

PRACE ORYGINALNE

Krzysztof Puchalski
Elżbieta Korzeniowska

PRÓBA OCENY JAKOŚCI WDROŻEŃ PROMOCJI ZDROWIA W ZAKŁADACH PRACY NA TLE JEJ UWARUNKOWAŃ*

AN ATTEMPT TO EVALUATE THE QUALITY OF WORKPLACE HEALTH PROMOTION AGAINST ITS REQUIREMENTS

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi
Kierownik zakładu: dr med. L. Dawydzik

STRESZCZENIE Artykuł jest próbą oceny jakości ponadobligatoryjnych działań na rzecz zdrowia personelu, realizowanych w średnich i dużych zakładach pracy w Polsce, dokonywaną z punktu widzenia założeń promocji zdrowia. W oparciu o materiał zebrany metodą ankiety pocztowej w 1998 r. (147 losowo dobranych firm), 2000 r. (755 firm) i 2001 (215 firm) omawiane są również uwarunkowania tej jakości.

Dominującym motywem angażowania się firm w działania prozdrowotne, wskazywanym przez połowę zakładów, jest wieloletnia tradycja firmy w tym zakresie. Tylko ok. 1/4 respondentów określa podejmowane przedsięwzięcia mianem promocji zdrowia (rozumianej jako wspieranie rynkowej strategii firmy poprzez skoordynowane, ponadobligatoryjne działania umacniające zdrowie i dobre samopoczucie personelu), choć realizację różnych działań prozdrowotnych potwierdza ok. 85% zakładów pracy.

Do najczęściej ujawnianych błędów w działalności prozdrowotnej firm należą: a) traktowanie tych działań jako mało istotnych na tle priorytetów funkcjonowania przedsiębiorstwa, b) brak wyodrębnionych struktur do realizacji promocji zdrowia, c) ignorowanie zasady współdziałania personelu w planowaniu i opiniowaniu działań prozdrowotnych, tj. traktowanie pracowników jako biernych odbiorców świadczeń lub wykonawców poleceń, d) brak kompleksowego podejścia do rozwiązywania problemów zdrowotnych i dominacja przekonania, że można osiągnąć cele poprzez restrykcje lub edukację, z pominięciem metod wspierających, e) niechęć do prowadzenia oceny zarówno przebiegu realizowanych działań, jak ich efektów i konsekwencji.

Główne przeszkody w promowaniu zdrowia to brak środków finansowych na cele prozdrowotne (pow. 60% firm) oraz niedostatek rozwiązań prawnych i systemowych, zachęcających do promowania zdrowia (powyżej 50%). Ten pierwszy czynnik znamiennej części wskazuje przedsiębiorstwa nierealizujące ponadobligatoryjnych działań, drugi natomiast firmy promujące zdrowie personelu. Med. Pr. 2003; 54 (1): 1–7

SŁOWA KLUCZOWE: promocja zdrowia w miejscu pracy, ocena jakości programów promocji zdrowia, uwarunkowania promocji zdrowia

ABSTRACT This paper presents the results of an attempt to assess the quality of voluntary activities aimed at improving the workers' health in Polish large and medium-sized enterprises in view of the health promotion requirements. Based on the data collected via a questionnaire mailed to enterprises selected at random in 1998 (147 enterprises), 2000 (755 enterprises) and 2001 (215 enterprises) the determinants of the health promotion quality are discussed.

A long standing tradition to protect the workers' health was reported by 50% of enterprises as the major reason for undertaking health promotion activities. Only 25% of enterprises described their activities as health promotion understood as a tool for supporting their market strategy through well coordinated voluntary actions aimed at improving health and well-being of their employees, however, 85% of respondents reported the implementation of various health conducive programs.

The most frequent failures of health-oriented activities to be of a required standard are: (a) regarding these activities as those of little importance compared with the enterprise priorities; (b) lack of a special section responsible for health promotion issues in an enterprise; (c) ignoring the employees' right to participate in planning and evaluating health promotion programs, which means that they are perceived as passive service recipients or passive performers of tasks assigned to them; (d) lack of cohesive approach towards health problems and strong belief that all the goals can be achieved through restrictions or education without any support; and (e) reluctance of enterprises to evaluate the organization, implementation and outcomes of health conducive activities.

The major obstacle to health promotion is lack of money (reported by 60% of enterprises) and lack of statutory obligations (reported by more than 50% of enterprises). The former is usually reported by enterprises that are not active in this field, and the latter is an obstacle to enterprises that have invested in workplace promotion programs. Med Pr 2003; 54 (1): 1–7

KEY WORDS: workplace health promotion, quality assessment of health promotion programs, health promotion requirements

Otrzymano: 3.10.2002

Zatwierdzono: 6.01.2003

Adres autorów: Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, e-mail: whpp@imp.lodz.pl

WSTĘP

Artykuł jest próbą oceny jakości ponadobligatoryjnych działań na rzecz zdrowia personelu podejmowanych

w zakładach pracy w Polsce, prowadzoną z punktu widzenia modelowych założeń koncepcji promocji zdrowia. Jest jednocześnie podsumowaniem wyników dotyczących uwarunkowań promocji zdrowia, postrzeganych w przedsiębiorst-

* Praca wykonana w ramach zadania finansowanego z dotacji na działalność statutową nr IMP 8.5 pt. „Ocena stanu i analiza jakości wdrażania promocji zdrowia w zakładach pracy w Polsce”. Kierownik zadania: dr K. Puchalski.



wach, pochodzących z sondaży w losowo dobranych firmach zatrudniających od kilkudziesięciu do kilku tysięcy pracowników, prowadzonych w latach 1998 (N = 147), 2000 (N = 755) i 2001 (N = 215)*.

Potrzeba oceny jakości działań w promocji zdrowia wypływa m.in. z dwóch typów przesłanek. Pierwszy to przesłanki pragmatyczne. Zakłada się, że realizacja działań charakteryzujących się wysoką jakością z dużym prawdopodobieństwem gwarantuje osiągnięcie pożądanych rezultatów. Badanie samych interwencji promocyjnych, uważane za stosunkowo łatwiejsze, zastąpić ma trudną do uchwycenia ocenę osiągniętych efektów. Drugi typ przesłanek posiada charakter aksjologiczny. Koncepcja promocji zdrowia silnie akcentuje takie wartości, jak m.in. podmiotowość jednostki i jej prawo dokonywania wyborów w sferze zdrowia, jej aktywny udział w rozwoju własnym oraz społeczności, równość w dostępie do zasobów zdrowotnych, czy sprawiedliwe rozłożenie odpowiedzialności za zdrowie. Ich kreowanie jest humanistycznym celem tej koncepcji. Pytanie o jakość realizowanych działań dotyczy zatem stopnia poszanowania owych wartości, ich wyeksponowania we wdrożeniach promocji zdrowia**.

Przedstawiane w literaturze propozycje kryteriów jakości działań promujących zdrowie w zakładach pracy nie uzyskały dotąd powszechnego uznania***. Wynika to głównie z przemian filozofii oceniania projektów interwencyjnych w organizacjach oraz ze zróżnicowania samej koncepcji promocji zdrowia w zakładach pracy (2,6).

W klasycznym ujęciu promocja zdrowia w miejscu pracy polegała głównie na kształtowaniu zachowań zdrowotnych pracowników (także w obszarze bhp), oraz fizycznych warunków środowiska pracy, a także ułatwianiu dostępu do świadczeń medycznych. Obecnie natomiast rozwija się w kierunku nazywanym „przedsiębiorstwo promujące zdrowie”, gdzie celem działań jest przede wszystkim budowanie trwałych mechanizmów społeczno-organizacyjnych, skłaniających pracowników do zainteresowania sprawami zdrowia, ułatwiających im dokonywanie zdrowszych wyborów oraz stymulujących taki rozwój organizacji, by stawała się bardziej przyjazna człowiekowi. Coraz silniej akcentuje się znaczenie psychospołecznych aspektów funkcjonowania człowieka i rolę środowiska organizacyjnego w generowaniu oraz podtrzymywaniu prozdrowotnych przekształceń (9).

Teoria organizacji głosi, że rozwój działań na rzecz zdrowia personelu w zakładach pracy napotykać będzie na opór

ze strony struktur i elementów kultury organizacyjnej, ukształtowanych na potrzeby realizacji celów ekonomiczno-rynkowych. Zakład pracy będzie bronił się przed zaangażowaniem w działania, które obce są jego podstawowej misji i które nie są bezpośrednio nastawione na rozwiązywanie problemów w funkcjonowaniu przedsiębiorstwa (10).

Opór firm przed inwestowaniem w zdrowie personelu usiłuje przełamywać państwo, wprowadzając uregulowania prawne. Aktualnie obligują one pracodawców głównie do partycypacji w kosztach absencji, zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy oraz do prowadzenia kwalifikacji medycznej pracowników z punktu widzenia braku przeciwwskazań do zajmowania określonego stanowiska. Brak natomiast w polskim prawie, a także systemie ubezpieczeniowym, pozarestrykcyjnych mechanizmów skłaniających pracodawców do działań umacniających zdrowie zatrudnionych.

W minionym ustroju politycznym wsparciem dla mechanizmów prawnych i systemowych była ideologia głosząca przewodnią rolę klasy robotniczej. Efektem tego był ułatwiony dla pracowników państwowych zakładów pracy dostęp do opieki medycznej – poprzez struktury przemysłowej służby zdrowia realizującej głównie, zgodnie z oczekiwaniami podopiecznych, funkcję leczniczą. Otrzymywali oni również szereg świadczeń o charakterze rekreacyjnym, sportowym czy socjalnym, traktowanych jako rodzaj dodatkowego wynagrodzenia lub wsparcia ze strony państwa.

Współcześnie, wraz ze zmianami formy własności przedsiębiorstw i powrotem do ich zasadniczej funkcji jaką jest generowanie zysku, czynnikiem stymulującym działania prozdrowotne w firmach staje się przekonanie, że przyczyniają się one do umocnienia pozycji przedsiębiorstwa na rynku. Osiąga się to głównie poprzez poprawę zdrowia i samopoczucia, a zatem produktywności i jakości kapitału ludzkiego, oszczędności w kosztach powstających na skutek zachorowań i ryzykownych działań personelu oraz przez wykorzystanie faktu promowania zdrowia w budowaniu wizerunku firmy.

Zgodnie z przywołaną teorią (10) efekty (zdrowotne, ekonomiczne, humanistyczne) oczekiwane w promocji zdrowia osiągnąć można organizując działania prozdrowotne w zakładzie pracy w formie projektu zmiany społecznej. Oznacza to m.in., że podejmowane inicjatywy powinny zostać powiązane z podstawowymi interesami przedsiębiorstwa oraz subiektywnymi potrzebami personelu, a jednocześnie włączone w mechanizmy i struktury organizacyjne firmy. Służy temu uzyskanie do ich realizacji silnego wsparcia ze strony zarządu przedsiębiorstwa oraz znaczących grup personelu, wpisanie ich w dokumenty określające politykę firmy, klarowny przydział ról, zadań i kompetencji, dotyczących promocji zdrowia w systemie organizacyjnym zakładu. Oznacza to również potrzebę planowania, systematycznej realizacji planu, monitorowania i oceniania przebiegu działań i ich efektów oraz wyciągania wniosków z tej oceny dla ewentualnej modyfikacji planu. To także potrzeba łagodzenia naturalnego oporu personelu przed wprowadza-

* Sondaże te, metody oraz ustalenia dotyczące stanu zaangażowania przedsiębiorstw w promowanie zdrowia, treści działań podejmowanych w tym zakresie oraz kierunków zachodzących tu zmian przedstawione zostały syntetycznie we wcześniejszych opracowaniach (1,2). W oparciu o dane pochodzące z 2000 r. osobno omówiony został problem ograniczania zjawiska palenia tytoniu w zakładach pracy (3). Wcześniej osobno przedstawiono wyniki zgromadzone w 1998 r. (4). Prezentowany tekst zawiera metaanalizę przywołanych ustaleń.

** Specjaliści od zarządzania wskazują, że kierowanie się tego typu wartościami w interakcjach społecznych czy realizacji programów zmian społecznych (a tym de facto jest program promocji zdrowia) powinno zostać potraktowane jako skuteczna dyrektywa socjotechniczna, ułatwiająca osiągnięcie trwałych, a nie tylko doraźnych efektów (5).

*** Propozycje z tego zakresu, przygotowane także dla przedsiębiorstw w Polsce, omówione zostały w innym artykule (6). Serszą prezentację zagadnień ewaluacji w promocji zdrowia przedstawiają osobne opracowania (7,8).



niem zmian poprzez jego aktywizowanie i angażowanie w ów proces, a także stosowanie metod rozwijania zachowań prozdrowotnych, które nie ograniczają się do zabiegów edukacyjnych ani restrykcyjnych (11,12,13).

W dalszej części tekstu przedstawione i omówione zostaną te wyniki przywołanych sondaży, dotyczące nienakazanych prawem działań na rzecz zdrowia personelu, które można poddać ocenie z punktu widzenia sygnalizowanych wyżej aspektów jakości promocji zdrowia.

PROMOCJA ZDROWIA A STRATEGIA RYNKOWA FIRMY

Według sondaży prowadzonych w ostatnich latach ok. 85–90% średnich i dużych zakładów pracy z terenu całego kraju potwierdza realizację różnego typu działań wspierających zdrowie pracowników (1). Jednakże niespełna 60%

Uwagę zwraca duża grupa przedsiębiorstw (blisko 50%), dla których aktywność prozdrowotna kojarzy się m.in. z podtrzymywaniem wieloletniej tradycji firmy w tym zakresie. Z kolei blisko 1/4 zakładów określając swoje główne motywy stwierdza, że angażuje się w działania na rzecz zdrowia pod wpływem namowy ze strony służb bhp lub medycyny pracy*. Dla ponad 1/5 działania te są również, wśród innych głównych motywów, spełnieniem oczekiwań zgłaszanych przez pracowników lub ich organizacje.

Z drugiej strony motywacja prorynkowa, pozwalająca łączyć aktywność prozdrowotną z zasadniczymi celami funkcjonowania przedsiębiorstwa, pojawia się wśród innych motywów u blisko 40% przedsiębiorstw – nazwana jako dążenie do wykorzystania tych działań w budowaniu wizerunku firmy, u 30% jako dążenie do poprawy jakości produkcji lub obsługi klienta i u ok. 1/4 jako chęć zmniejszenia kosztów związanych z chorobami pracowników lub ich antyzdrowotnymi zachowaniami. W obu badaniach przynajmniej jeden

Tabela I. Motywy działań zakładów pracy w zakresie promocji zdrowia personelu w latach 2000–2001 (N = 643; N = 184) w %

Table I. Reasons (%) for undertaking by enterprises health promotion activities in the years 2000–2001 (643; 184 enterprises)

Motywacja do działań Reasons	Rok Years	
	2000 ^a	2001 ^a
Podtrzymywanie wieloletniej tradycji w zakresie działań prozdrowotnych w firmie Long lasting tradition of enterprise to protect workers' health	49,3	47,8
Przekonanie, że działania prozdrowotne poprawiają publiczny wizerunek firmy Belief that this kind of activities improves the enterprise's image	37,3	37,5
Chęć wykorzystania działań prozdrowotnych dla poprawy jakości produkcji lub obsługi klienta The need to use health conducive activities as a tool for improving the quality of production and services	30,5	31,5
Namowa ze strony profesjonalistów smp lub bhp Workplace health promotion encouraged by OHS and work hygiene professionals	22,6	23,9
Oczekiwanie działań prozdrowotnych ze strony grup lub organizacji pracowników Health promotion activities expected by the employees' organization and representatives	21,5	21,7
Dążenie do zmniejszenia kosztów absencji chorobowej, wypadków, spadku wydajności pracy The aim to reduce the costs of absenteeism or accidents at work, and to increase productivity	21,9	16,3
Chęć poprawy złego stanu zdrowia pracowników The need to improve the health of employees	2,5	3,8
Inne powody Other reasons	3,6	0,5

^a Każda firma wskazać mogła maksymalnie trzy główne powody (stąd odsetki nie sumują się).

^a Each enterprise was asked to indicate three major reasons at most.

tych samych firm przyznaje, że świadomie przyjmuje strategię rozwoju naukowego firmy poprzez skoordynowane, ponadobligatoryjne działania umacniające zdrowie i dobre samopoczucie personelu (4). Wśród kadry przedsiębiorstw dominującym jest zatem przekonanie, że podejmowane w ich firmach inicjatywy prozdrowotne nie spełniają kryteriów modelowo ujętej promocji zdrowia i nie są powiązane z ich rynkową strategią.

Tezę tę potwierdza analiza głównych motywów wskazanych jako uzasadnienie ponadobligatoryjnych działań prozdrowotnych w badanych zakładach pracy (tab. I).

z przywołanych motywów prorynkowych wskazuje blisko 50% firm**.

Odnosić również należy bardzo niewielką grupę zakładów pracy (ok. 3%), które działania prozdrowotne traktują m.in. jako sposób na poprawę złego stanu zdrowia pra-

* Motyw ten trzykrotnie rzadziej przywołują przedstawiciele kierownictwa badanych firm niż przedstawiciele innych działów, np. bhp, smp, personalnego itp. (p < 0,001).

** W odpowiedzi na pytanie o motywy działań służących ograniczeniu palenia tytoniu zaledwie ok. 1/4 firm przywoływało argumenty prorynkowe, podczas gdy ponad połowa wskazywała przynajmniej jeden z takich motywów jak obligacje prawne, troska o zdrowie personelu lub bezpieczeństwo przeciwpożarowe (3).



cowników. Nie jest jednak jasne, czy pozostałe firmy nie widzą szans na istotną poprawę stanu zdrowia poprzez działania prozdrowotne, czy nie oceniają zdrowia personelu jako wymagającego poprawy.

Przedsiębiorstwa oceniające swoją kondycję ekonomiczną jako dobrą dwukrotnie częściej niż oceniające ją jako słabą ($p < 0,001$) uzasadniają promowanie zdrowia dążeniem do budowania dobrego wizerunku firmy, a także kierują się przekonaniem, że poprawić mogą w ten sposób jakość produkcji i usług. Przekonanie to bardziej charakterystyczne jest także dla większych firm. Także im większa firma tym w sposób znamieny ($p < 0,001$) częściej uzasadnia promowanie zdrowia kontynuowaniem tradycji.

Podsumowując należy stwierdzić, że aktualnie rzadziej niż w co drugiej firmie myślenie o zdrowiu pracowników łączy się z refleksją na temat wyników jej rozwoju rynkowego, a tego typu myślenie wydaje się niezbędnym stymulatorem konsekwentnego realizowania działań z zakresu promocji zdrowia. Natomiast ponad połowa przedsiębiorstw angażuje się w promocję zdrowia niejako przy okazji, na mocy inercji, co z całą pewnością nie pozostaje bez wpływu na jakość tych działań.

KREOWANIE I POSZANOWANIE PODMIOTOWOŚCI PERSONELU

Jednym z celów (i zarazem jedną z socjotechnik) w promocji zdrowia jest rozbudzanie, a następnie wspieranie aktywności jednostek i grup w sprawach związanych ze zdrowiem oraz zwiększanie ich możliwości decydowania o tych sprawach. Na ile w działaniach prozdrowotnych, podejmowanych w zakładach pracy, realizowane są te cele, oceniać można na podstawie treści owych działań, dokładnie przedstawionych we wcześniejszych opracowaniach (1,2,3).

Dane z przywołanego zakresu pokazują, że działalność większości zakładów koncentruje się na wprowadzaniu prozdrowotnych rozwiązań w materialnym środowisku pracy (np. ergonomicznej charakterystyce stanowisk, wyposażeniu socjalnym) oraz oferowaniu pracownikom nieobligatoryjnych usług medycznych (szczepień, dodatkowych badań diagnostycznych, zabiegów terapeutycznych). Znacznie rzadziej pojawiają się działania służące kreowaniu prozdrowotnych zachowań personelu, a więc rozwijające jego aktywność (2). W okresie minionych kilku lat zauważyć można przy tym utrzymywanie się lub nawet wzrost zaangażowania firm w działalność na polu środowiska materialnego i niektórych świadczeń medycznych, przy jednoczesnym wyraźnym ograniczaniu działań w obszarze stymulowania zachowań prozdrowotnych (1).

W tym ostatnim obszarze uwagę zwraca stosunkowo powszechne zaangażowanie przedsiębiorstw w realizację działań na rzecz wsparcia aktywności fizycznej pracowników oraz redukcji zjawiska palenia tytoniu. Ten drugi problem poddany był w badaniach szczegółowej analizie.

Na przykładzie działań związanych z paleniem tytoniu doskonale widać, że stymulacja i wsparcie dla niepalenia polega głównie na karaniu za nieprzestrzeganie obowiązujących w zakładzie ograniczeń oraz edukowaniu na temat szkodliwości palenia dla zdrowia. Brak jest natomiast działań wspierających pracowników w zmaganiu się z nałogiem (czy to w formie farmakologicznej, psychologicznej, czy społecznej), uczących metod indywidualnego rozwiązywania tego problemu oraz skutecznie i w sposób pozytywny motywujących do niepalenia. Działania edukacyjne prowadzone są jednokierunkowo, tzn. bez możliwości nawiązania partnerskich relacji pomiędzy uczestnikami tego procesu, co zakładać współczesne koncepcje edukacji zdrowotnej. Należy zaznaczyć, że blisko połowa badanych zakładów pracy ograniczyła swoje działania związane z paleniem tytoniu do jednej formy wsparcia (głównie kolportażu ulotek), natomiast bardziej złożone, kompleksowe inicjatywy stymulujące i wspierające niepalenie realizowało tylko ok. 10% przedsiębiorstw (3). Taki stan rzeczy, w świetle wiedzy socjotechnicznej, prowadzi niewątpliwie do niskiej skuteczności realizowanych przedsięwzięć.

W omawianym kontekście zwraca uwagę fakt, że zaledwie ok. 40% firm rygorystycznie egzekwuje stosowanie się personelu do wprowadzonych na swoim terenie ograniczeń swobody palenia, co wskazuje m.in. na powszechny brak konsekwencji w realizacji podejmowanych działań.

Analiza działań dotyczących palenia tytoniu ukazała również, że podejmowane są one często, bo w połowie badanych firm, bez jakichkolwiek uzgodnień z personelem (tylko w 1/5 zakładów każdy z pracowników miał możliwość wyrażenia na ten temat własnej opinii). Tego typu stosunek do opinii personelu ujawnia się także w innych obszarach uwarunkowań zdrowia. Przykładowo, jak pokazują doświadczenia autorów gromadzone podczas konsultowania licznych programów promocji zdrowia w przedsiębiorstwach, chociaż poczucie stresu w miejscu pracy okazuje się najsilniej eksponowanym problemem przez pracowników większości zakładów pracy, to jedynie ok. 10% firm próbuje podejmować ten problem w swoich działaniach (1), ograniczając się jednak zazwyczaj do szkoleń adresowanych do zestresowanej kadry kierowniczej.

W podsumowaniu tego wątku analizy należy stwierdzić, że zakłady pracy w Polsce generalnie słabo wykorzystują możliwość umacniania zdrowia swojego personelu poprzez stymulowanie jego zachowań prozdrowotnych, a jeżeli już podejmują tego typu inicjatywy, to czynią to w sposób mało skuteczny, wątpliwy od strony metodologii i często etyki zmiany zachowań (m.in. niezgodny z oczekiwaniami personelu, ignorujący jego prawo do udziału w podejmowaniu decyzji, mało konsekwentny, fragmentaryczny co do zakresu możliwych działań, pomijający podstawowe socjotechniczne reguły wywierania wpływu).



STRUKTURY DLA PROMOCJI ZDROWIA

Zadania związane z realizacją działań na rzecz zdrowia personelu formalnie przydzielane są w zakładach pracy różnym komórkom organizacyjnym. Uwagę zwraca minimalny udział firm (ok. 1%), w których dla promocji zdrowia powołana została osobna struktura (stanowisko lub zespół), inna niż obowiązkowa dla dużych przedsiębiorstw komisja ds. bhp.

W połowie badanych zakładów zadania dotyczące ponadobowiązkowych działań prozdrowotnych rozdzielane są jednocześnie pomiędzy różnymi działami (często w ramach przywołanej komisji ds. bhp). Brak jednakże danych by ocenić, jak przebiega ich współdziałanie w tym obszarze. Druga połowa przydziela te zadania pojedynczym działom, np. bhp, socjalnemu czy personalnemu. Odnosić należy stosunkowo mały (w ok. 10% badanych zakładów pracy) udział struktur służby medycyny pracy w koordynowaniu promocji zdrowia, co można tłumaczyć ich zewnętrznym usytuowaniem w relacji do przedsiębiorstw. Uwagę zwraca ponadto wzrost częstości zaangażowania struktur bhp w tym zakresie (z 18% w 2000 r. do 26% rok później). Być może wiąże się to z coraz wyraźniej zauważanymi zmianami w koncepcji zarządzania bezpieczeństwem w przedsiębiorstwach, eksponującymi zagadnienia bliskie promocji zdrowia (np. koncepcja integrowanego zarządzania zdrowiem, bezpieczeństwem i środowiskiem).

OCENY DZIAŁAŃ PROZDROWOTNYCH

Blisko 60% badanych przedsiębiorstw nie prowadzi jakiegokolwiek oceny podejmowanych działań prozdrowotnych (tab. II). Odnosić jednak należy nieznaczny wzrost zainteresowania taką oceną w ciągu minionego roku, co dotyczy zwłaszcza oceny akceptacji realizowanych działań ze strony personelu oraz korzyści, jakie pod ich wpływem osiąga firma.

Wzrost zainteresowania oceną konsekwencji działań prozdrowotnych uwidacznia się także na przykładzie działań ograniczających swobodę palenia tytoniu w zakładach pracy. O ile w 2000 r. skutki wprowadzenia takich, tym razem obowiązkowych, ograniczeń oceniało tylko 10% badanych firm, to rok później już 18%. Zainteresowanie to pozostaje jednak na bardzo niskim poziomie.

Jak pokazują dane pochodzące z 2000 r., im większa firma tym częściej ($p < 0,001$) dokonuje oceny różnych aspektów aktywności na rzecz zdrowia. Przedsiębiorstwa zatrudniające powyżej 1000 pracowników czynią to w 70% – dwukrotnie częściej niż kilkudziesięcioosobowe zakłady pracy. Takie zróżnicowanie dotyczy głównie oceny uczestnictwa personelu w działaniach prozdrowotnych oraz oceny korzyści dla firmy, wynikających z podjętych działań. Nieco częściej ($p < 0,05$) ocen dokonują również przedsiębiorstwa o lepszej kondycji ekonomicznej.

Autorzy nie dysponują danymi pozwalającymi dokładniej opisać jakość prowadzonych w zakładach pracy ocen działań prozdrowotnych. Brak m.in. informacji na temat systematyczności podejmowanych zabiegów ewaluacyjnych oraz wykorzystania uzyskiwanych wyników w doskonaleniu realizowanych wdrożeń.

PODSUMOWANIE

Przedstawione w artykule empiryczne ustalenia, aczkolwiek posiadają charakter fragmentaryczny z punktu widzenia bogactwa problematyki jakości działań w promocji zdrowia, są jak dotąd jedynymi danymi pozwalającymi cokolwiek orzekać na ten temat w odniesieniu do średnich i dużych zakładów pracy w Polsce. Na ich podstawie można generalnie stwierdzić, że ponadobowiązkowe działania prozdrowotne w zdecydowanej większości badanych zakładów charakte-

Tabela II. Zaangażowanie zakładów pracy w ocenę podejmowanych działań prozdrowotnych w latach 2000–2001 (N = 664; N = 183) w %

Table II. The involvement of enterprises (%) in the evaluation of health promotion activities in the years 2000–2001 (N = 664; N = 183) the percentage

Realizacja oceny Evaluation involvement	Rok Year	
	2000	2001
Firma nie prowadzi oceny realizowanych działań prozdrowotnych Not involved in evaluation of health promotion activities	59,7	54,1
Firma prowadzi ocenę, w tym:* Involved in evaluation of:*	40,3	45,9
– uczestnictwa personelu – the workers' participation in health promotion	24,3	22,4
– akceptacji ze strony personelu – program acceptance by workers	18,7	25,1
– korzyści dla firmy – benefits to the enterprise	22,6	27,3

* Każda firma oceniać może jednocześnie kilka aspektów, stąd odsetki nie sumują się.

* Each enterprise could choose several aspects of evaluation therefore the percents do not add up.



ryzują się wysoce niezadowalającą jakością, ocenianą z punktu widzenia koncepcji promocji zdrowia.

Na tę niską jakość składają się głównie:

a) traktowanie działań prozdrowotnych jako mało istotnych na tle innych aspektów funkcjonowania firmy, w tym brak dostrzegania powiązań pomiędzy troską o zdrowie personelu a budowaniem pozycji rynkowej przedsiębiorstwa;

b) brak kompleksowego podejścia do rozwiązywania problemów i osiągania celów zdrowotnych, a także powszechne przekonanie o skuteczności metod restrykcyjnych lub edukacyjnych w kształtowaniu zachowań zdrowotnych, w połączeniu z awersją do metod wspierających pożądaną aktywność pracowników;

c) ignorowanie zasady współdziałania personelu w planowaniu i opiniowaniu działań prozdrowotnych oraz w ich ocenie, tzn. traktowanie pracowników jako biernych odbiorców oferowanych im świadczeń bądź wykonawców poleceń;

d) brak wyodrębnionych struktur do realizacji zadań, dotyczących promocji zdrowia;

e) niechęć do prowadzenia oceny zarówno przebiegu realizowanych działań, jak ich efektów i konsekwencji.

Scharakteryzowane wyżej aspekty niskiej jakości ponadobligatoryjnych działań prozdrowotnych w zakładach pracy zestawień można z danymi na temat uwarunkowań ich realizacji, wskazywanymi przez reprezentantów badanych przedsiębiorstw. Jak przedstawiono w tabeli III, w kolejnych la-

tach ok. 95% spośród nich uskarżało się na szereg utrudnień w promowaniu zdrowia (tylko ok. 5% nie dostrzegało związanych z tym problemów).

Zwraca uwagę fakt powszechnego, bo występującego w grupie 2/3 badanych firm, wyeksponowania braku środków finansowych jako jednej z głównych barier w promowaniu zdrowia. Wskazania na ów czynnik dwukrotnie częściej występują wśród przedsiębiorstw oceniających swoją kondycję ekonomiczną jako słabą w porównaniu z oceniającymi ją jako dobrą oraz wśród najmniejszych w porównaniu z tymi o największym zatrudnieniu (obie zależności przy $p < 0,001$). Świadczy to pośrednio o przywołanym już braku uświadomienia sobie przez pracodawców ekonomicznej opłacalności promocji zdrowia. Bezpośrednio potwierdza to ponad 20% badanych, wskazując na niedostatek informacji z tego zakresu.

Brak środków finansowych na promocję zdrowia częściej ($p < 0,001$) podkreślają te firmy, które nie podejmują żadnych działań z tego zakresu (80% tej grupy) w porównaniu z tymi, które deklarują realizację ponadobligatoryjnych działań prozdrowotnych (50% firm promujących zdrowie). Brak środków finansowych częściej bywa zatem barierą w podejmowaniu promocji zdrowia niż utrudnieniem w jej realizacji.

Podstawowym utrudnieniem w realizacji ponadobligatoryjnych działań prozdrowotnych okazuje się natomiast nie-

Tabela III. Główne utrudnienie w realizacji ponadobligatoryjnych działań prozdrowotnych, wskazywane przez respondentów zakładów pracy w latach 1998–2001 (N = 147; N = 723; N = 211)

Table III. The major obstacles to health promotion voluntary activities reported by enterprises in the year 1998–2001 (N = 147; N = 723; N = 211)

Utrudnienia Obstacles	Rok Year		
	1998*	2000*	2001*
Brak środków na tego typu cele Lack of money	61,2	64,9	64,0
Niedostatek systemowych rozwiązań prawnych i finansowych, zachęcających firmy do wdrażania programów promocji zdrowia Insufficient legal and financial systemic solutions to encourage enterprises to implement health promotion programs	57,8	49,9	53,6
Niedostatek informacji i materiałów na temat znaczenia tych działań dla firmy oraz sposobów ich realizacji Insufficient information and materials stressing the significance of these activities and indicating the ways of their implementation	27,9	19,5	22,8
Zaabsorbowanie kadry zarządzającej firmą realizacją innych ważnych celów Involvement of the enterprise' top executives in „more important issues”	21,8	21,2	20,9
Słabe zainteresowanie działaniami prozdrowotnymi ze strony pracowników Rather limited interest of employees in health promotion activities	25,2	19,5	14,2
Brak kontaktów ze specjalistami mogącymi przeprowadzić tego typu działania Lack of contacts with specialists able to conduct this kind of activities	9,5	14,7	11,9
Inne utrudnienia Other obstacles	8,2	0,8	0,5
Nie dostrzegamy żadnych utrudnień No obstacles observed	4,7	6,2	5,2

* Wskazania ograniczone zostały do trzech możliwości, stąd odsetki nie sumują się.

* Each enterprise was asked to indicate three major reasons at most.



dostatek rozwiązań systemowych w skali makro, skłaniających zakłady pracy do zaangażowania się w promowanie zdrowia, na co narzeka ponad połowa firm. Czynniki te istotnie częściej ($p < 0,001$) przywołują te zakłady, w których realizowane są ponadobligatoryjne działania prozdrowotne niż te, które nie podejmują takich inicjatyw. Stąd traktować go należy raczej jako utrudnienie dla realizacji promocji zdrowia niż barierę dla jej podjęcia.

Niska świadomość kadry zarządzającej przedsiębiorstw na temat ekonomicznej opłacalności promowania zdrowia personelu, a także brak wsparcia dla tego typu działań ze strony systemu społecznego są niewątpliwie głównymi czynnikami zniechęcającymi tę grupę do poważnego traktowania ponadobligatoryjnych przedsięwzięć prozdrowotnych w kontekście zadań przedsiębiorstwa. A właśnie stosunek kadry zarządzającej do inwestowania w zdrowie personelu jest jednym z podstawowych wyznaczników nie tylko samego realizowania, co przede wszystkim jakości omawianych działań (2). Menadżerowie traktujący promocję zdrowia w sposób marginalny nie tylko nie będą stymulować doskonalenia realizowanych przedsięwzięć, co działać będą w kierunku ich ograniczania jako źródła kosztów i problemów. Z drugiej strony, stykając się z działaniami prozdrowotnymi o niskiej jakości, kadra zarządzająca utwierdza się w przekonaniu o nikłym znaczeniu promocji zdrowia dla funkcjonowania firmy. I w tym miejscu uruchomiony zostaje mechanizm „błędnego koła”.

Na te przedstawionych ustaleń i wniosków można sformułować tezę, że szansą dla upowszechnienia dobrze pojętej promocji zdrowia w zakładach pracy w Polsce jest nie tyle spontaniczne, powszechne realizowanie chaotycznych działań, z czym obecnie mamy głównie do czynienia, ile próba wdrożenia początkowo mniejszej liczby, ale za to dobrze opracowanych, systemowych programów promocyjnych (skierowanych nawet na rozwiązanie wąsko określonych celów lub problemów), zgodnie z całą metodologią ich realizacji*. Powinno towarzyszyć temu badanie i ukazywanie efektów tych programów stopniowo w coraz szerszych kręgach pracodawców i menedżerów odpowiedzialnych za pomyślność ekonomiczną przedsiębiorstw. Tu oczywiście pojawia się zapotrzebowanie na profesjonalistów przygotowanych do wspomagania tego procesu. Wśród nich ważne miejsce zająć mogą profesjonaliści służby medycyny pracy, wyposażeni nie tylko w fachową wiedzę o zdrowiu i zdrowotnych czynnikach materialnego środowiska pracy, ale przede wszystkim w fachową wiedzę o podmiotach zdrowia i mechanizmach ich funkcjonowania w środowisku społeczno-organizacyjnym przedsiębiorstwa**. Brak kontaktów

z tego typu specjalistami częściej niż co dziesiąta firma przywołuje jako istotną barierę w swych działaniach prozdrowotnych, a co piąta nie wie dlaczego i w jaki sposób może promować zdrowie.

PIŚMIENNICTWO

1. Puchalski K., Korzeniowska E.: Zaangażowanie zakładów pracy w Polsce w promocję zdrowia personelu. Kierunki rozwoju w latach 1998–2001. Med. Pr. 2002; 53 (5): 355–360.
2. Puchalski K.: Promocja zdrowia w dużych zakładach pracy w Polsce. Aktualny stan i niektóre uwarunkowania. Prom. Zdr. Nauki Społ. Med. 2000; 7 (19): 66–87.
3. Puchalski K., Korzeniowska E.: Rozwiązywanie problemu palenia tytoniu w zakładach pracy w Polsce. Med. Pr. 2001; 52 (6): 459–464.
4. Puchalski K.: Aktywność dużych zakładów pracy w Polsce w dziedzinie promocji zdrowia. W: Postępy w profilaktyce i leczeniu przewlekłych chorób niezakaźnych. T. II Materiały IV Seminarium CINDI, 28–29 października 1999, Spała (Program CINDI-WHO w Polsce). Fundacja „Wszystko dla Zdrowia”, Łódź 2000.
5. Covey S.R.: Siedem nawyków skutecznego działania. Wydawnictwo MEDIUM, Warszawa 1996.
6. Korzeniowska E., Puchalski K.: Kwestionariusz oceny jakości programów promocji zdrowia w miejscu pracy. Med. Pr. 2002; 53 (5): 361–368.
7. Sito A., Berkowska M. [red]: Modele ewaluacji w programach promocji zdrowia: teoria i praktyka. Med. Wieku Rozwojowego 2000, 4 (Supl. 1): 1–212.
8. Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., McQueen D.V., Potvin L., Springett J., Ziglio E. [red.]: Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series No. 92. World Health Organization, Copenhagen 2001.
9. Korzeniowska E.: Zdrowi pracownicy w zdrowej organizacji – Konferencja Europejskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. Med. Pr. 1999; 50: 6, 601–604.
10. Grossman R., Scala K.: Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1997.
11. Korzeniowska E.: Organizowanie i realizacja programów promocji zdrowia w miejscu pracy. W: Gniadzowski A. [red]. Promocja zdrowia w miejscu pracy. Wybrane programy. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1998.
12. Gniadzowski A.: Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997.
13. Ewles L., Simnett I.: Promoting Health: A Practical Guide. Wyd. 2. Scutari Press, 1992.
14. Mikołajczyk A.: Zakładowy program ochrony słuchu jako odpowiedź na potrzeby zdrowotne populacji pracujących z terenu woj. świętokrzyskiego. Med. Pr. 2002; 53 (1): 85–88.

* Przykładem takiego działania może być Świętokrzyski Wojewódzki Program Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy na lata 2000–2005 „Zakładowy Program Ochrony Słuchu” (14).

** Umiejętności z tego zakresu doskonalic można przy współpracy z Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

