

Eliza Iwanowicz

JAKOŚĆ I SKUTECZNOŚĆ DZIAŁAŃ ANTYTYTONIOWYCH W ZAKŁADACH PRACY

QUALITY AND EFFECTIVENESS OF SMOKING CESSATION INTERVENTIONS IN WORKPLACES SITES

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź

Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejsu Pracy

STRESZCZENIE

Jak wynika z badań Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejsu Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, stan i jakość działań antytytoniowych wdrażanych w przedsiębiorstwach w Polsce są niezadowalające. W związku z tym niezbędne wydaje się upowszechnianie dobrych praktyk w omawianym zakresie. W artykule zaprezentowano wybrane wyniki przeglądu dostępnych w literaturze badań nad skutecznością programów antytytoniowych w miejscu pracy, głównie rozwiązania mające wpływ na frekwencję w interwencjach antytytoniowych oraz ograniczenie zjawiska palenia tytoniu. Wynika z nich, że czynnikami mogącymi przyczynić się do efektywnego uwalniania zakładu pracy od dymu tytoniowego są m.in. podmiotowe traktowanie adresatów interwencji oraz zapewnienie im różnych form wsparcia społecznego w rzucaniu palenia. Niezbędne jest zwiększanie świadomości kadry zarządzającej polskich przedsiębiorstw w zakresie skuteczności omawianych rozwiązań. Med. Pr. 2008;59(3):263–269

Słowa kluczowe: promocja zdrowia w miejscu pracy, programy antytytoniowe

ABSTRACT

According to the survey carried out by the National Centre for Workplace Health Promotion at the Nofer Institute of Occupational Medicine, the level and quality of smoking cessation interventions implemented in Polish enterprises are insufficient. Therefore, the dissemination of good practices in this field is needed. The paper presents (on the basis of the literature review) chosen outcomes of the research focused on the effectiveness of workplace smoking cessation interventions. These are mostly methods influencing the turnout in such programs as well as reduction of smoking in the workplace. According to the papers in question, partnership relationships between the organizers of the program and its participants as well as ensuring the employees in the process of quitting various forms of social support are factors, which may contribute to effective reduction of smoking in the workplace. It seems necessary to increase awareness of this issue among Polish managers. Med Pr 2008;59(3):263–269

Key words: workplace health promotion, smoking cessation programmes

Adres autorki: św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: whpp@imp.lodz.pl

Nadesłano: 11 lutego 2008

Zatwierdzono: 2 czerwca 2008

WSTĘP

Działania antytytoniowe w obszarze polityki zdrowotnej mają głównie na celu ochronę zdrowia niepalących przed szkodliwym dymem papierosowym, stąd też ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych określa różnego rodzaju ograniczenia swobody palenia. Dotyczy to m.in. zakładów pracy, w których pracodawca ma obowiązek wprowadzenia zakazu palenia tytoniu poza pomieszczeniami wyodrębnionymi i odpowiednio przystosowanymi (1). Konsekwencje palenia tytoniu przez pracowników powinny być jednak rozpatrywane w szerszym (niż tylko zdrowotnym) kontekście, ponieważ może mieć ono negatywny wpływ na aspekt biznesowy funkcjonowania zakładu pracy (2). Z tego też powodu (zarówno z perspektywy niepalącej części załogi, jak i pracodawcy) korzystne jest wdrażanie skutecznych rozwiązań ograniczających w przedsiębiorstwie omawiane zjawisko. Chodzi tutaj nie tylko o zagwarantowanie załodze

palarni zgodnej z przepisami prawa*, ale także takie wprowadzanie ograniczeń swobody palenia tytoniu, by były one respektowane przez pracowników, oraz proponowanie im ponadobligatoryjnych (tj. wykraczających poza przepisowe palarnie) działań służących ograniczeniu w firmie zjawiska palenia tytoniu (tak biernego, jak i czynnego).

Jeśli chodzi o sposób wdrażania tego typu rozwiązań, by były one skuteczne (czyli przyczyniły się do rzeczywistego uwalniania zakładu pracy od dymu tytoniowego), to należy odnieść się do metodologii programów promocji zdrowia w miejscu pracy. Zgodnie z nią sukces tego typu przedsięwzięć zależy od ich jakości oraz akceptacji przez osoby, do których są one adresowane. Grossmann

* Dotyczy zapisów § 111 oraz § 40–42 załącznika nr 3 do Rozporządzenia ministra pracy i polityki socjalnej z dnia 26 września 1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, który nakłada na pracodawcę obowiązek zapewnienia palarni oraz określa jej parametry (3).



i Scala obrazują to następującą zależnością: sukces programu = jego jakość $\times$ akceptacja (4). Podstawowym czynnikiem sprzyjającym przychylnemu przyjęciu przedsięwzięcia prozdrowotnego przez pracowników jest ich podmiotowe traktowanie, a także umożliwienie im uczestnictwa w całokształcie prac nad jego przygotowaniem. Jakość programu zależy natomiast m.in. od właściwego rozpoznania potrzeb zdrowotnych załogi oraz gotowości i możliwości ich zaspokojenia w firmie poprzez promocję zdrowia, a następnie na tej bazie zaplanowanie i wdrożenie działań służących kształtowaniu wiedzy, umiejętności i motywacji pracowników do realizacji zachowania zdrowotnego (niepalenia), a także stworzenie takich możliwości w zakładzie pracy (5).

W 2006 r. w Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy (KCPZwMP) Instytutu Medycyny Pracy przeprowadzono badanie nt. działań antytytoniowych podejmowanych w polskich przedsiębiorstwach*. Zrealizowano je metodą wywiadu kwestionariuszowego wśród 611 przedsiębiorstw z terenu całego kraju. Wylosowana próba dobrana została jako reprezentatywna dla ogółu przedsiębiorstw w Polsce, zatrudniających powyżej 50 pracowników (z wyłączeniem ochrony zdrowia oraz edukacji wg sekcji PKD). Respondentami byli przedstawiciele kadry zarządzającej firm. Wyniki badania wskazują na niską jakość wymienionych działań (m.in. dominujące restrykcje oraz generalny niedostatek skutecznych bodźców motywujących pracowników do podejmowania decyzji o niepaleniu), niekonsultowanie z pracownikami (w około co drugiej firmie) akcji antytytoniowych oraz małą świadomość przedsiębiorców (w blisko 85% zakładów pracy) w dziedzinie wpływu zjawisk palenia tytoniu na biznesowe aspekty funkcjonowania przedsiębiorstw. Niewątpliwie może to przekładać się na małe zainteresowanie w polskich firmach omawianymi działaniami oraz na niską skuteczność interwencji antytytoniowych. Podobne wyniki, tj. świadczące o niewystarczającej jakości interwencji antytytoniowych w zakładach pracy w Polsce oraz niskiej świadomości menadżerów nt. korzyści z ich realizacji, wykazały także wcześniejsze badania KCPZwMP (6,7).

Podobnie jak jakość, tak i stan działań antytytoniowych w polskich przedsiębiorstwach jest niewystarczający. Przykładowo, badanie KCPZwMP pokazuje, że aż w co drugiej firmie (49%) nieprzestrzegany jest określony przepisami prawa obowiązek ograniczenia palenia tytoniu do wyodrębnionych i odpowiednio

przystosowanych palarni. W odniesieniu zaś do działań ponadobligatoryjnych tylko blisko co czwarty zakład pracy (23%) w ciągu dwóch lat przed badaniem wdrożył przynajmniej jedną niewymaganą prawem interwencję antytytoniową (były to głównie różnego rodzaju sankcje za niedozwolone palenie w zakładzie pracy).

Tak więc twórcy i realizatorzy zakładowych programów antytytoniowych stoją przed wieloma wyzwaniami — muszą odpowiedzieć sobie na pytanie, jak zaplanować i zrealizować program, by przyniósł on optymalne efekty. Niniejszy artykuł zawiera opis jedynie kilku z wielu zagadnień, które powinny stanowić obszar zainteresowania pomysłodawców i wykonawców zakładowego programu promocji zdrowia, a mianowicie: jak zainteresować nim i włączyć w zaplanowane działania jak najwięcej palących pracowników oraz jakiego typu interwencje antytytoniowe wprowadzić do programu.

Autor artykułu opiera się przy tym na kluczowych opisach tego typu przedsięwzięć prozdrowotnych dostępnych w literaturze. Z uwagi na to, że w Polsce generalnie nie prowadzi się badań nad skutecznością poszczególnych działań antytytoniowych na ograniczenie zjawiska palenia w zakładzie pracy, dokonany został przegląd publikacji zagranicznych z zakresu medycyny pracy, zdrowia publicznego i promocji zdrowia z ostatnich kilku lat. Ponadto prezentowane są wybrane wyniki badania KCPZwMP z 2006 r. obrazujące jakość omawianych działań w polskich przedsiębiorstwach.

Na wstępie należy także zaznaczyć, że istotnym utrudnieniem w analizie, poza ograniczoną ilością dostępnych w literaturze wyników badań nad skutecznością poszczególnych działań antytytoniowych, jest ich częsta niejednoznaczność. Jest to spowodowane m.in. stosowaniem odmiennej metodologii, a także różnorodną specyfiką zakładów pracy i populacji pracowników, do których tego typu przedsięwzięcia są adresowane. Wszystko to powoduje, że często nie jest możliwe bezpośrednie porównanie wyników różnych badań nad skutecznością danej interwencji.

UCZESTNICTWO W ZAKŁADOWYCH PROGRAMACH ANTYTYTONIOWYCH

Poważną trudnością, która może pojawić się w trakcie implementacji i realizacji zakładowego programu promocji zdrowia, jest niska partycypacja palącej części załogi. Przykładowo, jak wynika z badania KCPZwMP, aż co trzeci przedstawiciel kadry zarządzającej firm (33%), w których podejmowane są ponadobligatoryjne działania na rzecz zdrowia personelu, wśród trzech głównych

* Badanie na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w ramach projektu „Utworzenie ogólnopolskiej sieci zakładów pracy uwalniających się od dymu tytoniowego” (umowa nr 41/MP/2006/312/3734). Kierownik badania: dr Elżbieta Korzeniowska.



przeszkód w tym zakresie wskazuje małe zainteresowanie pracowników takimi interwencjami.

Pierwszym krokiem do zwiększenia udziału załogi w programie promocji zdrowia są działania w fazie przygotowań, polegające na dopasowaniu jego formy do specyfiki wykonywanej pracy. Przykładowo, jak podają Sorensen i wsp. (8), w przypadku załogi obsługującej linię produkcyjną, której trudno byłoby opuścić stanowisko pracy bez zatrzymania produkcji, można by wdrożyć pewne formy interwencji antytytoniowej blisko stanowiska pracy. Takie, które oparte są głównie na samopomocy czy strategiach niewymagających uczestnictwa całej grupy, lub też wprowadzić je w miejscach odpoczynku i dopasować czas ich realizacji do momentu występowania przerw w pracy.

Nie zawsze od razu udaje się zachęcić do udziału w programie znaczną część palącej załogi. Ważne jest jednak to, by twórcy programu w trakcie jego ewaluacji identyfikowali czynniki utrudniające uczestnictwo, a następnie eliminowali je w kolejnych jego edycjach. Dobrym przykładem może być działanie Hunt i wsp. (9), twórców zakładowego programu pod nazwą „SMART — Teens Against the Risk of Tobacco”, przeprowadzonego wśród 15–18-latków pracujących w sieci sklepów spożywczych. Okazało się, że jedną z poważniejszych barier w implementacji interwencji antytytoniowych na zaplanowanym poziomie były takie cechy pracy, jak jej nieregularność (wynikająca ze zmianowości) oraz czasowość, która wiązała się z dużą fluktuacją pracowników. W celu sprostania tym problemom wprowadzono cykliczność interwencji — były one powtarzane co około 3 miesiące. Ponadto, w każdym ze sklepów wygospodarowano specjalne miejsca — tzw. Smart Centers, w których organizowano wystawy i rozdawano ulotki o tematyce antytytoniowej, co umożliwiło pracownikom kontakt z programem nawet wówczas, gdy nie realizowano żadnych interaktywnych form interwencji. Co więcej, rozszerzono czas realizacji programu na weekendy, kiedy to młodzież stanowiła znaczną część pracowników sklepu (9).

Jak wynika z innych dostępnych w literaturze opisów przedsięwzięć antytytoniowych, przykładowymi czynnikami, które mogą przyczynić się do zwiększonego udziału palących pracowników w programie, są także: możliwość darmowego uczestnictwa (10–12), dostępność dla współmałżonków i/lub dzieci pracowników (12), możliwość uczestniczenia w programie w godzinach pracy (9,12), jednoczesne wprowadzenie programu antytytoniowego oraz ograniczenia możliwości palenia na terenie firmy (12), formuła atrakcyjna z punktu

widzenia pracowników (np. możliwość skorzystania z niekonwencjonalnych metod terapii antytytoniowej, takich jak np. hipnoza (12) czy wzięcia udziału w całonocnym programie wykorzystującym jednocześnie interwencję psychologiczną, farmakologiczną oraz edukację zdrowotną) (10,11), odpowiednie nagłośnień programu wśród załogi (12), a także zachęty finansowe (13–15). Należy przy tym zaznaczyć, że nie zawsze istnieje w tym zakresie zbieżność wyników programów antytytoniowych. Przykładowo Moher i wsp. (16) na podstawie metaanalizy kilkunastu zakładowych programów antytytoniowych wykazali ograniczony wpływ gratyfikacji na uczestnictwo w nich (choć możliwość uzyskania nagród wiązała się z większą częstością podejmowania prób rzucenia palenia w grupach badanych w stosunku do kontrolnych).

Spośród wymienionych rozwiązań w badaniu KCPZWP pytano przedstawicieli kadry zarządzającej polskich przedsiębiorstw o stwarzanie możliwości uczestnictwa w zakładowych przedsięwzięciach antytytoniowych rodzin palących pracowników, a także o stosowanie nagród. Jeśli chodzi o angażowanie członków rodzin, to w ciągu dwóch lat przed badaniem dotyczyło to tylko 1% firm. Podobnie do rzadkości należy stosowanie gratyfikacji jako formy wspierania niepalenia — tylko ok. 2% firm przyznaje jednorazowe nagrody (rzeczowe lub finansowe) pracownikom decydującym się na rzucenie palenia lub stosuje regularne nagrody finansowe za niepalenie tytoniu w czasie pracy. Należy przy tym nadmienić, że w polskich zakładach pracy najpowszechniejszą formą wspierania niepalenia przez pracowników jest karanie. Niemal co czwarta firma stosuje upomnienia lub nagany za łamanie wewnętrznych reguł i przepisów dotyczących palenia (23%), a co dziesiąta — sankcje finansowe (10%).

Twórcy oraz realizatorzy zakładowych programów antytytoniowych muszą być świadomi, że nie zawsze wysoki współczynnik partycypacji palaczy przekłada się na wysoki odsetek pracowników skutecznie rzucających palenie. Problem ten może występować w programach, w których stosuje się zachęty finansowe. Pokazują to m.in. wyniki badania przeprowadzonego przez Hennricusa i wsp. (13). Interwencje antytytoniowe, w których zastosowali motywacje finansowe, przyciągnęły dwa razy więcej palaczy niż programy, w których nie wprowadzili takich zachęt (odpowiednio 22–12% uczestników). Wysoka frekwencja nie przełożyła się jednak w istotny sposób na wzrost odsetka osób skutecznie rzucających palenie. Badacze interpretują to w taki sposób, że po pierwsze programy antytytoniowe



z zachętami mogą przyciągać pracowników, którzy są słabo zmotywowani do rzucenia palenia. Chodzi o to, że gratyfikacje mogą mieć głównie wpływ na kształtowanie motywacji zewnętrznej do rzucenia palenia, jeśli więc uczestnik programu nie jest zmotywowany wewnętrznie (nie ma rzeczywistej potrzeby wyjścia z nałogu), to istnieje duże ryzyko powrotu do palenia (17,18). Po drugie, sam program mógł składać się z mało efektywnych form interwencji antytytoniowej, które nie doprowadziły do pełnego wykorzystania wysokiego poziomu frekwencji (13).

INTERWENCJE ANTYTYTONIOWE W ZAKŁADACH PRACY

Wobec powyższego powstaje pytanie, jakiego rodzaju interwencje antytytoniowe należałoby wprowadzać do programu, by przyczyniał się on do znacznej redukcji odsetka palących pracowników? Odpowiedź nie jest prosta, ponieważ istotnym ograniczeniem w kwestii wyboru odpowiednich metod jest mała liczba badań nad skutecznością poszczególnych form zakładowych interwencji antytytoniowych opisywanych w literaturze.

Możliwe do wdrożenia w firmie interwencje to m.in. stosowanie nagród za niepalenie, grupy wsparcia, poradnictwo przez telefon, farmakologiczne wspomaganie procesu wychodzenia z uzależnienia nikotynowego, hipnoza, a także ich różne zestawienia.

Jeśli zdecydujemy się na gratyfikacje finansowe, to należy dokładnie rozważyć, jakie inne działania antytytoniowe wprowadzić do takiego programu, by wiązał się on z wyraźną redukcją palącej części załogi. Koffman i wsp. (14) wdrożyli program kompleksowy, tj. wykorzystujący różnorodne przedsięwzięcia, takie jak edukacja zdrowotna, samopomocowe grupy wsparcia oraz poradnictwo przez telefon.

Szczególnie ważnym jego elementem była antytytoniowa terapia telefoniczna. Oparto ją na transteoretycznym modelu zmiany zachowań zdrowotnych Prochaski i DiClemente. Konsultacje przez telefon odbywały się mniej więcej raz w miesiącu, dzięki czemu terapeuci na bieżąco monitorowali przechodzenie pracowników przez kolejne etapy zmian. Uczestnicy programu uzyskiwali wsparcie w zakresie rozwijania indywidualnych strategii rzucania palenia w zależności od tego, w którym miejscu modelu właśnie się znajdowali. Terapeuci pomagali pracownikom uczyć się na błędach popełnionych w trakcie wcześniejszych, nieudanych prób zerwania z nałogiem. Jeśli któryś z palaczy nie był jeszcze gotowy podjąć kolejnej próby, to zadaniem konsultanta

było podtrzymanie jego pozytywnego nastawienia do rzucania palenia, natomiast w przypadku osób rozważających ten krok — zachęcenie i zmotywowanie do niego.

Wiele konsultacji telefonicznych było poświęconych przeciwdziałaniu niepowodzeniom w procesie rozstawania się z nałogiem, co polegało na nauce radzenia sobie w sytuacjach stresowych usposabiających do sięgania po papierosa. Ponadto terapeuci uzmysławiali swoim rozmówcom, że najważniejszymi czynnikami prowadzącymi do osiągnięcia sukcesu są samokontrola oraz wiara w własne możliwości. Chodziło o to, by ukształtować w pracownikach przekonanie, że sukces w rzuceniu palenia zależy od ich silnej woli, oraz na rozwijaniu w nich wiary we własne możliwości — po to, by nie utożsamiali zaprzestania palenia z zewnętrznym, niezależnym od siebie czynnikiem, jakim jest zachęta finansowa, którą wprowadzono do programu jako element motywujący do wzięcia w nim udziału (tak więc terapia ta miała wpływ na rozwój motywacji wewnętrznej do rzucenia palenia). Ukształtowanie w pracownikach takiego poczucia miało prowadzić do podtrzymania nowego zachowania — niepalenia (14).

Koffman i wsp. podkreślają, że oprócz merytorycznej strony takich telefonicznych konsultacji, ich pozytywny wpływ mógł wynikać z dostępu do nich przez cały okres trwania programu oraz tego, że terapeuci sami nawiązywali kontakt z palącą częścią załogi przedsiębiorstwa. Sprzyjało to ciągłości terapii oraz kształtowaniu w pracownikach poczucia, że komuś zależy na ich sukcesie (było to istotnym elementem wsparcia społecznego palaczy w procesie rozstawania się z nałogiem) (14).

Co do skuteczności omawianej tu kompleksowej interwencji antytytoniowej z gratyfikacjami, to po pół roku od jej wdrożenia wiązała się ona z istotnie (bo niemal dwa razy) wyższym odsetkiem abstynentów nikotynowych w stosunku do podobnego programu bez zachęt (odpowiednio 41% i 23%). Osiągnięto to jednak dzięki dużym nakładom finansowym (wysokość nagród oraz długi okres ich dostępności, trwający 5 miesięcy realizacji programu), co mogło wpłynąć na opisany powyżej wynik. Należy jednocześnie zaznaczyć, że badanie po upływie kolejnych 6 miesięcy nie wykazywało już tak wysokich różnic w odsetkach uczestników programu zachowujących abstynencję nikotynową (36% eks-palaczy w programie z gratyfikacjami, do 30% w programie bez nagród). Podobne konkluzje (tj. dotyczące wyraźnego zmniejszenia różnicy odsetków niepalących uczestników programu w grupie badanej i kontrolnej w ewaluacji przebiegającej w okresie powyżej 6 miesięcy



od momentu startu programu) wynikają także z meta-analizy 15 zakładowych programów antytytoniowych z nagrodami oraz współzawodnictwem dokonanej przez Hey i wsp. (15).

Na podstawie swojego badania Koffman i wsp. (14) sugerują, że pracodawcy, którzy nie mogą przeznaczyć znacznych środków finansowych na program antytytoniowy, powinni zrezygnować z wprowadzania zachęt finansowych dla uczestników, a skoncentrować się na opracowaniu i wdrożeniu kompleksowego programu (tj. zawierającego różnorodne formy oddziaływania na palaczy) (14). Dużą efektywność, a tym samym celowość realizacji w przedsiębiorstwie całłościowych programów antytytoniowych wydają się potwierdzać wyniki części dostępnych w literaturze opisów tego typu przedsięwzięć prozdrowotnych, w których wykorzystano całą gamę różnorodnych interwencji (10–12,14). Nie jest tak jednak w każdym przypadku. Przykładowo zależności takiej nie wykazali Moher i wsp. (16).

Jakie inne poza terapią przez telefon czy sesjami grupowymi formy wsparcia społecznego można zapewnić pracownikom w programie antytytoniowym? Może to być także interwencja z udziałem lekarza zakładowego. Badanie nad skutecznością takich działań przeprowadzili m.in. Lang i wsp. (19), którzy porównali dwa rodzaje interwencji antytytoniowych z udziałem przeszkolonych do tego celu lekarzy zakładowych.

Strategia A — oparta na prostym poradnictwie antytytoniowym — polegała na informowaniu pracownika o zdrowotnych i społecznych konsekwencjach palenia papierosów, a przez to zachęcaniu go do rozstania się z nałogiem oraz udzielaniu odpowiedzi na pytania dotyczące negatywnych efektów związanych z rzucaniem palenia.

W strategii B pracownik otrzymywał taki sam zestaw informacji, jak w strategii A, jednak głównym celem spotkania nie była edukacja zdrowotna, ale zmotywowanie palacza do podjęcia próby rozstania się z nałogiem. W związku z tym lekarz medycyny pracy zachęcał pracownika do ustalenia konkretnej daty zaprzestania palenia (najczęściej 1 miesiąc od wizyty), co było formą moralnego kontraktu między nimi. Na tydzień przed tą zaplanowaną datą lekarz kontaktował się telefonicznie z pracownikiem w celu utwierdzenia go w postanowieniu zerwania z nałogiem oraz zachęceniu do działania. Druga rozmowa telefoniczna miała miejsce po upływie miesiąca lub dwóch od ustalonej daty zaprzestania palenia w celu wsparcia w nowym zachowaniu tej części załogi, która rozstała się z nałogiem, albo zachęcenia do podjęcia wysiłku tych pracowników, których próba

zakończyła się niepowodzeniem lub którzy w ogóle jej nie podjęli.

Jak można się spodziewać, strategia B okazała się być bardziej skuteczna od strategii A — redukcja odsetka palących pracowników po upływie 12 miesięcy wynosiła 13% w grupie A oraz 18% w grupie B. Ponadto, Lang i wsp. wykazali, że efekt interwencji podjętej w grupie B był większy wśród pracowników uzależnionych od nikotyny:

- wypalających mniej niż 10 papierosów na dobę w porównaniu z osobami palącymi więcej,
- w wieku 40 lat i więcej w porównaniu do młodszych palaczy,
- mających małe poczucie kontroli nad własnym zdrowiem w porównaniu z osobami o poczuciu dużej kontroli.

W związku z tym, jak podają badacze, szczególnie uzasadnione wydaje się włączenie strategii B do programów antytytoniowych w zakładach pracy, w których paląca papierosy część załogi spełnia wymienione powyżej warunki. Co więcej, autorzy podkreślają, że gdyby taka forma wsparcia społecznego palacza, jak w strategii B, była elementem każdej wizyty pracownika uzależnionego od nikotyny w gabinecie lekarza medycyny pracy, to przyczyniłaby się do znacznej redukcji rozpowszechnienia palenia wśród załogi (19).

W polskich przedsiębiorstwach udzielanie indywidualnych porad medycznych dla pracowników w celu zachęcenia ich do niepalenia należy do rzadkości (dotyczy to tylko 5% firm biorących udział w badaniu KCPZwMP).

Proces rozstawania się z nałogiem uzależnienia od nikotyny może być również wspomagany farmakologicznie — np. stosowaniem nikotynowej terapii zastępczej czy bupropionu. Jak wykazują badania, skorzystanie z takiej metody rzucania palenia może być szczególnie skuteczne u osób wypalających przynajmniej 10 papierosów na dobę (20). Jak wynika z doświadczeń przedsiębiorstw, które wdrożyły do swoich całłościowych programów terapię farmakologiczną, możliwa jest dzięki temu wyraźna redukcja rozpowszechnienia palenia wśród załogi (10,11,21). W firmach tych połączono wydawanie wyżej wymienionych leków z opieką psychologiczną nad palącymi pracownikami oraz ich edukacją zdrowotną. Wydaje się to jak najbardziej uzasadnione, gdyż o ile wymienione środki farmakologiczne oddziałują na organizm palacza na poziomie biologicznym, o tyle dwie pozostałe formy są niezbędne do zmotywowania (bądź podtrzymania motywacji) pracownika do rzucenia palenia czy wytrwania w abstynencji nikotynowej. W ten



sposób można zmniejszać ryzyko powrotów do uzależnienia. Twórcy jednego z omawianych programów podkreślają, że choć implementacja terapii farmakologicznej wiąże się z wysokimi początkowymi kosztami, to jednak zostają one zwrócone z czasem, gdy zmniejszy się liczba palących pracowników i poprawi stan ich zdrowia, a to z kolei przełoży się na wzrost produktywności i obniżoną absencję chorobową. Warto podkreślić, że skuteczność farmakoterapii w zakładowych programach antytytoniowych potwierdzają także Moher i wsp. na podstawie analizy kilku spośród dostępnych w literaturze opisów takich interwencji (16).

Polskie firmy natomiast bardzo rzadko sponsorują pracownikom zakup środków farmakologicznych ułatwiających rzucenie palenia (1% wszystkich przebadanych przedsiębiorstw). Dotyczy to w zasadzie wyłącznie dużych zakładów pracy (tj. zatrudniających powyżej 500 pracowników), gdzie odsetek ten sięga 6%.

Z doświadczenia Sorensena i wsp. (12) wynika, że innym skutecznym elementem zakładowego programu antynikotynowego może być hipnoza. Ta niekonwencjonalna metoda terapii polega na dostarczaniu palaczowi sugestii w zakresie zmiany postrzegania zachowań związanych z nałogiem. Wykazuje ona szczególną efektywność wtedy, gdy osoba uzależniona od nikotyny jest silnie zmotywowana do rzucenia palenia. Według Sorensena i wsp. może mieć to miejsce wtedy, gdy zakład pracy wdraża całkowity zakaz palenia na swoim terytorium (12).

Obserwację o tym pozytywnym wpływie wewnątrzzakładowych reguł czy przepisów ograniczających swobodę palenia na zmniejszenie konsumpcji papierosów w godzinach pracy, a tym samym zjawiska biernego palenia tytoniu, potwierdzają także Moher i wsp., którzy dokonali przeglądu kilkunastu zakładowych programów antytytoniowych (16). Fichtenberg i Glantz wyliczyli (na podstawie analizy wyników 26 badań nad wpływem zakładowych ograniczeń swobody palenia tytoniu na poziom tego zjawiska), że w firmach, na których terenie w ogóle nie można palić, jest o przeciętnie 4% niższe rozpowszechnienie tego nałogu, natomiast pracownicy tkwiący w uzależnieniu konsumują o 3 papierosy mniej na dobę w porównaniu z pozostałymi przedsiębiorstwami (22).

Oczywiście prawidłowo wdrożone (z punktu widzenia metodologii programów promocji zdrowia w miejscu pracy) ograniczenia powinny być wynikiem konsultacji z pracownikami. Jak wynika natomiast z badania KCPZwMP, aż połowa polskich firm (52%), w których występują tego typu restrykcje, wdrożyła je bez

wcześniejszego porozumienia z załogą. Tylko w 14% przedsiębiorstw umożliwiono wypowiedzenie się w tej kwestii wszystkim pracownikom.

Na zakończenie rozważań na temat jakości zakładowych przedsięwzięć antytytoniowych należy podkreślić, że osoby planujące tego typu program, zwłaszcza gdy robią to po raz pierwszy, mogą oprzeć się na dostępnych w literaturze opisach interwencji. Zawsze jednak wybór metod musi być dostosowany do specyfiki i możliwości danego przedsiębiorstwa oraz oczekiwań adresatów (stąd niezbędne jest rozpoznanie potrzeb pracowników w tym zakresie na etapie planowania przedsięwzięcia prozdrowotnego). W badaniu KCPZwMP natomiast tylko w połowie firm (54%) realizujących ponadobligatoryjne działania na rzecz zdrowia personelu kadra zarządzająca zadeklarowała, że zazwyczaj mają one postać precyzyjnie zaplanowanych programów.

Błąd w omawianej kwestii (tj. bezpośredniego odwołania rozwiązań z innego programu) popełnili m.in. Hunt i wsp. (9), organizując działania antytytoniowe dla nastolatków pracujących w sieci sklepów spożywczych. Badaczom wydawało się, że skoro szkolne programy tego typu, w których wykorzystuje się oddziaływanie na młodzież rówieśnika — lidera, mają dużą skuteczność, to taka forma interwencji powinna przynieść podobne efekty w przedsiębiorstwie. Otóż okazało się, że środowisko pracy w przeciwieństwie do szkoły nie sprzyjało tworzeniu bliskich, przyjacielskich relacji z rówieśnikami, które w szkołach wpływały na kształtowanie negatywnych postaw nastolatków wobec papierosów (9).

PODSUMOWANIE

Badanie zrealizowane przez KCPZwMP w 2006 r. wśród przedstawicieli kadry zarządzającej zakładów pracy w Polsce pokazuje, że jakość podejmowanych tam działań antytytoniowych jest zdecydowanie niewystarczająca. Dominacja sankcji za łamanie wewnętrznych reguł/przepisów ograniczających swobodę palenia tytoniu nad nagradzaniem pracowników za rzucenie palenia/niepalenie, jednokierunkowych form edukacji zdrowotnej (np. poprzez rozdawanie ulotek) nad interwencjami dwukierunkowymi (np. wsparcie społeczne w rzucaniu palenia ze strony lekarza, psychologa) oraz przedmiotowe traktowanie pracowników przy wdrażaniu interwencji antytytoniowych to tylko przykładowe błędy w realizacji zakładowych programów. Co więcej, w przypadku aż 95% firm w ogóle nie analizuje się skutków palenia tytoniu przez pracowników, a 93% spośród tych zakładów, które wdrażają jakieś działania antytytoniowe, w ogóle nie ocenia ich skuteczności.



Jak wynika natomiast z dokonanego przeglądu literatury, to właśnie wdrożenie programu zawierającego interwencje polegające na udzielaniu pracownikom wychodzącym z uzależnienia nikotynowego wsparcia tak społecznego (m.in. indywidualne lub grupowe sesje z psychologiem lub lekarzem, samopomocowe grupy wsparcia, konsultacje przez telefon), jak i rzeczowego (głównie farmakologiczne formy wychodzenia z uzależnienia nikotynowego), wiąże się z istotną szansą sukcesu w uwalniania zakładu pracy od dymu tytoniowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. DzU z 1996 r. nr 10, poz. 55 z późn. zm.
2. Griffiths J., Grievs K.: *Why Smoking in the Workplace Matters: An Employer's Guide*. WHO, Copenhagen 2002 [cytowany 30 czerwca 2008]. Adres: <http://www.euro.who.int/document/e74820.pdf>
3. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Tekst jednolity DzU z 2003 r. nr 129, poz. 844 z późn. zm.
4. Grossmann R., Scala K.: *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1997
5. Korzeniowska E.: *Organizowanie i realizacja programów promocji zdrowia w miejscu pracy*. W: Gniazdowski A. [red.]. *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Wybrane programy*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1998, ss. 9–32
6. Puchalski K., Korzeniowska E.: *Rozwiązywanie problemu palenia tytoniu w zakładach pracy w Polsce*. Med. Pr. 2001;52(6):459–464
7. 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
8. Sorensen G., Barbeau E., Hunt M.K., Emmons K.: *Reducing social disparities in tobacco use: a social-contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers*. Am. J. Public. Health 2004;94:230–239
9. Hunt M.K., Fagan P., Lederman R., Stoddard A., Frazier L., Girod K., Sorensen G.: *Feasibility of implementing intervention methods in an adolescent worksite tobacco control study*. Tob. Control. 2003;12(Supl. IV):iv40–45
10. Ryan P.J., Forster N.J.D., Holder D.: *Evaluation of a worksite smoking — cessation program*. J. Occup. Environ. Med. 2002;44(8):703–704
11. Cruse S.M., Forster N.J.D., Thurgood G., Sys L.: *Smoking cessation in the workplace: results of an intervention programme using nicotine patches*. Occup. Med. 2001;51:501–506
12. Sorensen G., Beder B., Prible C.R., Pinney J.: *Reducing smoking at the workplace: implementing a smoking ban and hypnotherapy*. J. Occup. Environ. Med. 1995;37(4):453–460
13. Hennricus D.J., Jeffrey R.W., Lando H.A., Murray D.M., Brelje K., Davidann B i wsp.: *The effect of program format and incentives on participation and cessation in worksite smoking cessation programs*. Am. J. Public Health 2002;92(2):274–279
14. Koffman D.M., Lee W.J., Hopp W.J., Emont S.L.: *The impact of including incentives and competition in a workplace smoking cessation program on quit rates*. Am. J. Health Promot. 1998;13(2):105–111
15. Hey K., Perera R.: *Competitions and incentives for smoking cessation*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;2:art.nr CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub2
16. Moher M., Hey K., Lancaster T.: *Workplace interventions for smoking cessation*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;1:art.nr CD003440. DOI: 10.1002/14651858.CD003440.pub2
17. Iwanowicz E.: *Kształtowanie motywacji w zakładowych programach antynikotynowych. Promocja zdrowia w hierarchii wartości*. Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska [Med.] 2005;LX(Supl. XVI):177–180
18. Iwanowicz E.: *Nagrody jako jedna z form wspierania niepalenia w zakładach pracy. Promocja zdrowia w chorobie i niepełnosprawności*. Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska [Med.] 2006;LX(Supl. XVI):432–436
19. Lang T., Nicaud V., Slama K., Hirsch A., Imbernon E., Goldberg M. i wsp.: *Smoking cessation at the workplace. Results of a randomised controlled intervention study*. J. Epidemiol. Community Health 2000;54(5):349–354
20. West R., McNeill A., Raw M.: *Smoking cessation guidelines for health professionals: an update*. Thorax 2000;55: 987–999
21. Hotta K., Kinumi K., Naito K., Kuroki K., Sakane H., Imai A. i wsp.: *An intensive group therapy programme for smoking cessation using nicotine patch and internet mailing supports in a university setting*. Int. J. Clin. Pract. 2007;61(12):1997–2001
22. Fichtenberg C.M., Glantz S.A.: *Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review*. Br. Med. J. 2002;325:188–94. DOI: 10.1136/bmj.325.7357.188

