury), ale także uwarunkowań tej skuteczności (np. Iwanowicz 2006). Ponadto jest tu miejsce na badanie wielorakich konsekwencji społecznych, jakie są skutkiem podejmowania różnych socjotechnicznych prób opanowania problemów palenia tytoniu.

Socjologia zdrowia w omawianej tu problematyce nie uniknie jednak dylematu: w jakim stopniu angażować się po stronie weryfikowania i doskonalenia technologii działań skierowanych na określone cele, na ile natomiast po stronie analiz społecznego kontekstu samych celów przyjmowanych w polityce antytytoniowej.

Literatura:

- (1) Diagnoza społeczna 2005 (www.diagnoza.com).
- (2) Giddens A. Socjologia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005
- (3) Grossmann R., Scala K., Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny, [wyd. polskie: Warszawa 1997]

- (4) GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. Informacje i opracowania statystyczne, Warszawa 2006
- (5) Health in the Word of Work: Workplace Health Promotion as a Tool for Improving and Extending Work Life, Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2006: 62, FIOH, Helsinki 2006
- (6) Iwanowicz E., Nagrody jako jedna z form wspierania niepalenia w zakładach pracy, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio D* 2006, vol. LX, supl. XVI
- (7) Jackowska I., Zakaz zakazem, a palarnia być musi, *Gazeta Prawna*, 29. 01. 2004
- (8) Jak stworzyć miejsce pracy bez papierosa. Przewodnik, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1999
- (9) Jassem A., Piękny świat tytoniowych reklam, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 2000
- (10) Korzeniowska D., Rozwiązania prawno-finansowe a upowszechnianie programów promocji zdrowia w miejscu pracy, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio D* 2006, vol. LX, supl. XVI, s. 429-431
- (11) Korzeniowska E., Sposoby myślenia i postępowania w sferze zdrowia starszych pracowników średnich i dużych firm, *Medycyna Pracy* 2004, 55 (2), s. 129-138
- (12) Korzeniowska E., Puchalski K., Strategia wspierania działań antytytoniowych w Polsce – projekt „Miejsce pracy wolne od dymu tytoniowego”, *Medycyna Pracy* 2002, 53 (6), s. 485-488
- (13) Moskal W., Operacje nie dla palaczy?, *Gazeta Wyborcza*, 12. 01. 2007
- (14) Moskalewicz J., Świątkiewicz G., Nadużywanie substancji psychoaktywnych na tle innych problemów społecznych w Polsce. W: W.

Piątkowski, W. A. Brodniak (red.) Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, Tyczyn 2005

(15) Nettleton S., Bunton R., Sociological critiques of health promotion. In: R. Bunton, S. Nettleton, R. Burrows (eds.), The sociology of health promotion. Critical analyses of consumption, lifestyle and risk, Routledge, London and New York 1995

(16) Ostaszewski K., Trendy palenia papierosów przez 15-letnią młodzież. Badania mokotowskie 1984-2000, Medycyna Wieku Rozwojowego 2003, 1(7), s. 105-120

(17) Ostrowska A., Styl życia a zdrowie, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1999

(18) Postawy pielęgniarek służby medycyny pracy wobec promocji zdrowia zatrudnionych. Sprawozdanie z realizacji projektu IMP 8.4/2006, Instytut Medycyny Pracy im prof. J. Nofera, Łódź 2006 (raport powielony)

(19) Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2002-2006, Warszawa, czerwiec 2002 (materiał powielony)

(20) Piątkowski W., Promocja zdrowia. Wybrane aspekty socjologiczne. W: Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, red. J. Barański i W. Piątkowski, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław 2002

(21) Przeciwno epidemii. Działania rządów a ekonomika ograniczania konsumpcji tytoniu, Bank Światowy, Waszyngton 1999 [wyd. polskie: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2002]

(22) Puchalski K., Palenie tytoniu jako problem zakładu pracy. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio D 2006; vol. LX, supl. XVI, s. 229-234

- (23) Puchalski K., Medykalizacja promocji zdrowia. W: Zdrowie i choroba w społeczeństwie. Interdyscyplinarna Konferencja Warsztatów Analiz Socjologicznych, Instytut Socjologii UW, Warszawa 2005
- (24) Puchalski K., Korzeniowska E., Rozwiązywanie problemu palenia tytoniu w zakładach pracy w Polsce, *Medycyna Pracy*, 2001, 52 (6), s. 459-464
- (25) Puchalski K., Korzeniowska E., Przedsiębiorstwa wobec problemu palenia tytoniu, *Medycyna Pracy* 2007 (tekst złożony do druku)
- (26) Rok B., Odpowiedzialny biznes w nieodpowiedzialnym świecie, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Forum Odpowiedzialnego Biznesu, Warszawa 2004
- (27) Sheridan Ch. L., Radmacher S. A., Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998
- (28) Sztompka P., Socjologia, Wydawnictwo Znak, Kraków 2002
- (29) Tobacco Smoking, WHO – IRAC Monographs, Lyon 1986
- (30) Wojtaszczyk P., Promocja zdrowia a standardy zarządzania przedsiębiorstwami, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio D* 2006, vol. LXI, suppl. XVII, s. 349-351