PROMOCJA ZDROWIA W MIEJSCU PRACY

WYBRANE PROGRAMY

PRACA ZBIOROWA POD REDAKCJĄ
ANDRZEJA GNIAZDOWSKIEGO

INSTYTUT MEDYCYNY PRACY im. prof. dra med. Jerzego Nofera
KRAJOWE CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY
Łódź 1998

Publikacja została wydana w ramach Projektu Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, sfinansowanego przez Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej

© 1998 Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera

ISBN 83-86052-53-8

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

Opracowanie graficzne: ArtStudio (0-42) 57 21 86

Spis treści

Wprowadzenie *(Andrzej Gniazdowski)* 5

Organizowanie i realizacja programów promocji zdrowia w miejscu pracy *(Elżbieta Korzeniowska)*..... 9

Program antytytoniowy w zakładzie pracy *(Andrzej Gniazdowski)*..... 33

Picie alkoholu jako problem zakładu pracy *(Ewa Wojdyłło - Osiatyńska)* 45

Program aktywności fizycznej w zakładzie pracy *(Wojciech Drygas)*..... 75

Rozwiązywanie problemów związanych ze stresem w miejscu pracy *(Bohdan Dudek)*..... 108

Wprowadzenie

Nie ulega dziś kwestii, że ochrona zdrowia w miejscu pracy polega nie tylko na tradycyjnym zabezpieczaniu pracujących przed zagrożeniami zdrowotnymi związanymi z pracą i warunkami, w których się ona odbywa, ale również na działaniach, które określa się mianem promocji zdrowia. Dzięki działaniom promującym zdrowie pracowników ich obiektywna kondycja zdrowotna wzrasta, poprawia się też ich samopoczucie. Ma to, oczywiście, istotny wpływ na ich sprawną i wydajną pracę.

Celowość, więcej: obowiązek uwzględniania promocji zdrowia jako istotnego elementu programów ochrony zdrowia pracujących i to na wszystkich jej poziomach - od krajowego poczynając na zakładowym kończąc - podkreślana jest już od co najmniej 10 lat w wielu dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia i Międzynarodowej Organizacji Pracy. Pierwszym tego rodzaju dokumentem był poświęcony tej kwestii techniczny raport ekspertów WHO nr 765 *Health promotion for working populations* (Geneva 1988). Dobitnie sprawa ta została potwierdzona w przyjętej w Pekinie w październiku 1994 r. na Drugim Spotkaniu Współpracujących z ŚOZ Ośrodków Zdrowia Pracujących *Światowej Strategii - Zdrowie dla Wszystkich Pracujących* (polskie tłumaczenie, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1995).

Zagadnienie ochrony zdrowia pracujących poprzez działania promocyjne jest od kilku lat dostrzegane również w naszym kraju. Instytucją, która pełni rolę wiodącą, gdy chodzi o propagowanie tej nowej formy działań na rzecz zdrowia w miejscu pracy oraz stwarzanie najszerzej rozumianych warunków dla jej upowszechnienia, jest Instytut Medycyny Pracy (IMP)

w Łodzi. Najpierw zajmował się w jego ramach tym problemem Zakład Promocji Zdrowia, a od grudnia 1996 r. - Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.

Jednym z wielu, ale traktowanym z dużą uwagą, kierunkiem działania IMP w dziedzinie szerokiego wdrażania programów promocji zdrowia pracujących w naszym kraju jest opracowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-instruktażowych, które stanowią istotną pomoc w praktycznej realizacji tego rodzaju programów. W związku z tym w roku 1994 opublikowany został staraniem IMP poradnik A. Gniazdowskiego - *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne* (drugie wydanie ukazało się w 1997 r.). Opublikowano też w 1996 r. dwa szczegółowe poradniki dotyczące praktycznych problemów opracowywania i realizacji programów promocyjnych dotyczących środowiska pracy oraz palenia tytoniu (E. Korzeniowska, *Jak promować zdrowie w miejscu pracy. Program przyjaznego zdrowiu środowiska pracy* oraz K. Puchalski, *Jak promować zdrowie w miejscu pracy. Program uwolnienia od dymu tytoniowego*).

Prezentowane opracowanie stanowi kontynuację wspomnianych przedsięwzięć publikacyjnych. Zawiera ono omówienie czterech celowo wybranych problemów promocyjnych, których realizacja w zakładach pracy wydaje się być w naszych warunkach, z różnych zresztą względów, priorytetowa. Są to: zagadnienie palenia tytoniu, picia alkoholu, aktywności fizycznej oraz stresu związanego z pracą.

Obecność dwóch pierwszych problemów została podyktowana uznanym powszechnie przekonaniem, że stanowią one w naszym kraju dwa najpoważniejsze czynniki ryzyka zdrowotnego w polskiej populacji. Aktywność fizyczna z kolei jest traktowana w działaniach promocyjnych z jednej strony jako sam w sobie potężny czynnik prozdrowotny, z drugiej, dostrzega się jej katalizujący wpływ na inne, służące zdrowiu elementy stylu życia jednostki. Stąd bierze się jej wręcz kluczowa rola w promocji zdrowia. W końcu czynnik stresu związanego z pracą jest coraz szerzej dostrzegany jako zagrożenie zdrowia pracowników, choć, jak dotąd, zakładowe programy antystresowe są słabo rozpowszechnione. Celem obszernego tekstu poświęconego tej kwestii jest przede wszystkim uświadomienie zainteresowanym adresatom znaczenia tego problemu i jego narastającej roli.

Omówiony główny korpus problemowy opracowania poprzedzony jest tekstem dotyczącym generalnych problemów planowania, wdrażania i ewaluacji programów promocji zdrowia w miejscu pracy. Zawarte w nim treści mają swoje zastosowanie we wszystkich szczegółowych programach promocyjnych.

Opracowanie jest adresowane głównie do potencjalnych organizatorów programów promocji zdrowia w miejscu pracy, a także do pracodawców. Poszczególne zawarte w nim artykuły pokazują im celowość angażowania się w tego rodzaju programy, a także przekazują wskazówki i zalecenia, jak efektywnie je przygotowywać i wdrażać.

Rozdział pierwszy opracowania, autorstwa dr Elżbiety Korzeniowskiej, pracownika naukowego i kierownika Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, poświęcony jest praktycznym problemom opracowywania, realizacji oraz oceny programów promocji w miejscu pracy. Zawiera dużo sprawdzonych w praktycznym działaniu zaleceń, uwzględniających przy tym polskie realia i możliwości działania w tej dziedzinie.

Autorem rozdziału poświęconego programom antytytoniowym w zakładzie pracy jest dr Andrzej Gniazdowski, pracownik naukowy Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. W rozdziale omówione jest zagadnienie palenia papierosów jako zdrowotny i społeczno-ekonomiczny problem zakładu pracy. Podkreślona została m.in. jego specyfika wśród innych antyzdrowotnych zachowań ludzkich oraz przedstawione zostały podstawowe rodzaje działań prowadzących do w miarę skutecznego eliminowania nałogu palenia wśród pracowników.

Tekst pt. *Picie alkoholu jako problem zakładu pracy* przygotowany został przez dr Ewę Woydyłło-Osiatyńską, pracownika naukowego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Konsultanta Światowej Organizacji Zdrowia i Międzynarodowej Organizacji Pracy ds. profilaktyki dotyczącej alkoholu i narkotyków w miejscu pracy. Autorka omawia najnowsze światowe, pozytywnie zweryfikowane podejścia i inicjatywy w dziedzinie pomagania pracownikom z problemem alkoholowym. Są to przy tym, szczęśliwie, rozwiązania realizowane również w naszym kraju, choć dopiero w mikroskali. Wiążemy duże nadzieje na szersze upowszechnienie na naszym gruncie prezentowanych w opracowaniu rozwiązań w dziedzinie działań antyalkoholowych w miejscu pracy.

Rozdział poświęcony programom aktywności fizycznej na terenie zakładu pracy przygotowany został przez prof. dra hab. med. Wojciecha Drygasa, kierownika Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Akademii Medycznej w Łodzi oraz Dyrektora Programu Powszechnej Zintegrowanej Prewencji Chorób Niezakaźnych (CINDI) w Polsce. Kompetentnie napisany tekst od strony medycznej i z wybitnym nachyleniem aplikacyjnym stanowić będzie z pewnością znakomitą pomoc w organizowaniu i realizacji programów w tej kluczowej dla promocji zdrowia dziedzinie.

Rozdział ostatni: *Rozwiązywanie problemów związanych ze stresem w miejscu pracy*, autorstwa prof. dra hab. Bohdana Dudka, Kierownika Zakładu Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, jest przede wszystkim obszernym, całościowym wprowadzeniem w problematykę zdrowotnych aspektów stresu generowanego w procesie pracy. Zawiera też praktyczne propozycje pomiaru natężenia tego rodzaju stresu oraz prezentuje przykłady programów, których celem było rozwiązywanie problemów zdrowotnych z nim związanych.

Opracowanie ma w założeniu charakter wybitnie roboczy. Przewidujemy kontynuację pracy nad podjętymi tu zagadnieniami, jak również zamierzamy opracować w podobny sposób kolejne ważne problemy promocyjne w miejscu pracy.

Andrzej Gniazdowski

Elżbieta Korzeniowska
Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy
Instytut Medycyny Pracy w Łodzi

Organizowanie i realizacja programów promocji zdrowia w miejscu pracy

Promocja zdrowia, zgodnie z definicją zaproponowaną w Karcie Ottawskiej z 1986 r., określana jest naczęściej jako proces, który ma umożliwiać ludziom coraz lepszą kontrolę nad czynnikami kształtującymi ich zdrowie, a tym samym tworzyć podstawy do poprawy jego stanu. W tym sensie promocja zdrowia oznacza takie działania, które zwiększają możliwości prozdrowotnych wyborów człowieka, z jednej strony kształtując wewnętrzną odpowiedzialność jednostki za zdrowie, a z drugiej powodując poszerzanie sfery, w której może ona podejmować racjonalne decyzje w tym względzie.

Mówiąc inaczej, w promocji zdrowia idzie o to, by zwiększać możliwości wpływu poszczególnych jednostek i całych społeczeństw na zdrowie, czyli powodować, by wybory sprzyjające zdrowiu były coraz łatwiejsze. W tym sensie promocja zdrowia staje się przede wszystkim sztuką interwencji w systemy społeczne, tworzeniem w nich nowych organizacji, ról zawodowych, infrastruktur. One w konsekwencji kształtują prozdrowotne wartości, normy, przekonania i działania jednostek, jak i sprzy-

jające zdrowiu środowisko materialne (fizyczne). W procesach promocji zdrowia łączy się zatem podejście nakierowane na diagnozowanie i rozwiązywanie problemów zdrowotnych (np. palenie tytoniu) z tzw. podejściem siedliskowym. Zakłada ono, że zmieniając organizacje, instytucje i społeczności, zmienia się generalny stosunek ludzi do zdrowia (Karski, 1994).

Takim siedliskiem, które bardzo często staje się terenem promocji zdrowia, jest zakład pracy.

Zakłady pracy są szczególnie dogodnym obszarem realizacji promocji zdrowia z kilku zasadniczych punktów widzenia.

Po pierwsze - organizacji pracy promotorów zdrowia. Znajdą oni tam sprzyjające warunki ułatwiające ich działania. Idzie tu przede wszystkim o: a) łatwość kontaktowania się z adresatami działań, b) znaczną ich homogeniczność pod względem podstawowych cech społeczno-demograficznych, c) kadrę rozeznaną w głównych problemach zdrowotnych załogi i niektórych sposobach ich rozwiązywania (np. inspektorzy bhp, personel służby medycyny pracy), d) możliwość korzystania z zaplecza socjalnego firm na potrzeby programów.

Po drugie - efektywności działań nakierowanych na poprawę stanu zdrowia pracujących. Poprzez wdrażanie ich właśnie w zakładzie pracy, który jest określonym systemem społecznym, stwarza się realne szanse poszerzania możliwości rzeczywistych wyborów prozdrowotnych członków załogi. Firma promująca zdrowie tworzy bowiem określone wartości, wzory myślenia i zachowania (a więc wsparcie społeczne), jak również środowisko materialne ułatwiające pracownikom (czasem i ich rodzinom) realizację sprzyjających zdrowiu stylów życia.

Po trzecie - samych zakładów pracy. Uzyskują one w efekcie dobrze przeprowadzonego procesu promocyjnego lepsze samopoczucie pracowników i szereg korzyści pozazdrowotnych, związanych z podstawowym obszarem funkcjonowania przedsiębiorstwa.

W ramach procesów promocji zdrowia w miejscu pracy próbuje się rozwiązywać całą gamę problemów zdrowotnych, od tych związanych z ekspozycją na czynniki szkodliwe bądź uciążliwe, czy zagrożeniem wypadkowym w pracy poczynając, poprzez dotyczące stresu czy bólów krzyża, a na żywieniu się, zagrożeniu AIDS i edukacji prenatalnej kończąc (Malzson, Lindsay, 1992). Dokonuje się tego w ramach tzw. zakładowych

programów promocji zdrowia. Są to specjalnie zaplanowane i realizowane systemy działań, podporządkowane osiąganiu we wskazanym czasie określonych celów prozdrowotnych.

W sposób analityczny można wyróżnić 2 grupy tych działań: edukacyjne i tworzące warunki do podejmowania prozdrowotnych wyborów. Działania edukacyjne służą kształtowaniu świadomości (dostarczaniu wiedzy i motywacji) oraz umiejętności niezbędnych do podejmowania zachowań zdrowotnych pracowników, w ramach określonych przez dany program. Idzie tu więc np. o wykłady, seminaria, prelekcje, warsztaty, spotkania w ramach "grup wsparcia".

Wśród działań tworzących warunki można wyróżnić czynności o charakterze organizacyjnym (integrujące interes firmy z celami programu) oraz umożliwiające (ułatwiające) realizację prozdrowotnych wzorów postępowania. Jest to zatem przede wszystkim tworzenie struktur organizacyjnych dla efektywnego zaplanowania, wdrażania i oceny działań merytorycznych oraz sprzyjającej zdrowiu kultury organizacyjnej. Przykładem takich działań jest np. powołanie i funkcjonowanie zespołu odpowiedzialnego za program (można go nazwać Radą Promocji Zdrowia), pozyskiwanie i kształcenie wykonawców programu, ocena przebiegu programu, analizy ekonomiczne typu np. koszt - efektywność. Jeśli idzie o warunki o charakterze materialnym, to mamy tu na myśli np. wprowadzanie zmian w wyposażeniu stanowisk pracy, pomieszczeń socjalnych (szatni, stołówek zakładowych), czy umożliwienie pracownikom korzystania z ponadstandardowych badań lekarskich, a także obiektów i urządzeń sportowo-rekreacyjnych.

Analizując procesy upowszechniania promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce daje się zauważyć pewną niechęć do realizowania tych działań w ramach programów. Animatorom i wykonawcom tego typu przedsięwzięć często wydaje się, że można je przeprowadzić niejako "mimochodem", wyłącznie opierając się na istniejących już w firmach struktur organizacyjnych oraz różnych nieformalnych relacjach funkcjonujących na styku sfer pracy i zdrowia. Założenie takie opiera się na błędnych przesłankach, a jego przyjęcie często kończy się rozczarowaniem promotorów zdrowia i trudnościami w realizacji prozdrowotnych zamierzeń. Współczesna wiedza z zakresu organizacji i zarządzania w promocji

zdrowia podkreśla fakt, że zakład pracy, jako instytucja powołana do realizacji swoich specyficznych celów (np. produkcji towarów czy świadczenia usług), nie będzie w stanie efektywnie i trwale kształtować zdrowia swojej załogi, jeśli nie podejmie tego w sposób zaplanowany i nie wydzieli dla tych zadań specjalnego miejsca w swojej kulturze i strukturze organizacyjnej. Innymi słowy, jeśli nie stworzy rzeczywistych kanałów wprowadzania zmian sprzyjających dobremu samopoczuciu personelu, a poprzestanie jedynie na budowaniu jego świadomości zdrowotnej. Możliwości takiego skutecznego interweniowania w zdrowotny wymiar miejsca pracy dają właśnie dobrze opracowane zakładowe programy promocji zdrowia. W ich ramach tworzą się nowe jednostki organizacyjne (a co za tym idzie, idee, zadania i cele zdrowotne), które włączają się do wzorów, reguł i środków komunikacji w firmie, a szczególnie do procedur i zasad podejmowania decyzji, tym samym wpisując je w normalny rytm funkcjonowania systemu zakładu pracy. W tym sensie można uznać, że ustrukturalizowanie działań prozdrowotnych w miejscu pracy w programy jest istotnym warunkiem osiągania pozytywnych zmian w stanie zdrowia populacji pracujących (Grossmann, Scala, 1993).

Konstruowanie i wdrażanie zakładowych programów promocji zdrowia może być naprawdę fascynującym zajęciem. Jest to na ogół długotrwały proces, niesie szereg wyzwań i w tym sensie może się na początku wydawać czymś trudnym. Jednak jest to również proces współdziałania wielu ludzi, którzy mogą wspierać się wzajemnie i w ten sposób pokonywać trudności jak i doskonalić swoje umiejętności.

Jak zatem organizować i realizować zakładowe programy promocji zdrowia? Spróbujmy prześledzić ten proces strukturalizując przedsięwzięcia w jego ramach według załączonego schematu.

Działania

organizacyjne — **wdrożeniowe i oceniające**

inicjujące — **planistyczne**

- dobór zakładu
- dobór realizatorów programu
- diagnoza sytuacji zdrowotnej
- stworzenie komórki ds. realizacji programu

- określenie celów programu
- wybór zadań i ich harmonogram
- dobór sposobów ewaluacji przebiegu i efektów programu

Realizując wszystkie wymienione działania w ramach zakładowych programów promocji zdrowia warto pamiętać o następujących zasadach:

1. O ostatecznym kształcie i powodzeniu programu decyduje załoga. Sukces programu zależy od dwóch czynników: jakości jego koncepcji i treści oraz poziomu ich akceptacji przez pracowników. Aktywne uczestnictwo ludzi, ich partnerskie relacje z profesjonalistami - to jądro koncepcji promocji zdrowia. Decydujące znaczenie tego czynnika dla powodzenia działań prozdrowotnych obrazuje zależność: sukces projektu = jego jakość x akceptacja. Zgodnie z tym wzorem można uznać, że nawet najlepszy program nie powiedzie się, jeśli nie uzyska akceptacji osób, do których jest skierowany (czyli gdy ich akceptacja = zero) (Grossmann, Scala, 1993). Zatem naczelna zasada organizowania i realizacji zakładowych programów promocji zdrowia to aktywne włączanie załogi w całokształt prac nad programem. Strategiczne znaczenie ma w szczególności dostosowanie treści programu i metod jego wdrażania do potrzeb i oczekiwań pracowników.

Z zasadą tą wiążą się też następujące reguły szczegółowe:

a) oddziaływaniem programu powinno się obejmować możliwie całą załogę;

b) cele programu powinny dotyczyć głównych zagrożeń zdrowia pracowników, ale przede wszystkim tych, które w opinii załogi okazują się szczególnie istotne;

c) zastosowane metody oddziaływania na ludzi powinny respektować ich godność i prawo do wyboru.

2. Zakładowy program promocji zdrowia powinien stanowić wynik integracji celów zdrowotnych i zasadniczych celów funkcjonowania firmy. Oznacza to, że działań prozdrowotnych w miejscu pracy nie realizuje się obok, ani tym bardziej wbrew zasadniczym interesom firmy, a wręcz przeciwnie, prowadzi się je w taki sposób, by odniosła ona szereg korzyści, w tym związanych np. z jej wizerunkiem publicznym.

3. Procesy promocji zdrowia w zakładach pracy realizuje się poprzez włączanie różnych aspektów zdrowia do tych wszystkich procesów decyzyjnych w firmie, które mogą w jakiś sposób w konsekwencji oddziaływać na samopoczucie zatrudnionych. Oznacza to, że zakładowe programy promocji zdrowia winny być przedsięwzięciami prozdrowotnymi nie

ograniczającymi się tylko do działań edukacyjnych, ale tworzącymi możliwie trwałe warunki do poszerzania się sfery osobistych wyborów pracowników w dziedzinie zdrowia.

1. Organizowanie zakładowego programu promocji zdrowia

Na proces ten składają się (patrz schemat) działania inicjujące program oraz związane z jego zaplanowaniem. Najważniejsze przedsięwzięcia animujące prace nad programem to: a) dobór właściwego zakładu pracy (ub przyjrzenie się własnemu, pod kątem jego przydatności dla tego typu przedsięwzięć) oraz uzyskanie akceptacji kierownictwa na realizację procesu promującego zdrowie; b) dobór osób współtworzących program; c) stworzenie struktury organizacyjnej, zadaniem której będzie zaplanowanie i ocena całego przedsięwzięcia oraz d) diagnoza sytuacji wyjściowej (problemów, potrzeb i możliwości firmy w dziedzinie zdrowia),

Procedura planowania natomiast obejmuje określenie merytorycznych celów programu, zadań (czyli sposobów osiągania tych celów) oraz metod i technik ewaluacji przebiegu i efektów programu.

Następnie odbywa się wdrożenie programu, czyli realizacja działań objętych harmonogramem programu. Na bieżąco kontynuowane są prace oceniające wdrażanie, wreszcie następuje końcowa ocena poziomu realizacji celów projektu .

1.1. Proces inicjowania programu

Jeśli idzie o dobór zakładu, w którym chcemy go realizować, to można przyjąć, że istnieje tylko jedna bariera wykluczająca tę możliwość. Jest nią zła sytuacja finansowa (rynkowa) firmy, która zagraża jej istnieniu i rozwojowi. Okoliczność istotnie utrudniającą może stanowić konser-

watywna kadra zarządzająca, niechętna innowacjom, w tym nowym sposobom zarządzania zasobami ludzkimi. Przeszkodą mogą też być zakrojone na szeroką skalę przeobrażenia w podstawowym obszarze funkcjonowania przedsiębiorstwa (np. zmiana profilu produkcji, czy gruntowna modernizacja), wyczerpujące lub znacznie ograniczające zdolność wprowadzania dodatkowych zmian związanych z promowaniem zdrowia pracowników. Z drugiej strony jednak niewielkie zmiany, z którymi zakład sobie radzi, często sprzyjają innowacjom o charakterze prozdrowotnym. Tak więc można uznać, że w większości normalnie funkcjonujących i kierowanych firm można wdrażać programy promocji zdrowia. Za czynniki temu sprzyjające można uznać takie elementy, jak: uporanie się z rażącymi problemami związanymi z narażeniami na stanowiskach pracy, posiadanie przychodni zakładowej, sprawnych służb szkoleniowych, bhp i socjalnych, sal konferencyjnych, obiektów socjalnych i radiowęzła, czy gazetki zakładowej. Niewątpliwie ułatwia też pracę nad programem nie nazbyt liczna załoga (rzędu do kilkuset osób).

Pierwszym, ważnym krokiem w organizacji programu jest dotarcie do naczelnego szefa firmy i uzyskanie jego zgody na realizację tego przedsięwzięcia. Wykonując to zadanie należy mieć na względzie, że jest on odpowiedzialny przede wszystkim za realizację celów, dla których została powołana firma, a nie ponadnormatywnych działań związanych z problemami zdrowotnymi załogi. Dlatego w negocjacjach na temat wdrożenia programu koncentrujmy się na wzajemnych, pozytywnych dla firmy, związkach pomiędzy celami programu promocji zdrowia a podstawowymi, strategicznymi celami firmy i jej kierownictwa. Idzie tu o uzmysłowienie następujących korzyści, jakie niesie ze sobą dobrze przeprowadzony zakładowy program promocji zdrowia:

1) poprawa samopoczucia i zdrowia pracowników, wzrost ich sprawności w wykonywaniu zadań,

2) wzmocnienie więzi załogi z przedsiębiorstwem i powiązanie celów osobistych z interesem firmy,

3) ograniczenie kosztów powodowanych absencją, fluktuacją i wypadkami przy pracy,

4) dobry publiczny wizerunek firmy, kreowany przez zdrową załogę,

5) nowe możliwości akcentowania w reklamie i public relations nowoczesnego prozdrowotnego stylu zarządzania zasobami ludzkimi.

Zorganizowanie zakładowego programu promocji zdrowia to przede wszystkim sztuka doboru, a następnie efektywnej współpracy zespołu odpowiedzialnych za niego osób. W skład tego zespołu powinni wchodzić ludzie pełniący strategiczne dla tego typu przedsięwzięć funkcje: lidera, eksperta, rzecznika, decydenta oraz wykonawcy merytorycznego.

Decydującą rolę w powodzeniu programu odgrywa jego lider. Jest to osoba, która posiada z jednej strony niezbędne kompetencje do współokreślania zdrowotnych celów programu i konstruowania jego struktury, a z drugiej - umiejętności organizatorskie, społeczne i analityczne. Idzie tu przede wszystkim o ustalanie zadań, określanie terminów realizacji, rozwijanie relacji międzyludzkich, rozwiązywanie konfliktów, obserwowanie i ocenę przebiegu procesu planowania i wdrażania. Najbardziej korzystna sytuacja to taka, w której lider jest etatowym pracownikiem firmy wdrażającej program.

Ekspertami mogą być przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych (np. socjologii, psychologii, medycyny, ergonomii, epidemiologii), którzy posiadają wiedzę typu *know-how* i mogą wynikami swoich badań i doświadczeniem wesprzeć projekt, konsultując przyjęte rozwiązania i strategie.

Propagatorzy (rzecznicy) to osoby odpowiedzialne za procesy informacyjne związane z programem. Ich zadaniem jest nie tylko kontaktowanie się, przekonywanie i motywowanie do aktywnego uczestnictwa w programie załogi zakładu promującego zdrowie, ale również korzystanie z mass mediów i reklama programu w skali danej społeczności lokalnej, kraju czy na forum organizacji zrzeszających firmy, bądź pracodawców. Rolę rzeczników pełnić mogą profesjonalnie do tego przygotowani specjaliści, jak również przedstawiciele załogi, którzy chcą się tym zająć i cieszą się szacunkiem wśród swoich kolegów oraz przełożonych lub, którzy z powodzeniem wykonywali takie zadania wcześniej.

Decydenci to reprezentanci najwyższego kierownictwa firmy. Ich zadaniem jest podejmowanie niezbędnych decyzji organizacyjno-finansowych umożliwiających realizację celów programu.

Wykonawcami merytorycznymi mogą być osoby posiadające niezbędną wiedzę specjalistyczną oraz umiejętności prowadzenia kon-

kretnych przedsięwzięć, takich jak np. medyczne badania skriningowe, kursy zdrowego żywienia, warsztaty radzenia sobie ze stresem, ćwiczenia gimnastyczne, cykle zajęć edukacyjnych (Grossmann, Scala, 1993).

Kolejnym elementem o istotnym znaczeniu dla powodzenia programu jest powołanie specjalnej komórki w strukturze organizacyjnej zakładu, odpowiedzialnej za podejmowanie strategicznych decyzji dotyczących celów programu, jego przebiegu i oceny. Promowanie zdrowia to proces społeczny, realizowany z ludźmi i dla ludzi. Jest to też, jak wspominaliśmy, proces innowacji, czyli wprowadzania zmian w normalne funkcjonowanie firmy. W tym sensie wymaga pewnych autonomicznych, a jednocześnie wkomponowanych w system zakładu pracy, działań. Takie działania może podjąć właśnie ta komórka. Należy zadbać o dokładne określenie jej pozycji w strukturze organizacyjnej firmy. Najlepiej gdy jest ona bezpośrednio podporządkowana naczelnemu szefowi. Wyraźnego określenia wymagają też jej zadania, kompetencje i relacje z innymi komórkami organizacyjnymi zakładu.

W warunkach polskich może to być zupełnie nowa "instytucja" na mapie organizacyjnej firmy albo odpowiednio zmodyfikowana komisja ds. bezpieczeństwa i higieny pracy. W tym ostatnim przypadku warto ze szczególną starannością na nowo określić jej rolę i zadania oraz wzajemne relacje między podejmowanymi przez nią działaniami (z zakresu tradycyjnie rozumianego bezpieczeństwa i higieny pracy) a promocją zdrowia. Sprawą kluczową będzie ewentualne powołanie nowych członków takiej komisji oraz precyzyjny podział kompetencji i obowiązków w jej obrębie. Przyjęcie założenia, że wystarczy mechaniczne rozszerzenie dotychczasowych ról, pełnionych przez jej członków, o sprawy związane z promocją zdrowia załogi, może przynieść wiele rozczarowań i marginalizację prac nad programem. Dobrze też jest zmienić lub uzupełnić jej nazwę, adekwatnie do nowych zadań.

W przypadku dużych zakładów i rozbudowanych programów, optymalnym rozwiązaniem jest wydzielenie specjalnego stanowiska lidera (menedżera) programu - kierownika takiej komórki, czyli spowodowanie, by przynajmniej dla jednej osoby jego realizacja stanowiła zasadniczą część obowiązków zawodowych. Dotyczy to zarówno sytuacji , w której powołuje

się nowe "ciało", np. radę promocji zdrowia, jak i wówczas, gdy dokonuje się to na bazie komisji ds. bezpieczeństwa i higieny pracy. Jeśli nie jest możliwe utworzenie nowego stanowiska, należy zadbać, by zadania właściwe liderowi stanowiły główny element obowiązków służbowych danego pracownika.

Menedżer (lider) kieruje bieżącą pracą komórki ds. promocji zdrowia. Dobrze jest gdy formalnie przewodniczy jej ktoś z naczelnego kierownictwa firmy. To często bardzo skraca drogę od pomysłu, związanego ze zdrowiem załogi, do jego realizacji.

Strategiczne znaczenie ma też dobre ustawienie pracy rzecznika (rzeczników) programu. W przypadku promocji zdrowia mamy przecież do czynienia nie tylko z prostym przekazywaniem informacji, a więc dostarczaniem wiedzy o pewnych faktach czy procesach, ale przede wszystkim z motywowaniem i aktywizowaniem pracowników do uczestnictwa w procesach prozdrowotnych, w czasie i po zakończeniu projektu. Ponadto wchodzi też w grę popularyzacja programu poza firmą, zdobywanie dla niego sojuszników i sponsorów, jak i budowanie przy jego pomocy dobrego wizerunku firmy. Są to zadania wymagające określonych umiejętności. Można więc rozważyć ewentualność powołania nowego rzecznika programu, czy dodatkowego przeszkolenia dotychczasowego rzecznika prasowego firmy - jeżeli firma go posiada - lub przygotowania do tych funkcji szefa radiowęzła lub gazetki zakładowej.

Organizując komórkę odpowiedzialną za zakładowy program promocji zdrowia należy też jasno określić miejsce w jej strukturze, zadaniach i komptencjach różnego typu specjalistów zajmujących się na co dzień sprawami zdrowia w firmie. Idzie tu przede wszystkim o personel służby medycyny pracy i specjalistów bezpieczeństwa i higieny pracy. Aktywne włączanie się tych osób do prac nad programem to bardzo istotny gwarant jego powodzenia. Może to jednak wiązać się z koniecznością przekonania ich do koncepcji promocji zdrowia i przeszkolenia w tym zakresie. Najczęściej specjalistom, o których mowa, powierza się rolę wykonawców konkretnych przedsięwzięć merytorycznych, mogą jednak podejmować i inne wcześniej opisane role, w tym menedżera programu. Nie należy też, tworząc zespół komórki ds. programu, zapominać o przedstawicielach organizacji pracowniczych istniejących w zakładzie (np.

związków zawodowych) oraz szczególnie szanowanych (lubianych, popularnych) osobach. W zależności od umiejętności i chęci mogą one pełnić którąś ze wskazanych powyżej ról. Najczęściej stają się propagatorami bądź wykonawcami (koordynatorami) działań merytorycznych.

Osobna kwestia to zorganizowanie profesjonalnego wsparcia, dla działań zespołu, zakładowej komórki ds. promocji zdrowia. Realizacja programu wymaga bowiem czasem pewnej dodatkowej wiedzy, której może nie posiadać stały personel firmy. Często wymaga również aktywniejszego wykorzystania prozdrowotnych możliwości zakładu (np. posiadanych środków na cele socjalne czy zaplecza medycznego). Bardzo pomocni są wtedy eksperci i konsultanci z zewnątrz. Mogą być oni powoływani w związku z pewnymi szczegółowymi problemami w ramach programu (np. na potrzeby kampanii informacyjnej), ale przede wszystkim warto zapewnić sobie współpracę specjalistów przy konsultacjach całokształtu prac związanych z opracowaniem, wdrożeniem i oceną programu. Dobry konsultant wnosi swój profesjonalizm, wiedzę i doświadczenie, a jednocześnie zachowuje nowe, otwarte spojrzenie na problemy związane z kształtowaniem szeroko pojętego zdrowia załogi. Tym samym pomaga w generowaniu nowych pomysłów na styku sfer pracy i zdrowia, zachowując niezbędną dozę neutralności, zwłaszcza w sytuacji ewentualnej różnicy interesów, a nawet konfliktów. Ponadto prestiż konsultanta (osoby czy instytucji) wspiera program, tak w wymiarze wewnętrznym, jak i w sytuacjach, kiedy działania prozdrowotne służą reklamie firmy.

Dobrze jest, jeśli zespół realizatorów programu nie jest zbyt liczny. Współpraca układa się najlepiej, gdy jest to kilka 4, maksymalnie 9 osób (Sloan i in. 1987) regularnie spotykających się ze sobą i podejmujących strategiczne decyzje, napierw co do zawartości programu, później jego przebiegu, aż po ocenę ostatecznych rezultatów. Organizując program, warto zadbać, by komórka ds. promocji miała określone miejsce "urzędowania", ramowy harmonogram spotkań oraz wyraźne reguły komunikowania się z innymi strukturami organizacyjnymi zakładu.

Bardzo istotnym elementem tworzenia takiej jednostki jest przeszkolenie jej członków. Najpierw należy przybliżyć im ogólne zasady promocji zdrowia, zapoznać ich z modelowymi fazami realizacji procesów tego typu w miejscu pracy oraz obszarami możliwych interwencji.

Następna faza kształcenia to przekazanie podstawowych umiejętności niezbędnych do realizacji danego, konkretnego zakładowego programu promocji zdrowia. Najlepiej gdy ten etap zorganizowany jest na terenie firmy i uczestniczą w nim wspólnie wszyscy członkowie grupy. Uczący się wspólnie ludzie rozwijają się równocześnie jako zespół, a doświadczenia wynikające z tej współpracy bezpośrednio wykorzystują w praktyce, projektując program. Na marginesie zaznaczmy, że dobrze jest, gdy w trakcie całej pracy nad programem zespół jego realizatorów ma możliwości podnoszenia swoich kwalifikacji. W ostatecznym rozrachunku opłaca się to firmie, gdyż nabyte umiejętności społeczne, czy wiedza organizacyjna mogą być przez te osoby wykorzystywane na bieżąco, poza programem, na ich podstawowych stanowiskach pracy.

Niezmiernie ważnym zadaniem lidera programu i konsultantów ds. organizacji projektu jest wykreowanie atmosfery współdziałania w ramach zespołu realizującego program i między nim a innymi strukturami organizacyjnymi zakładu. Jest to osobne, bardzo obszerne zagadnienie. Wspomnimy tu tylko o dwóch zasadniczych kwestiach. Organizując pracę takiego zespołu warto pamiętać nie tylko o fachowych kwalifikacjach jego członków i ich pozycji w formalnej strukturze, np. firmy, ale również o ich predyspozycjach osobistych oraz przyczynach i nadziejach, jakie wiążą oni z zaangażowaniem się w projekt. Współdziałanie natomiast w ramach zespołu, jak i w relacjach zewnętrznych, najlepiej organizować na zasadzie wygrana-wygrana. Stosowanie tej zasady polega na wyborze takich rozwiązań, które pozwalają wszystkim zainteresowanym stronom odczuwać zadowolenie z podjętej decyzji i czuć się zobligowanymi do wprowadzenia jej w czyn.

Praca zespołu odpowiedzialnego za zakładowy program promocji zdrowia to cykliczny proces obejmujący obserwację, analizę zebranych danych, planowanie, wdrażanie, ewaluację i podejmowanie nowych decyzji. Warto zadbać, by ten schemat racjonalnego działania stał się stałym algorytmem funkcjonowania ludzi odpowiadających za program, we wszystkich podejmowanych przedsięwzięciach. Czasem mówi się nawet, że na zakładowy program promocji zdrowia składają się 4 fazy: diagnostyczna,

planistyczna, wdrożenia i oceny. W istocie ma się tu na myśli przewagę działań o danym charakterze w poszczególnych etapach prac nad programem (Ewles, Simnet, 1992, Korzeniowska, 1996).

Kolejnym elementem w ramach prac inicjujących proces promocji zdrowia w zakładzie jest diagnoza. Obejmuje ona dwa podstawowe wymiary:

a) zgromadzenie danych niezbędnych do sformułowania strategicznych celów programu i metod ich realizacji; idzie tu zatem o określenie potrzeb zdrowotnych załogi i zakładu jako całości oraz rozpoznanie możliwości ich zaspokojenia przez firmę (ze wskazaniem stopnia partycypacji ze strony samych pracowników).

b) rozpoczęcie procesu oceny programu i ewaluacji jego efektów, czyli udokumentowanie stanu wyjściowego (sytuacji zdrowotnej i społeczno-organizacyjnej w firmie przed rozpoczęciem programu).

Prace składające się na diagnozę to głównie zbieranie informacji dotyczących: a) problemów zdrowotnych trapiących załogę (na co chorują pracownicy, jaka jest zdrowotna jakość środowiska i charakter pracy, jakie są charakterystyczne dla załogi wzory zachowań wpływających na zdrowie), b)możliwości rozwiązania lub przynajmniej zminimalizowania tych problemów przez samych pracowników oraz c) tego, co zakład pracy jest w stanie zrobić, jakie rozwiązania zastosować, by zmienić wyznaczniki zdrowia, które sytuują się w sferze pracy i d) w jakim zakresie firma może pomóc pracownikom w przyswojeniu i realizacji przez nich sprzyjających zdrowiu zachowań podejmowanych w życiu poza pracą

Informacji na te tematy poszukuje się w różnego rodzaju dokumentach (np. w analizach przyczyn i poziomu absencji chorobowej i wypadków przy pracy, charakterystykach stanowisk pracy, wykazach nakładów na bhp czy zakładową służbę zdrowia), wypowiedziach kierownictwa firmy, profesjonalistów medycznych i specjalistów bhp, ale przede wszystkim w wypowiedziach samych zatrudnionych. Należy przyglądać się też stanowiskom pracy, różnym miejscom i urządzeniom pod kątem ich wpływu na zdrowie zatrudnionych oraz przydatności dla działań prozdrowotnych. Dokumenty, stan zaplecza technicznego, wypowiedzi kadry zarządzającej oraz osób profesjonalnie związanych ze zdrowiem, których przedmiotem

jest załoga (zakład) jako całość traktuje się jako dane o charakterze obiektywnym. Szczególnie wiele uwagi trzeba poświęcić jednak danym subiektywnym, czyli indywidualnym opiniom i przekonaniom pracowników na temat tego, co nie sprzyja ich zdrowiu (w pracy i poza nią), jakie dolegliwości są dla nich szczególnie uciążliwe, czego oczekują ze strony zakładu pracy, jeśli idzie o kształtowanie ich zdrowia, i w co są gotowi sami się zaangażować, by je chronić i umacniać. Mają wszak być podjęte takie działania, które ułatwiać będą właśnie im podejmowanie i realizowanie prozdrowotnych sposobów bycia.

Informacje te można uzyskiwać stosując wiele różnych metod. Ich dobór to bardzo ważna sprawa. Czasami pojawiają się pewne drażliwe kwestie czy trudności w werbalizowaniu problemów lub oczekiwań. Jeśli decydujemy się na zastosowanie kwestionariuszy wywiadu czy ankiety, bezwzględnie skorzystajmy z usług fachowców - socjologów. To złudzenie, że każdy może właściwie zgromadzić i opisać wyniki badania społecznego. Pamiętajmy natomiast, że bardzo często do zdobycia wartościowych informacji wystarczają dobrze przemyślane rozmowy, dyskusje, spotkania z pracownikami lub ich przedstawicielami. Czasem użyteczne okazują się też skrzynki kontaktowe, do których można wrzucać anonimowe wypowiedzi.

Diagnozując potrzeby i możliwości w dziedzinie zdrowia pracowników i firmy, pamiętajmy o dwóch podstawowych zaleceniach:

a) włączajmy w ten proces jak największą liczbę zatrudnionych w przedsiębiorstwie

b) gromadząc informację, sami informujmy o programie i przekazujmy, w jaki sposób opinie zatrudnionych zostaną wykorzystane w ramach projektu. Włączamy w ten sposób pracowników w proces tworzenia programu i budujemy ich poczucie wpływu na kształt tego przedsięwzięcia (program staje się wtedy ich programem).

Już w trakcie prac diagnostycznych, jeśli jest taka potrzeba, warto też rozpocząć działania związane z poszukiwaniem ewentualnych sponsorów programu (np. firm produkujących sprzęt ochrony osobistej, medyczny, elementy wyposażenia stanowisk pracy, produkty farmaceutyczne, kosmetyczne; fundacji i stowarzyszeń o profilu zdrowotnym; lokalnych projektów promocji zdrowia). Jest to też dogodny moment, by poszukiwać ewentualnych współpracowników, np. wykonawców merytorycznych.

1.2. Proces planowania programu

Kolejnym złożonym etapem procesu organizowania programu jest jego planowanie. Obejmuje ono określenie: a) celów programu, b) zadań, trybu i sposobu ich realizacji, c) kryteriów i metod oceny przebiegu programu i stopnia realizacji jego celów. Programy promocji zdrowia w miejscu pracy mogą być nakierowane na wiele różnych celów, jako że czynniki sprzyjające zdrowemu życiu, które można kształtować w zakładach pracy, są bardzo zróżnicowane i lokują się w większości sfer naszego życia. Cała sztuka polega jednak na tym, by te cele jasno i przejrzyście formułować oraz precyzyjnie przekładać na zadania, dzięki którym zostaną one osiągnięte.

Programy promocji zdrowia dla zakładów pracy, realizowane w krajach wysoko uprzemysłowionych, koncentrują się głównie na kształtowaniu właściwych, z punktu widzenia zdrowia, wzorów postępowania dotyczących odżywiania, zwalczania nałogów (palenia tytoniu, nadużywania alkoholu, lekomanii, narkomanii), radzenia sobie ze stresem, aktywności fizycznej, a więc klasycznych zachowań zdrowotnych. Relatywnie mniej uwagi poświęca się w nich zachowaniom związanym z pracą, tj. takim formom aktywności, które wynikają ze specyfiki zatrudnienia (charakteru i warunków pracy), a jednocześnie wpływają na zdrowie. Podstawowe zachowania tego typu określają przepisy bhp i zalecenia ergonomii. Jedynie w Stanach Zjednoczonych obserwuje się ostatnio wzrost zainteresowania kwestiami zagrożeń zawodowych i zapobiegania urazom (Fielding, 1990, Małzson, Lindsay, 1992).

Skoncentrowanie działań promocyjnych na zachowaniach ze sfery życia codziennego i ograniczenie ich w sferze pracy do problematyki stresu uzasadniają istniejące w krajach zamożnych warunki wyjściowe. Idzie tu przede wszystkim o zdrowotną jakość warunków pracy, bliższą społecznie akceptowanym normom i skuteczniejsze rozwiązania organizacyjno-prawne.

Naszym zdaniem, polska strategia promocji zdrowia w miejscu pracy winna zachować swą specyfikę. Idzie tu mianowicie o szczególne potraktowanie problematyki wynikającej z relacji zachodzących między zdrowiem i pracą zawodową, a precyzując, o właściwe wyważenie proporcji

między podejmowanymi, w ramach programów promocji zdrowia, działaniami kształtującymi klasycznie rozumiane style życia, a tymi, które prozdrowotnie modyfikują środowisko pracy i związane z nim zachowania zdrowotne.

Przesłanki przemawiające na rzecz takiej tezy to m.in. istniejący u nas wysoki poziom narażenia zawodowego, znaczna zapadalność na choroby zawodowe i urazowość zawodowa oraz ciągle jeszcze wymagające doskonalenia rozwiązania organizacyjne z zakresu ochrony zdrowia pracujących (Wójcik, 1995, Dawydzik, 1996). Szczególnie istotną kwestią jest też wysoce niezadowalający poziom świadomości i zachowań zdrowotnych związanych ze specyfiką obowiązków zawodowych wśród pracujących Polaków (Korzeniowska, 1997).

Istnieją także istotne powody natury socjotechnicznej, przemawiające za znaczącym uwzględnianiem problematyki środowiska pracy i związanych z nim zachowań w polskiej strategii promocji zdrowia. Najogólniej mówiąc idzie o to, że pracownicy znacznie chętniej, zwłaszcza w początkowych fazach programu, aprobują działania w wyniku których coś otrzymują (np. poprawę tych elementów środowiska pracy, na które szczególnie się uskarżają), niż takie, w związku z którymi sami coś muszą dać lub zrobić (np. dokonać zmian w stylu życia).

Planowanie programu to złożony i wymagający czasu proces. Zwykle zaczynamy od ramowych założeń, by wreszcie wypracować ostateczny jego kształt. Dobrze zaplanowany program to połowa sukcesu. Planując program trzeba zdawać sobie sprawę z pewnego paradoksu. Proces promocji zdrowia, zakładając jak najszersze uczestnictwo w nim ludzi, jego adresatów, jest procesem otwartym. I właśnie dlatego, by nie stał się on tylko "ideologią" i "mówieniem o promocji", zamiast jej wdrażaniem, musi mieć na wstępie ustalone wyraźne cele i procedury ich osiągania. Równocześnie powinien zachować pewien margines plastyczności na bieżące dostosowywanie się do adresatów i sytuacji w firmie. Inaczej mówiąc, w dobrze przygotowany zakładowy program promocji zdrowia intencjonalnie wkomponowany jest pierwiastek zmiany, co oznacza, że nie zdajemy się na procesy żywiołowe, ale planujemy możliwości jego twórczego przekształcania. Zatem, pamiętajmy, tylko dokładnie określone cele programu możemy przekładać na zadania i działania. Tylko dokładnie określone zadania mogą być skutecznie wykonane.

Wstępem do planowania programu jest prezentacja, a następnie analiza ustaleń poczynionych w trakcie diagnozy. Dobrze jest też zebrać wszystkie, nawet chwilowo nierealne pomysły na rozwiązywanie zdiagnozowanych problemów. Właściwa praca nad określeniem celów programu to ich selekcja i proces uświadamiania sobie, co chce się osiągnąć, a czego uniknąć w związku z problemami zdrowotnymi załogi.

Zespół określający cele projektu winien po raz kolejny zastosować się do zasad promowania zdrowia w sferze pracy i pamiętać o tym by:

- uwzględniać potrzeby i oczekiwania pracowników, nawet jeśli wydaje się, że są inne, ważniejsze sprawy do załatwienia, których oni nie dostrzegają,

- liczyć się z możliwościami, czyli ze środkami finansowymi i tym, że nie można dezorganizować funkcjonowania firmy; lepiej jest gdy cele będą mniej szczytne, ale realne,

- unikać celów rozbieżnych z oczekiwaniami dyrekcji zakładu i mieć na względzie interes całej firmy.

- nie planować zbyt wielu rzeczy na raz; początkowo raczej skoncentrować się na kilku najważniejszych sprawach i założyć, że program będzie kontynuowany i rozwijany,

- nie myśleć kategoriami walki, czy jakiegokolwiek zwycięstwa bądź przegranej; zapis celu powinien zawierać w sobie pożądany, pozytywny stan, np. "uwolnienie zakładu od dymu tytoniowego", zamiast określeń typu "walka z paleniem tytoniu" (Puchalski, 1996).

Sytuacja optymalna to taka, gdy cele zakładowego programu promocji zdrowia stanowią wypadkową obiektywnych i subiektywnych potrzeb i oczekiwań oraz są tak skonstruowane, że obejmują z jednej strony tworzenie prozdrowotnych przekonań i umiejętności u pracowników, a z drugiej - szeroko rozumianych warunków materialnych i społecznych do ich realizacji i utrwalania się.

Pracując nad zdefiniowaniem celów programu warto też zdawać sobie sprawę, że dobrze postawione cele powinny być:

- realistyczne, czyli mieć co najmniej 50% szans na realizację w momencie startu,

- zależne od zespołu odpowiedzialnego za program, możliwości, aktywności i umiejętności jego członków,

- wymierne, tzn. że dokładnie można określić, ile chce się osiągnąć,
- zdefiniowane, czyli jasno określone, zapisane i wyobrażalne (oznacza to, że jest się w stanie zobaczyć oczyma wyobraźni stan, do którego zmierzamy).

Doświadczenia dotyczące wdrażania zakładowych programów promocji zdrowia pokazują, że czasami generalny cel takiego programu zapisuje się w sposób "ideologiczny", czyli ujmujący bardzo szeroko i życzeniowo pewien pożądany stan. Są to zapisy typu "stworzenie warunków w przedsiębiorstwie podtrzymujących zdrowy styl życia pracowników", lub nawet podkreślające pewne pozazdrowotne, korzystne dla firmy efekty w rodzaju "zwiększenie efektywności firmy poprzez poprawę zdrowia pracowników". Bardzo ważne jest jednak, by nie poprzestawać na takim określeniu celu programu, a przekładać go na precyzyjne cele operacyjne. Obrazują je sformułowania typu: "poprawa estetyki i wygody pomieszczeń socjalnych", czy " realizacja ćwiczeń relaksacyjnych przez pracowników wydziału X". Następnie należy taki cel operacyjny rozpisać na cele szczegółowe, czyli zadania /stwierdzenia typu "określenie preferancji /oczekiwań/ użytkowników co do wyglądu i funkcjonalności tych pomieszczeń", "nauczenie pracowników zestawu ćwiczeń relaksacyjnych". Krok następny, to wykaz działań, poprzez które nastąpi realizacja zadań, a w konsekwencji i celu. Są to zapisy typu: "przeprowadzenie wywiadu audytoryjnego z pracownikami", "przeprowadzenie czterech godzinnych warsztatów umiejętności relaksowania się". Dany cel programu można rozpisać na wiele zróżnicowanych zadań, a te z kolei mogą być realizowane na przysłowiowe tysiąc sposobów. Jest to zatem ogromne pole do wykorzystania pomysłowości zespołu realizatorów programu.

Planując zadania i działania określa się przede wszystkim, kto jest odpowiedzialny za przeprowadzenie każdego z nich. Najlepiej, gdy za określony fragment prac odpowiada jedna osoba. Następnie wskazuje się, z kim będzie ona współpracowała oraz kompetencje tych osób w ramach Zespołu Promotorów i w strukturze danej firmy. Ważne jest też, by sprecyzować źródła finansowania, koszty i terminy realizacji celów, zadań i działań. Lepiej wprowadzać później niezbędne korekty w harmonogram czy kosztorysy, niż pozostawić tę sprawę otwartą.

Na proces planowania programu składają się też przedsięwzięcia związane z jego oceną. Powinny one przebiegać aż do zakończenia prac

wdrożeniowych, a w niektórych przypadkach nawet mogą być podejmowane długo po nich (np. ewaluacja skutków zdrowotnych). Można analitycznie wydzielić trzy płaszczyzny ewaluacji zakładowego programu promocji zdrowia:

a) ewaluację procesu, czyli ocenę przebiegu programu; idzie tu o analizę metodologicznej poprawności przeprowadzonych działań, ich adekwatności w stosunku do celów, realizację harmonogramu oraz przyczyn niepowodzeń lub okoliczności szczególnie sprzyjających realizacji działań prozdrowotnych;

b) ewaluację zainteresowania pracowników programem, czyli ocenę poziomu ich uczestnictwa i satysfakcji, tak z poszczególnych przedsięwzięć podejmowanych w jego ramach, jak i z programu jako całości;

c) ewaluację efektów (wyników) programu; idzie tu najczęściej o określenie siły i zakresu zmian wprowadzonych przez program w świadomość i zachowania zdrowotne pracowników oraz warunki funkcjonowania firmy, uwzględnione w celach programu, można też oceniać skutki ekonomiczne i zdrowotne programu (zmiany w parametrach stanu zdrowia).

Zakres prac ewaluacyjnych w przypadku konkretnego programu uzależniajmy przede wszystkim od potrzeb wdrażającej go firmy. Może nie być ona zainteresowana np. dość skomplikowanymi procedurami pomiaru skutków zdrowotnych. Jeśli zależy nam na takiej analizie, szukajmy sponsorów, instytucji naukowych czy projektów badawczych, które wesprą takie zamierzenia. Przede wszystkim jednak należy zadbać o dostateczną analizę przebiegu programu i zainteresowania nim pracowników.

Specjaliści od organizacji procesów promocji zdrowia są zdania, że program, który nie jest oceniany, właściwie nie istnieje. Ich teza to konsekwencja poglądu, że jak każdy proces innowacyjny, praca nad takim programem jest zmaganiem się z nowymi problemami, eksperymentowaniem i poszukiwaniem rozwiązań. W tym sensie bieżąca obserwacja i analiza jego przebiegu oraz włączanie wniosków z tej oceny do aktualnie podejmowanych działań, to niezbędny warunek ich skutecznej realizacji.

Analiza efektów natomiast, to sposób na doskonalenie procesów promocji zdrowa i umiejętności ich organizatorów.

Już planując program rozpocznijmy współpracę między osobami organizującymi go a bezpośrednimi wykonawcami poszczególnych działań. Dobrze jest, gdy członkowie zespołu ds. programu staną się liderami jego subprogramów (czyli systemów działań nakierowanych na realizację poszczególnych celów) i będą się w zorganizowany sposób kontaktować z realizatorami konkretnych przedsięwzięć o charakterze merytorycznym, informacyjnym i ewaluacyjnym. Nie zapominajmy też o stałych kontaktach zespołu z kierownictwem firmy. Dobre współdziałanie decydentów (dyrekcji czy zarządu zakładu), organizatorów programu i jego bezpośrednich wykonawców to istotny warunek powodzenia całego przedsięwzięcia.

Prace organizacyjne nad programem kończy opracowanie dokumentu. Zawierać on powinien, oprócz pewnej ideologii programu, jego plan, a więc zapis celów oraz umiejscowienie zadań i działań nakierowanych na ich realizację w strukturze organizacyjnej firmy. Towarzyszyć temu powinien kosztorys i harmonogram prac. Dokument ten powinien zostać podpisany przez kierownictwo firmy i lidera programu (ewentualnie ekspertów z zewnątrz), a fakt ten dobrze jest podać do publicznej wiadomości, traktując go jako element marketingu całego przedsięwzięcia.

2. Proces wdrożenia i oceny programu

W fazie realizacji programu, podobnie jak w fazie jego organizacji, nadal obowiązują, wspomniane w początkowym fragmencie niniejszego tekstu, zasady promowania zdrowia pracowników. A oto kilka wynikających z nich szczegółowych sugestii, które mogą ułatwić wdrażanie programu.

Dobry początek to pomysłowo zorganizowana kampania reklamująca cały program, a następnie skuteczna realizacja takiego przedsięwzięcia, którego bardzo oczekiwali pracownicy. Takie udane wejście to niezwykły atut programu, jeden ze sposobów na przekonanie osób wątpiących w jego sens lub nawet niezadowolonych z wdrażania go w firmie.

Przeprowadzenie każdego kolejnego przedsięwzięcia również poprzedzajmy działaniami reklamowymi. Idzie tu o przekazanie pracownikom niezbędnej wiedzy o tym, co, jak i dlaczego chcemy robić oraz zmotywowanie ich do udziału w konkretnych działaniach lub do korzystania z zastosowanych w nich rozwiązań. Zadbajmy więc, by dowiedzieli się:

- dlaczego to, co im proponujemy jest najlepsze (np. warsztaty relaksacji - co to takiego, jakie dają efekty, jak świetny jest terapeuta, który będzie je prowadził),
- jakie to może mieć skutki zdrowotne (np. lepsza odporność na stres i infekcje, większa sprawność mięśni itp.),
- jakie koszty trzeba ponieść, by z tego skorzystać. To jest bardzo ważny element i nie należy go pomijać. Koszty należy rozumieć szeroko, to nie tylko pieniądze, a więc drobne opłaty wnoszone za świadczenia. W kategoriach kosztów może być ujmowana np. konieczność pozostania po pracy czy przynoszenia dresów do ćwiczeń.

Przywiązywanie uwagi do zachęcania i przekonywania pomaga unikać stosowania nakazów czy przymusu. Liczy się przecież dobre samopoczucie pracownika, a ono z pewnością zależy od jego poczucia godności i możliwości dokonywania wyborów. Reklamujmy więc nasze przedsięwzięcia, zamiast zmuszać do brania w nich udziału.

Postarajmy się też, aby nasze działania były czymś nowym w stosunku do tego, co robiono wcześniej, aby wzbudzały zainteresowanie, a przy tym były przyjemne dla odbiorców. Pomocne może się okazać np. posługiwanie się ciekawym symbolem programu (graficznym i dźwiękowym), nadawanie specjalnych audycji przez radiowęzeł, wydawanie gazetki zakładowej, organizowanie konkursów, giełd, pokazów.

Nie straszmy pracowników złymi skutkami zdrowotnymi, a więc nie dostarczajmy tylko samej wiedzy o tym jak jest, wówczas gdy jest źle, jeśli równocześnie nasz program nie pomaga radzić sobie z trudną sytuacją czy problemem. A więc np. nie organizujmy kampanii informacyjnej na temat wpływu hałasu na zdrowie, jeśli nie zamierzamy realizować działań ograniczających jego emisję lub ochraniających przed nim pracowników.

Dobrze się stanie, jeśli uda się osiągnąć w programie przewagę konkretnych działań praktycznych (np. wprowadzanie ulepszeń na stanowiskach pracy, treningi uczące nowych sposobów postępowania) nad werbalnymi (a więc tradycyjną oświatą zdrowotną).

Dbajmy o to, by zasięgiem programu objąć możliwie całą załogę, a jeśli jest to niewykonalne, ujawniajmy kryteria wyboru. Idzie tu o przeciwdziałanie poczuciu nierówności w korzystaniu z udogodnień, które może taki program wprowadzać. Na przykład poprawa warunków socjalnych czy zastosowanie szczepień przeciwko grypie tylko na jednym wydziale, może powodować, że pracownicy innych poczują się gorzej traktowani

W ramach inicjowania, planowania i realizacji programu mamy dostęp do szeregu informacji o różnym stopniu poufności. Mogą to być dane o: firmie, kadrze zarządzającej, pracownikach. Pamiętajmy: obowiązuje nas bezwzględne zachowanie tajemnicy. Różnego typu dane można publikować jedynie w formie opracowań zbiorczych lub za przyzwoleniem określonych osób czy komórek. W ten sposób budujemy stosunki oparte na zaufaniu oraz tworzymy dobry wizerunek własnej osoby i zespołu realizującego program.

Pamiętajmy o dawaniu dobrego przykładu. Szczególnie dotyczy to tych realizatorów programu, którzy są członkami załogi zakładu, w którym jest on wdrażany. Służenie przykładem to problem wiarygodności programu. Jak można np. wierzyć i realizować związane z programem polecenia inspektora bhp wówczas, gdy on sam ich nie przestrzega lub pozwala na to zaprzyjaźnionym osobom?

Cały czas na bieżąco oceniajmy: a) przebieg i b) poziom zadowolenia pracowników z programu. Są to, najogólniej mówiąc, obserwacje zgodności pomiędzy przyjętym harmonogramem i kosztorysem prac a rzeczywistym poziomem ich realizacji oraz bieżące gromadzenie i analiza opinii i uczestnictwa pracowników w realizowanych działaniach. Może to wymagać obecności przedstawiciela zespołu promotorów na różnych spotkaniach, warsztatach, imprezach sportowych, jak również prowadzenia rozmów, przygotowywania sprawozadań i dokumentów z obserwacji. W tym przypadku, podobnie jak przy działaniach diagnostycznych, należy je realizować w taki sposób, by godzić ich funkcje ewaluacyjne z reklamowaniem programu.

Organizowanie i wdrażanienie zakładowego programu promocji zdrowia to twórcze i ciekawe zajęcie. Może ono szczególnie usatysfakcjonować tych wszystkich, którzy lubią wyzwania, pracę z ludźmi, zdobywanie nowych umiejętności. Dla wielu z nas istotne może też być to,

że pomagamy innym troszczyć się o zdrowie - wartość mocno określającą jakość życia.

Najlepiej rozpocząć swoją przygodę z promocją zdrowia w miejscu pracy od przedsięwzięć prostych i realizowanych w niedużych, dobrze prosperujących firmach. Pamiętajmy też, że skomplikowane na pierwszy rzut oka procedury postępowania stają się zrozumiałe i prostsze, gdy po prostu zaczynamy je stosować, a przy tym jest w nas gotowość do uczenia się na błędach. Wiele spraw staje się też zrozumiałymi i prostszymi, gdy działamy w grupie - zespole promotorów zdrowia.

Wzajemna współpraca, kierowanie się zasadą: "niech każdy robi to co najlepiej potrafi", może uczynić z promowania zdrowia załóg przedsiębiorstw sposób na urozmaicenie i osiąganie większej satysfakcji z dotychczas pełnionych ról (np. specjalisty ds. bhp, pielęgniarki czy lekarza zakładowego) lub stać się nową, ciekawą profesją.

Wszystkich gotowych do promowania zdrowia zapraszamy na szkolenia w Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi. Będziemy zaszczyceni współpracą z Państwem w ramach procesu upowszechniania promocji zdrowia pracujących.

Literatura

1. Dawydzik L., *Nowy model opieki zdrowotnej nad pracującymi w Polsce - od medycyny naprawczej do umacniania zdrowia*, w: Gniazdowski A. *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne*, wyd. II, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997.

2. Ewles L., Simnet I., *Promoting health: A practical Guide*, London 1992.

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

4. Grossmann R., Scala K., *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny*, Wiedeń 1993.

5. Karski J.B., *Organizacja ośrodka promocji zdrowia*, Warszawa 1994

6. Korzeniowska E., *Jak promować zdrowie w miejscu pracy. Program przyjaznego zdrowiu środowiska pracy*, Łódź 1997.

7. Korzeniowska E., *Zachowania i świadomość zdrowotna w sferze pracy*, Łódź 1997.

8. Malzson R.A., Lindsay R.A., *Health Promotion at the Worksite*, Copenhagen 1992.
9. Puchalski K., *Jak promować zdrowie w miejscu pracy, Program uwolnienia od dymu tytoniowego,* Łódź 1996.
10. Sloan R.P, Grumann J.C., .Allegrante J.P., *Investing in Employee Health. A guide to Effective Health Promotion in the Workplace,* San Francisco, London 1987.
11. Wójcik R., Zielińska-Jankiewicz K., *Narażenie na czynniki szkodliwe występujące w środowisku pracy w nadzorowanych przez PIS zakładach pracy,* Higiena Pracy 4, 5, 1995

Andrzej Gniazdowski
Krajowe Cetrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy
Instytut Medycyny Pracy w Łodzi

Program antytytoniowy w zakładzie pracy

I. Wprowadzenie

Programy antytytoniowe (antynikotynowe), zarówno stanowiące przedsięwzięcia samodzielne, jak też występujące jako wyodrębnione moduły szerszych programów, stanowią jeden z najbardziej popularnych tematów w zdrowotnych programach promocyjnych w miejscu pracy. Na przykład, według przeprowadzonych w USA w 1992 r. badań ankietowych, na ogólnokrajowej reprezentacji statystycznej przedsiębiorstw zatrudniających 50 i więcej pracowników, na temat realizowanych programów promocji zdrowia, akcje antytytoniowe prowadziło 40% badanych jednostek. Badania przeprowadzone na ten sam temat przez WHO w 1990r. wśród 333 przedsiębiorstw z 30 krajów europejskich pokazały, że 67% spośród tych, które realizowały choć jeden program promocyjny, zajmowało się kontrolą palenia (Gniazdowski, 1994).

Programy antytytoniowe w zakładach pracy są zaplanowanymi zespołami różnych działań, których bezpośrednim celem jest, formułując

rzecz maksymalistycznie, doprowadzenie możliwie największej liczby palących dotąd pracowników do trwałego pozbycia się nałogu palenia. Z reguły dodatkowym efektem tego rodzaju programów jest też realizacja innych pozytywnych zmian w tej dziedzinie, jak w szczególności ograniczenie przez niektórych palaczy liczby wypalanych papierosów, przejście przez nich na palenie mniej szkodliwych zdrowotnie gatunków papierosów, czy utwierdzenie w niepaleniu osób, które nigdy nie paliły lub porzuciły palenie.

Bywają też takie zakładowe programy antytytoniowe, w których chodzi tylko o powstrzymanie pracowników, najczęściej poprzez odpowiedni zakaz, od palenia, generalnie w czasie pracy lub w określonych sytuacjach na terenie zakładu pracy, np. w czasie narad roboczych, czy przy wykonywaniu określonych operacji w pracy.

Adresatami programów antynikotynowych w zakładach pracy są, oczywiście, przede wszystkim aktualni palacze, ale także osoby, które bądź to nigdy nie paliły, szczególnie młode (mają szansę stać się palaczami!) oraz byli palacze, zwłaszcza z krótkim stażem abstynenckim (mają szansę powrotu do nałogu!). Każda z tych kategorii ma swoją specyfikę, gdy chodzi o związki z palaniem i dlatego w gruncie rzeczy każda z nich powinna być w programach antynikotynowych potraktowana odrębnie.

Należy uwzględniać również fakt, że grupa palaczy także jest zróżnicowana: pod względem stażu palenia, siły uzależnienia, intensywności palenia mierzonej liczbą wypalanych dziennie papierosów, czy motywów palenia. Ponadto palacze to zarówno osoby, które nigdy nie próbowały rzucić palenia, jak też osoby, które usiłowały to zrobić, ale wróciły do nałogu. Wśród aktualnych palaczy są zarówno osoby, które aktualnie chcą rzucić palenie, jak i osoby, które nigdy o tym nie myślały. Skuteczna wobec tych różnych grup akcja jest możliwa tylko wówczas, gdy nie będzie działaniem o adresie ogólnym, lecz precyzyjnie celowanym. Oczywiście uwzględnienie tego zalecenia nie jest proste.

Trzeba przyznać, że palenie jest tematem stosunkowo często podejmowanym w ramach mniej lub bardziej systematycznie realizowanej edukacji zdrowotnej w naszym kraju. Zwłaszcza dzięki corocznym ogólnopolskim akcjom jak: "Dzień bez papierosa", czy "Rzuć palenie razem z nami", realizowanym z dużym udziałem środków masowego przekazu,

zwłaszcza prasy i radia, ludzie w Polsce są już, mówiąc obrazowo, mocno osłuchani z wykorzystywaną w ich ramach informacją i argumentacją. Adresaci tych akcji, głównie palacze, mają całkiem dobrą wiedzę nt. zdrowotnych aspektów palenia, a niektórzy z nich, wyraźmy to posługując się jeszcze raz obrazem, zdążyli się mocno "okopać" na wygodnych dla siebie pozycjach. Sytuacja ta stawia organizatorom i realizatorom kolejnych programów antytytoniowych, w tym także w zakładach pracy, szczególnie wysokie wymagania co do stosowanych metod i przekazywanych treści w ramach tych przedsięwzięć. Bardzo łatwo bowiem idąc utartym szlakiem nie zawsze najlepszych, choć relatywnie najłatwiejszych wzorów działania, można tutaj ponieść porażkę.

II. Palenie papierosów (tytoniu) jako problem zakładu pracy

Palenie papierosów przez pracowników, jako element ich stylu życia, może interesować zakład pracy z kilku względów. Ich wspólnym mianownikiem są mniej lub bardziej bezpośrednio związane z tym, zdawałoby się absolutnie osobistym zwyczajem, jego negatywne ekonomiczne skutki dla zakładu pracy. I głównie do tych właśnie aspektów należy odwoływać się przekonując kierownictwa przedsiębiorstw, by zainwestowały pewną ilość swoich środków finansowych i rzeczowych na realizację zakładowych programów antytytoniowych.

Oczywiście właściciel czy menedżer przedsiębiorstwa jest tu zwykle wrażliwy również na pozaekonomiczną argumentację, np. po prostu na zdrowie pracowników traktowane bez żadnych odniesień ekonomicznych.

Ekonomiczne korzyści wynikające dla zakładu z programu antytytoniowego nie jest łatwo dokładnie policzyć, ale intuicyjnie są one dość przekonujące.

A oto w skrócie podstawowa ekonomiczna argumentacja za porzuceniem palenia przez pracowników zakładu pracy, przy generalnym założeniu, że niepalący pracownik jest zdrowszym pracownikiem.

1) Możliwość uzyskiwania przez niepalącą, a więc zdrowszą załogę wyższej wydajności pracy.

2) Możliwość zmniejszenia się, przy niepalącej załodze, poziomu absencji chorobowej i w związku z tym obniżenie wypłat z tytułu zasiłków chorobowych płaconych przez pracodawcę do 35 dnia zwolnienia włącznie. Zredukowana dzięki niepaleniu absencja chorobowa oznacza też, zwłaszcza przy pewnych rodzajach pracy, obniżenie strat przedsiębiorstwa wywołanych zakłóceniami procesów pracy (produkcji) z powodu nieobecności w pracy chorych pracowników.

3) Niepalenie, zwłaszcza przy zbiorowej pracy wykonywanej w pomieszczeniach zamkniętych, przyczyniając się do podniesienia parametrów higienicznych powietrza, sprzyja zdrowiu niepalących pracowników, co również ma swoje aspekty ekonomiczne dla zakładu. Wiadomo bowiem, że bierne palenie przynosi negatywne skutki zdrowotne, prowadząc w ten sposób do obniżenia się kondycji zdrowotnej nie-palaczy oraz ich zwiększonej absencji chorobowej.

III. Fazy i zasady realizacji programów antytytoniowych w zakładzie pracy

Zarówno fazy (etapy), jak zasady efektywnej realizacji programów antytytoniowych w zakładzie pracy są identyczne jak w przypadku wszelkich programów promocji zdrowia pracowników (szerokie ich omówienie zawiera opracowanie: Gniazdowski, 1994). Tutaj zwrócimy uwagę tylko na niektóre, szczególnie istotne, aspekty tego zagadnienia.

Gdy chodzi o podstawowe fazy procesu realizacji programu, przypomnijmy za cytowaną wyżej publikacją, że są one następujące: 1) inicjowanie, 2) planowanie, 3) wdrażanie, 4) ocena przebiegu programu i uzyskanych efektów.

Na fazę inicjowania składają się: 1) pozyskanie zgody na program ze strony kierownictwa zakładu (tu: bardzo ważna sprawa użycia właściwej argumentacji - zob. p. II), 2) powołanie zespołu sterującego, w tym: operacyjnego kierownika programu, 3) zbadanie przy pomocy ankiety stanu wiedzy członków załogi nt. zdrowotnych aspektów palenia, ich postaw wobec palenia, ich przeszłych i aktualnych zachowań w tej dziedzinie, 4) tendencji do zmiany tych zachowań.

Stosunek naczelnego kierownictwa do programu jest ważny przede wszystkim z formalnego punktu widzenia, ale ponadto od niego zależy tak istotna dla powodzenia wielkość przeznaczonych na program środków finansowych.

Zespół sterujący jest zbiorowym mózgiem i motorem programu. Dlatego jego członkami powinny być osoby, które mają w zakładzie odpowiednią pozycję, jak też same rozumieją problem palenia i rzeczywiście zależy im na jego skutecznym rozwiązywaniu . Absolutnie niezbędni są w jego składzie przedstawiciele szeregowych pracowników, a także osoby palące.

Badania ankietowe nt. świadomości i zachowań związanych z paleniem pozwolą zebrać informacje, które najpierw będą przydatne dla zaprojektowania programu, a następnie, po jego zkończeniu, ich powtórzenie pozwoli ocenić efekty programu.

Planowanie, które polega na ustalaniu konkretnych, przewidzianych do osiągnięcia zadań, niezbędnych do tego środków, harmonogramu, budżetu jest, wydaje się, fazą kluczową dla powodzenia programu. Istnieje tu, jak wskazują obserwacje, nie tylko u nas zresztą, bardzo niedobra praktyka określona wyrażeniem: "aby zacząć, a potem jakoś to będzie". Postawa tego rodzaju powoduje, że zasada starannego planowania jest ignorowana na rzecz pospiesznego i mało przygotowanego działania, co prowadzi z reguły, po pierwsze - do marnotrawstwa środków, a po drugie - do obniżenia efektywności działań realizowanych w programie. "Planowanie wymaga ciężkiej pracy, myśli, zaangażowania i najważniejsze - czasu. Nie ma żadnego uzasadnienia, żeby planowanie programu promocji zdrowia musiało być przeprowadzone w ciągu jednej nocy" (Sloan i in., 1987, s. 131).

Dobrze zaprojektowany program wchodzi w fazę wdrożenia, czyli właściwej realizacji. Punktem startowym powinna być odpowiednio widoczna na tle codziennej rutyny przedsiębiorstwa inauguracja programu, nalepiej z udziałem najwyższego kierownictwa. To powinno być dobrze nagłośnione prawdziwe wydarzenie w zakładzie, a nie ciche wejścia przysłowiowymi bocznymi drzwiami.

Konsekwentnemu wprowadzaniu w życie przygotowanego planu powinien towarzyszyć bieżący monitoring jego przebiegu oraz ewentualne niezbędne modyfikacje pierwotnych zapisów.

Ocena przebiegu całego procesu realizacji programu poprzez wszystkie jego fazy oraz, najważniejsze, pomiar jego skutków zamykają program.

Gdy chodzi o zasady, które powinny być przestrzegane we wszystkich omówionych fazach programu, to na szczególne wypunktowanie zasługują dwie, niestety, z reguły w mniejszym czy większym zakresie naruszane. Są to: 1) partycypacja szeregowych pracowników w planowaniu, bieżącym zarządzaniu i końcowej ocenie programu, 2) pełna i ciągła informacja o przebiegu programu docierająca skutecznie do potencjalnych i aktualnych uczestników programu powodująca, że program jest obecny i widoczny w życiu zakładu.

Błędami, które są tu popełniane najczęściej to, w pierwszym przypadku - program zdominowany przez organizatorów i ekspertów, a w drugim - długie przestoje, martwe okresy w realizacji zadań programu; to ostatnie wynika zwykle ze stosowania zasady: "aby zacząć".

IV. Działania antytytoniowe w zakładzie pracy

Organizatorom programów antytytoniowych na terenie zakładów pracy kojarzą się one często przede wszystkim z realizowaną przy pomocy tradycyjnych środków audiowizualnych oświatą (propagandą) zdrowotną jako głównym narzędziem oddziaływania. Tymczasem jednak, chociaż środki typu oświatowego są ważnym sposobem wpływania na palaczy, to

nie należy ich absolutyzować; nawiasem mówiąc, tego rodzaju podejście bierze się m.in. stąd, że jest to stosunkowo najłatwiejsza metoda walki z nikotynowym uzależnieniem.

Program antytytoniowy w zakładzie pracy ma przede wszystkim p o m ó c chętnym palaczom w skutecznym porzuceniu nałogu, a perswazyjna informacja jest tylko jednym, wcale przy tym nie najważniejszym środkiem, który może pełnić tę rolę.

Możliwe rodzaje wsparcia dla chcących rzucić palenie w ramach zakładowych programów antytytoniowych są różne. Różna też jest skuteczność każdego z nich. Generalnie zaleca się, by działać wielokierunkowo łącząc różne rodzaje środków wspierających. Sprawdzono praktycznie, że jest to postępowanie najbardziej skuteczne (Sofian i in., 1994, s. 357).

Pierwszym z tego rodzaju środków, posiadającym jednak tę wadę, że jest ograniczony wyłącznie do terenu samego zakładu pracy, są restrykcje typu administracyjnego. Ich podstawą w naszych warunkach jest obowiązująca od 1 stycznia 1996 r. Ustawa, która zakazuje palenia w pomieszczeniach zamkniętych w zakładach pracy, a dopuszcza je tylko w specjalnie w tym celu wydzielonych i odpowiednio wyposażonych miejscach. Przy założeniu, że prawo to byłoby powszechnie respektowane, palenie zostałoby radykalnie wyeliminowane jako czynnik zanieczyszczający środowisko pracy. Miałoby to przede wszystkim znaczenie dla ochrony pracowników niepalących przed skutkami tzw. biernego palenia. Mogłoby to, oczywiście, mieć również pewne znaczenie dla osłabiania nałogu palenia u pracowników palących. Jednakże, jak wskazują obserwacje, tak się, niestety, nie stało. Ustawa jest nagminnie łamana.

W związku z tym jednym z ważniejszych zadań programów antytytonionych w zakładach pracy powinno być rygorystyczne egzekwowanie przepisów prawa dotyczących palenia w miejscu pracy. Nawiasem mówiąc, w okresie przed Ustawą uzyskanie w zakładzie pracy społecznego poparcia dla ograniczenia swobody palenia na terenie zakładu pracy wymagało wielu zabiegów przy zawsze wątpliwym ich efekcie końcowym. Dziś za miejscem pracy "wolnym od dymu tytoniowego" stoi prawo. Zwolennicy opcji niepalenia w pracy uzyskali bardzo silne wsparcie dla swojego stanowiska i teoretycznie są nie do pokonania. Zakładowe

programy antynikotynowe stanowią znakomitą okazję, żeby wyegzekwować ich racje.

Wydaje się, że podstawowe znaczenie ma tu stanowisko, jakie w tej sprawie zajmuje w przedsiębiorstwie jego najwyższe kierownictwo. Jego stanowczość w tym względzie mogłaby być rozstrzygająca. Jeżeli jednak, jak stwierdziliśmy wyżej, sytuacja w zakładach, gdy chodzi o przestrzeganie przepisów Ustawy, jest jaka jest, to oznacza, że takiej stanowczości brak. Związane jest to, być może, głównie z faktem, że zarządy firm podlegają presji zakładowych lobby palaczy, do których nierzadko ich członkowie sami należą.

Metodą o wysokiej sprawdzonej skuteczności wychodzenia z nałogu palenia jest kreowanie wokół osób podejmujących tego rodzaju decyzję sytuacji społecznego wsparcia. Polega na organizowaniu palaczy chcących zerwać z paleniem w grupy prowadzone przez wykwalifikowanego trenera - terapeutę. Specjalnie opracowany program funkcjonowania takiej grupy pozwala, poprzez serię spotkań, stworzyć taki społeczny kontekst dla indywidualnych decyzji o zaprzestaniu palenia, który je silnie wzmacnia. Grupa stwarza platformę wymiany osobistych doświadczeń jej członków w zmaganiu się z nałogiem, umożliwia dyskutowanie wspólnych problemów z tym związanych i pomoc wzajemną w ich rozwiązywaniu, jest czynnikiem potencjalnie prewencyjnym w krytycznych momentach grożących nawrotem. Dzięki niej palacz nie jest i, co ważniejsze, nie czuje się osamotniony w swoim wysiłku powrotu do społeczności nie palących. Skuteczność tej metody ograniczona jest przede wszystkim kwalifikacjami i talentem lidera grupy. Jest odpowiednią metodą przede wszystkim dla silnie uzależnionych palaczy (Sofian i in., 1994).

Trzecią metodą pomocy palaczom w wyjściu z nałogu jest interwencja polegająca na stosowaniu odpowiednich środków farmakologicznych pozwalających przede wszystkim zneutralizować bardzo przykre niekiedy i grożące nawrotem palenia efekty odstawienia nikotyny.

Czwartą, godną polecenia, prostą i relatywnie tanią, metodą wspomagającą proces skutecznego odchodzenia od palenia, jest zwykłe zalecenie lekarskie typu: "powinien przestać pan palić", zwłaszcza gdy jest formułowane w kontekście określonych dolegliwości zdrowotnych pacjenta.

Próby porzucenia palenia podejmowane są dwa razy częściej przez tych palaczy, którzy informują, że lekarz radził im, by to zrobili (Sofian i in., 1994, s. 354). Lekarze zakładowi powinni z tej obserwacji wyciągnąć odpowiednie wnioski, o ile, oczywiście, sami są w tej dziedzinie w porządku.

Metoda piąta - to stosowanie różnego typu bodźców, które wzmacniają motywację palacza, by najpierw podjął decyzję o niepaleniu, a potem - by przy niej wytrwał. Zakład pracy ma tu znaczne możliwości działania. Chodzi przy tym zarówno o bodźce typu materialnego (okresowe, np. kwartalne premie pieniężne) jak i moralnego (koszulka sportowa z odpowiednim nadrukiem).

Podkreślmy na zakończenie tego przeglądu jeszcze raz, że nalepsze efekty uzyskuje się poprzez kombinowanie różnych metod oddziaływania.

V. Główne zasady edukacji antytytoniowej w zakładzie pracy

Skuteczność kampanii antytytoniowej w zakładzie pracy zwiększa się, gdy uwzględnia się w niej cztery następujące zasady:

1) nie straszyć nadmiernie,

2) wyjść naprzeciw potocznej "mądrości" nt. zdrowotnych aspektów palenia,

3) dać adresatom kampanii szansę reakcji zwrotnej, w tym: repliki wobec emitowanego przekazu oświatowego,

4) adresować przekaz personalnie.

Zbyt agresywne operowanie strachem to najczęściej popełniany, w najlepszych zresztą intencjach, błąd antynikotynowych kampanii. Nie da się, niestety, nie fałszując rzeczywistości, uniknąć posługiwania się w nich bodźcami negatywnymi, ale powinny być one stosowane w sposób bardzo wyważony oraz pozbawiony otoczki, na którą składają się niekiedy elementy prawdziwego horroru.

Wydaje się, że palaczy nie tyle należy przestraszyć, ile dostarczyć

im możliwie dużo merytorycznych przesłanek do podjęcia ich osobistej decyzji o zaprzestaniu palenia oraz pomóc im w jej realizacji.

Mimo że palenie jest jednoznacznie uznane przez współczesną medycynę za zachowanie negatywne zdrowotnie, w różnych kręgach społecznych funkcjonują na ten temat różne zdania odrębne. Najczęściej jest to argumentacja typu: "XY palił całe życie i w dobrym zdrowiu dożył sędziwego wieku". Edukacyjny przekaz antynikotynowy powinien odnosić się do tego rodzaju i podobnych argumentacji. Ten sposób postępowania sytuuje kampanię antynikotynową na obszarze, na którym obrońcy palenia czują się swojsko i raczej pewni są swoich racji. I w tym właśnie miejscu powinni zostać pokonani rzeczową argumentacją.

Jednokierunkowe ustawienie przekazu antynikotynowego, co polega na funkcjonowaniu układu: aktywny nadawca - bierny odbiorca (w domyśle oznaczać to może również układ: mądry nadawca - głupi odbiorca) nie sprzyja jego efektywności. Formuła ta nie sprawdza się zwłaszcza tam, gdzie mamy do czynienia z odbiorcami o zaawansowanym poziomie intelektualnym. W związku z tym należy odbiorcom przekazu edukacyjnego dać realne szanse reakcji zwrotnej na przekazywane treści. Można tu zastosować różne rozwiązania techniczno-organizacyjne. Mogą to być np. skrzynki pytań i uwag, czy dyskusje w grupach z udziałem ekspertów. Program antytytoniowy w zakładzie pracy stwarza szczególnie korzystne warunki do realizowania kampanii edukacyjnej w tym właśnie stylu.

Przekazywane w trakcie programu treści informacyjno-perswazyjne powinny być formułowane i komponowane w taki sposób, by skłaniać adresatów przekazu do refleksji osobistej. Najkorzystniejszą pod tym względem sytuację stwarza powiązanie palenia z jakimś zaktualizowanym już mniej lub bardziej zagrożeniem zdrowotnym jednostki, np. z nadciśnieniem, czy zmianami miażdżycowymi w tętnicach wieńcowych. Wówczas argumentacja przeciw paleniu uzyskuje realną siłę, przy tym szczególnie wówczas, gdy przekazywana jest ona w bezpośrednim personalnym kontakcie, np. w trakcie wizyty u lekarza.

Szczególnie sprzyjającą okazję do tego typu kontaktu (interwencji) stwarza bardzo często w zakładowych programach promocji zdrowia wykorzystywana metoda pomiaru ryzyka zdrowotnego (*health risk*

appraisal). Metoda ta polega na pomiarze poziomu globalnego zagrożenia danej jednostki, zwykle określoną chorobą, np. zawałem serca. Liczbowa wartość uzyskanego w wyniku pomiaru wskaźnika zagrożenia sytuuje jednostkę w odpowiednim miejscu przyjętej skali . Na tę wartość składają się cząstkowe wartości uwzględnionych w pomiarze czynników ryzyka. Wśród nich z reguły znajduje się palenie.

Przy dyskutowaniu z zainteresowanymi osobami właściwych im wartości indywidualnego zagrożenia zdrowotnego - co jest zasadą przy stosowaniu tej metody - lekarz lub pielęgniarka dysponują dużymi możliwościami przekonania palaczy, by porzucili swój nałóg, zwłaszcza, gdy uzyskany przez nich wskaźnik jest niekorzystny. W każdym razie siła perswazji w tym kierunku jest w tym wypadku zdecydowanie większa niż przy stosowaniu innych metod oddziaływania.

VI. Zakończenie

W zakończeniu odniesiemy się do kwestii efektywności programów antynikotynowych. Dla organizatorów tego rodzaju przedsięwzięć oraz dla pracodawców, którzy je finansują, jest to kwestia kluczowa. Chodzi tu przecież ostatecznie o sensowność podjętego wysiłku i racjonalność wydania pieniędzy. Niestety, dotychczas zebrane dane na ten temat nie rozwiewają wątpliwości oponentów takich programów. Ich długookresowa efektywność jest bowiem relatywnie niska. Według danych amerykańskich (polskich badań - brak) poziom jednorocznej abstynencji tytoniowej związanej z zorganizowanymi programami antynikotynowymi waha się między 15 a 40%. Schwartz, za którym są cytowane te dane, przeanalizował 416 programów zrealizowanych w latach 1959 - 1985 (Schwartz 1992, za: Sofian i in., 1994). Ta odległa od oczekiwań bezpośrednia skuteczność programów antytytoniowych działa deprymująco na ich twórców i sponsorów. Zrozumiałą jest bowiem rzeczą, że ich aspiracje w tym względzie są zdecydowanie wyższe.

Problem nie wygląda jednak tak dramatycznie, jeżeli na efektywność programów antynikotynowych spojrzymy z mniej rygorystycznej perspektywy. Okazuje się bowiem, że typowa indywidualna historia porzucania palenia jest raczej długotwałym procesem złożonym z prób zerwania z nałogiem i nawrotów do niego niż jednorazowym zerwaniem. Kolejne zaś próby przybliżają palacza do ostatecznego sukcesu. W tym podejściu sukcesem, częściowym wprawdzie, ale jednak sukcesem, jest już sama próba zaprzestania palenia, w trakcie której palacz mógł zdobyć nowe doświadczenia i umiejętności behawioralne, które za następnym razem okażą się, być może, decydujące dla ostatecznego powodzenia (Sofian i in., 1994, s. 356).

Organizatorzy i sponsorzy programów antynikotynowych nie powinni więc popadać we frustrację widząc ograniczone, bezpośrednie efekty swoich działań. Pełne bowiem efekty ich wysiłku zrealizują się z odłożeniem w czasie.

Literatura

1. Gniazdowski A., *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne*, wyd II, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997

2. Schwartz J.L., *Review and evaluation of smoking cessation methods: the United States and Canada, 1978-1985*, National Cancer Institute, 1987

3. Sloan R.P., Gruman J.G., Allegrante J.P., *Investing in Employee Health Promotion in the Workplace,* Jossey-Bass Publishers, San Francisco, London 1987

4. Sofian N.S. i in., *Tabacco Control and Cessation*, w: O'Donnell M.P., Harris J.S. /eds/, *Health Promotion in the Workplace,* 2nd Edition, Delmar Publishers, Inc., 1994

Ewa Woydyłło Osiatyńska
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Warszawa

Picie alkoholu jako problem zakładu pracy

I. Alkohol w miejscu pracy

W Polsce nie podjęto dotąd żadnych systematycznych badań dotyczących zjawisk związanych z używaniem i nadużywaniem alkoholu (ani innych środków zmieniających świadomość) w miejscu pracy. Dostępne są natomiast regularnie publikowane dane GUS, opierane na informacjach z resortu przemysłu i handlu, określające średnie spożycie alkoholu w przeliczeniu na głowę mieszkańca kraju. Ostatnie statystyki (1996 r.) podkreślają optymistyczny fakt spadku ilości spożywanego alkoholu do ok. 7-8 l. na głowę mieszkańca w skali rocznej. Badania epidemiologiczne związane ze spożyciem alkoholu (i narkotyków) prowadzi również Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPN). Mają one jednak charakter terytorialny lub środowiskowy, nie związany z rozpoznaniem zjawiska w sektorze zatrudnienia. Zakłady pracy pozostają więc poza zasięgiem badań i sondaży, co utrudnia jakąkolwiek miarodajną ocenę sytuacji w skali ogólnokrajowej.

W Ameryce systematyczne badania w tej dziedzinie datują się od połowy lat sześćdziesiątych. Na przykład, już w połowie lat siedemdziesiątych zostały w USA opublikowane wyniki kilkuletnich badań zrealizowanych pod kierunkiem ekonomisty prof. Carla J.Schramma z Uniwersytetu Johna Hopkinsa. Badania objęły dwanaście zakładów pracy zatrudniających 134 tysiące pracowników. W przedsiębiorstwach tych działały już wtedy profesjonalne placówki konsultacyjne zajmujące się

pomocą pracownikom z problemem alkoholowym, tzw. Employee Assistance Program - EAP (w polskim tłumaczeniu: Opiekuńcze Służby Pracownicze - OSP). Badania Schramma nastawione były głównie na obliczenie kosztów i zysków ekonomicznych związanych z funkcjonowaniem służb EAP. W ciągu trzech lat, obliczył Schramm, 206 pracowników skierowano na mniej lub bardziej intensywne leczenie odwykowe (od jednorazowej konsultacji, przez cykl terapeutyczny w przychodni, do kilkutygodniowej kuracji w ośrodku stacjonarnym), co kosztowało pracodawców w sumie 230.000 dolarów. Dzięki pomocy udzielonej nadużywającym alkoholu pracownikom dwunastu baltimorskich pracodawców zaoszczędziło 454.000 dolarów w pierwszym roku badań i 600.000 dolarów w drugim roku, głównie dzięki zmniejszeniu kosztów związanych z absencją.

Absencja należy do wskaźników najłatwiej mierzalnych i dlatego można ją uznać za twardą" daną w badaniach. Właśnie z tego względu w baltimorskich badaniach był to główny element pomiaru korzyści ekonomicznych związanych z działaniem służb EAP. Istnieje jednak także inny zakres potencjalnych korzyści dla pracodawcy związanych z funkcjonowaniem tych służb, do których można zaliczyć: zmniejszenie liczby wypadków, obniżenie stopnia zniszczenia sprzętu i narzędzi pracy, wyższą produktywność oraz zdrowszą atmosferą wśród pracowników. Wprawdzie w tych kwestiach trudno o precyzyjne pomiary, to jednak doświadczeni kierownicy zakładów pracy oraz osoby odpowiedzialne za działy kadr i bhp potrafią na ogół docenić znaczenie zdrowia fizycznego i psychicznego, oraz ogólnej sprawności pracowników zarówno dla jakości samej pracy, jak i jej efektów ekonomicznych.

Wracając do problemów związanych z piciem alkoholu w polskich zakładach pracy można powiedzieć, że istniejąca tu sytuacja nie może zbyt daleko odbiegać od ogólnych krajowych statystyk. Wszak pracownikami w przedsiębiorstwach przemysłowych, zakładach rzemieślniczych, placówkach handlowych i usługowych, instytucjach oświatowych i naukowych, urzędach administracyjnych i w tzw. "małym biznesie" - czyli, krótko mówiąc, we wszystkich rodzajach miejsc pracy - zatrudnieni są jak najbardziej "statystyczni Polacy". Jeżeli zatem szacunki GUS, czy IPN określają spożycie alkoholu oraz rozmiary problemów alkoholowych w kategoriach znacznego zagrożenia zdrowia i bezpieczeństwa publicznego w naszym kraju, to ten sam stopień zagrożenia odnosi się do miejsc pracy. Można tylko

ubolewać nad tym, że nie zostały rozpoznane konkretne rozmiary tych zagrożeń w odniesieniu do poszczególnych sektorów gospodarki.

Istniejącą sytuację ilustrują jednak rozpowszechnione u nas stereotypy związane z tymi zagadnieniami, które nie są wprawdzie oparte na ściśle naukowych podstawach, ale zawierają jednak przysłowiowe ździebło prawdy. Mówi się wszak o "pijanych poniedziałkach" w zakładach pracy, kiedy to absencja i spóźnienia osiągają najwyższe wskaźniki (spowodowane weekendowymi ciągami lub ekscesami pijackimi "statystycznych Polaków"). W opinii publicznej wciąż funkcjonuje stereotyp pijanych rzemieślników wykonujących usługi dla prywatnych klientów, kiedy masowo skarżymy się na pijaństwo murarzy, hydraulików, stolarzy, malarzy pokojowych itp. Policja alarmuje w związku z plagą pijanych kierowców na drogach publicznych, a wielu z nich to, niestety, kierowcy zawodowi - a więc wykonujący swą pracę w czasie jazdy.

Lista problemów związanych z używaniem i nadużywaniem alkoholu przez pracowników różnego typu mogłaby być znacznie dłuższa. Można by też pokusić się o zmierzenie faktycznych strat, jakie społeczeństwo ponosi z tytułu pijaństwa. Należałoby uwzględnić nie tylko wspomniane wyżej zawody i grupy pracownicze, ale zwrócić uwagę na zagrożenia i straty, jakie powoduje nadużywanie alkoholu na przykład przez gospodynie domowe, nauczycieli szkolnych i akademickich, lekarzy, pielęgniarki, księży, pracowników więziennictwa, policji, wojska, wymiaru sprawiedliwości, urzędników i urzędniczki różnych struktur administracyjnych od szczebla gminy do parlamentu włącznie.

W każdym razie należy stwierdzić, że powszechność problemów związanych z nadużywaniem alkoholu w Polsce każe obawiać się, iż miejsce pracy - rozumiane w sensie ogólnym, bez względu na rodzaj pracy, gałąź gospodarki czy typ placówki zatrudniającej pracowników - jest narażone na te problemy i musi sobie z nimi mniej lub bardziej skutecznie radzić.

II. Alkohol a zdrowie

W literaturze medycznej nie brak opracowań na temat wpływu alkoholu na zdrowie. Dotyczą one głównie wpływu długotrwałego nadużywania alkoholu na funkcjonowanie i stan układów i organów

wewnętrznych (m.in. na mózg, system nerwowy, układ krwionośny, ze szczególnym podkreśleniem mięśnia sercowego, na wątrobę, trzustkę, żołądek i cały układ pokarmowy, a także system ogólnej odporności organizmu na infekcje i choroby oraz obniżenie potencji seksualnej).

Drugim źródłem wiedzy o wpływie nadużywania alkoholu na zdrowie są opracowania nie medyczne, lecz psychologiczne, dotyczące zdrowia psychicznego i funkcjonowania emocjonalnego. Ten rodzaj literatury jest chronologicznie młodszy i wiąże się z rozwojem nowej metody leczenia odwykowego opartej na amerykańskiej szkole "terapii uzależnień". W związku z nią powstała w Polsce nowa grupa zawodowa terapeutów (głównie psychologów), która przejęła ster w dziedzinie pomagania osobom z problemem alkoholowym. Ich opracowania zawierają szczegółowe informacje dotyczące wielu typowych zaburzeń psychologicznych towarzyszących często nadużywaniu alkoholu (m.in. usztywnienie nawykowego mechanizmu zaprzeczania, zanik uczuć wyższych, wpadanie w skrajności emocjonalne, niekontrolowanie odruchów, skłonność do agresji, zachowania kryminogenne, współwystępowanie z uzależnieniem alkoholowym cech osobowości antyspołecznej lub innych psychopatologii itp.).

Temu "niemedycznemu" podejściu do rozumienia problemów alkoholowych zawdzięczamy też uświadomienie faktu, iż problemy te należy rozpatrywać w kategoriach dynamicznych, co oznacza, że można i trzeba interweniować nie tylko wobec osób ze zdiagnozowanym zespołem uzależnienia od alkoholu, gdy człowiek już nie jest zdolny do normalnego funkcjonowania, lecz znacznie wcześniej. Owa dynamiczna koncepcja pozwala dostrzec problem od wczesnych negatywnych symptomów wynikających z nadmiernego spożycia alkoholu, poprzez powtarzające się kryzysy zdrowotne, rodzinne i społeczne - w tym także zawodowe i związane z wykonywaną pracą - aż po skrajną fazę chronicznego alkoholizmu.

Mówiąc o wpływie alkoholu na zdrowie należy zaznaczyć, że w pierwszym okresie nadużywania i problemowego picia w większości wypadków nie występuje pogorszenie stanu zdrowia osoby pijącej. Mogą najwyżej wystąpić doraźne skutki zatrucia w postaci tzw. "kaca", ale ponieważ w naszej kulturze dolegliwość ta nie wzbudza społecznej dezaprobaty (nikt się tego n i e w s t y d z i), zjawisko to na ogół nie uruchamia czujności, ani nie wywołuje niepokoju zarówno u delikwenta,

jak i wśród bezpośredniego otoczenia (w tym także w środowisku pracowniczym). Innymi słowy, złe samopoczucie po przepiciu jest uważane za rzecz normalną i nie jest sygnałem alarmującym o wystąpieniu "problemu alkoholowego".

Owo kulturowe przyzwolenie na upijanie się, a więc i na skutki zatrucia alkoholowego, podziela również większość lekarzy. Najczęstszą formą "pomocy", jaką oferują lekarze zakładowi "przepitym" pracownikom zgłaszającym się z objawami kaca, jest wydanie chorobowego zwolnienia z pracy i ewentualnie recepty na leki wzmaciające lub uspokajające. Niekiedy towarzyszy temu ostrzeżenie lub pouczenie na temat szkodliwości picia, ale, jeśli nawet lekarz podejmuje ten temat, to pacjent zwykle zaprzecza, jakoby dotyczyło to jego osoby. W większości przypadków jednak interniści zakładowi i rejonowi nie zajmują się w ogóle ingerowaniem w tak dalece "prywatną sprawę", jaką jest używanie alkoholu przez pacjentów. Podobnie zresztą postępują lekarze specjaliści oraz lekarze pracujący w pogotowiu ratunkowym, czy na ostrych dyżurach - pojmując swą rolę głównie w kategoriach leczenia, bez "wtrącania się" w życie, nawyki i obyczaje trafiających do nich ludzi.

Nic dziwnego, że tak swoją rolę lekarze rozumieją, skoro w toku kształcenia medycznego wciąż niewiele uwagi poświęca się problemom alkoholowym, a za alkoholizm uważa się właściwie dopiero jego ostatnią, chroniczną fazę, gdy występują takie objawy, jak: delirium tremens, palimpsesty (tzw. "urwane filmy"), padaczka alkoholowa, polineuropatia, psychozy alkoholowe, marskość wątroby i inne zaburzenia lub uszkodzenia organów wewnętrznych wskazujące na wyniszczenie organizmu przez długotrwałe i nadmierne używanie alkoholu. A przecież na długo przed osiągnięciem tej fazy człowiek nadużywający alkoholu przeżywa wiele "kaców", z którymi niejednokrotnie pomagali mu radzić sobie właśnie różni lekarze, w tym też pracujący w zakładowej służbie zdrowia.

Mówiąc o skutkach zdrowotnych nadużywania alkoholu warto podkreślić, iż zdrowie ulega trwałemu pogorszeniu u większości osób dopiero w późnej, chronicznej fazie picia. Znacznie wcześniej występują niemedyczne skutki nadużywania, takie jak labilność emocjonalna, agresywność, niezdolność do podejmowania stanowczych decyzji, zachwianie systemu wartości, naruszanie norm prawnych i społecznych, uszkodzenie więzi rodzinnych, zanik poczucia odpowiedzialności i ogólne

pogorszenie jakości życia duchowego i moralnego. Są to jednak objawy, którymi medycyna raczej się nie zajmuje i dlatego nie sposób oczekiwać, by lekarze - przy obecnym stanie ich wiedzy w tej dziedzinie - mogli zacząć odgrywać większą rolę w przeciwdziałaniu i wczesnej interwencji wobec osób z problemem alkoholowym. Trafiający do nich pacjenci zwykle długo ukrywają problem i zwracają się tylko o doraźną pomoc w usunięciu najbardziej dokuczliwych objawów zatrucia alkoholowego. Lekarze spełniają swą powinność nie ingerując w faktyczną przyczynę owych dolegliwości.

Dlatego zresztą już od pół wieku rozwijają się na świecie niemedyczne formy interwencji wobec alkoholików, pozwalające na wcześniejsze powstrzymanie szkodliwego nawyku przez zaprzestanie używania alkoholu w ogóle. Do takich niemedycznych sposobów należą prewencyjne i restrykcyjne działania policyjne i sądowe, interwencje rodzinne, jak również rozmaite formy pomocy w miejscu zatrudnienia.

III. Służby pomocy dla pracowników z problemem alkoholowym

Choć historia służb pomocy dla pracowników z problemem alkoholowym liczy już ponad pół wieku, ich działanie ograniczało się przez wiele lat do przedsiębiorstw w Stanach Zjednoczonych, a następnie w Kanadzie. Dopiero wraz z ekspansją amerykańskich i wielonarodowych korporacji w latach siedemdziesiątych zaczęły trafiać do Europy Zachodniej (najpierw do RFN, potem do krajów skandynawskich) pierwsze firmy, które przyniosły tę ideę.

Najwcześniejszy model takiej "służby", który w latach czterdziestych zaczął rozwijać się w USA, miał charakter nieprofesjonalny. Polegał on na pomocy udzielanej nadmiernie pijącym pracownikom przez niepijących kolegów, którymi byli rozumiejący problem alkoholicy trzeźwiejący we Wspólnocie Anonimowych Alkoholików (AA). Pomoc ta polegała wówczas głównie na rozpoznaniu osób, które albo piły w pracy, albo zgłaszały się do

pracy w stanie zatrucia alkoholowego. Ci, którzy sami przeszli przez ten problem i zaprzestali picia znajdując oparcie i pomoc niezbędną dla wytrwania w trzeźwości we Wspólnocie AA, wiedzieli jak rozmawiać z innymi alkoholikami i jak ich zachęcić do zaprzestania picia, ponieważ im samym się udało i ponieważ w programie Anonimowych Alkoholików znaleźli sposób na poradzenie sobie z tego rodzaju sytuacją.

Pierwsza Wspólnota AA powstała w połowie lat trzydziestych w miasteczku Akron w stanie Ohio, USA. Jej założycielami, a tym samym pionierami nowoczesnej metody terapii alkoholizmu, a z czasem i innych uzależnień, byli legendarni: Bill W. i Dr Bob - dwaj "beznadziejni alkoholicy", na których oficjalna medycyna ani psychiatria nie znajdowały żadnego sposobu. Ci dwaj mężczyźni w średnim wieku - makler giełdowy i lekarz - cierpiący na wieloletni, chroniczny alkoholizm, trafili na siebie zrządzeniem losu, mocą przypadku, a może cudu. I od tamtej pory żaden z nich nigdy już nie powrócił do nałogu. Spotykali się i rozmawiali o swoich problemach i uczuciach, o utracie kontroli nad piciem, niezdolności do normalnego funkcjonowania i lękach związanych z brakiem umiejętności radzenia sobie w życiu bez wódki. W końcu obaj, Bill i Bob, zrozumieli, że odkryli tajemnicę tej nieuleczalnej choroby i przypadkiem znaleźli na nią sposób.

Dzięki konsultacjom z żyjącym jeszcze wówczas austriackim psychiatrą Carlem Jungiem oraz członkami religijnej organizacji zwanej Grupą Oksfordzką, Bill W. spisał dwanaście reguł dotyczących funkcjonowania Wspólnoty (12 Tradycji) oraz dwanaście zasad, jakimi kierował się on sam i inni zdrowiejący w AA alkoholicy (12 Kroków) - i tak powstała tzw. "Wielka Księga" Anonimowych Alkoholików.

Od połowy lat trzydziestych do dnia dzisiejszego Wspólnota AA rozwija się nieprzerwanie i właściwie nie ma kraju, w którym używa się alkoholu, gdzie Anonimowi Alkoholicy nie pomagaliby sobie nawzajem w wytrwaniu w trzeźwości. Jedynym warunkiem uczestnictwa w mityngach grup AA jest chęć zaprzestania picia. Liczbę uczestników AA w blisko 150 krajach świata szacuje się na kilka milionów osób. Oznacza to, że tylu alkoholików zachowuje trzeźwość, dzięki czemu mogli oni powrócić do normalnego życia i pracy. Co więcej, dzięki widocznym i niezaprzeczalnym efektom filozofia AA oraz zasady zawarte w programie Dwunastu Kroków znajdują obecnie zastosowanie w profesjonalnych programach terapeutycznych zajmujących się leczeniem odwykowym.

Polska jest pierwszym krajem w Europie Środkowej, gdzie rozwinęła się Wspólnota AA. Obecnie w całym kraju działa blisko półtora tysiąca grup (dane ze Zjazdu AA w 1997 r.). Te wszystkie fakty pozwalają wierzyć, że wyzdrowienie z alkoholizmu jest dziś osiągalne i możliwe dla wszystkich, których da się odpowiednio wcześnie zmotywować do podjęcia leczenia lub zwrócenia się o pomoc do innych ludzi utrzymujących dzięki programowi AA trwałą trzeźwość.

Jakościowo nową formę świadczenia pomocy pracownikom w rozwiązywaniu ich problemów związanych z piciem alkoholu było opracowanie i wdroże-

nie w USA wspomnianej tu już wcześniej koncepcji określonej jako Employee Assistance Program (EAP), czyli Opiekuńczej Służby Pracowniczej (OSP).

Pierwszym zakładem pracy w Polsce, w którym pod koniec lat osiemdziesiątych zaczęła działać pierwsza struktura wzorcowana na amerykańskich służbach EAP, był Zakład Elektrod Węglowych (ZEW) w Raciborzu (dziś S.A.). Inicjatywa jej powstania, podobnie jak to było w USA, wyszła od jednego z pracowników, który sam przestał wcześniej pić i o swoją trzeźwość dbał uczestnicząc w mityngach grup Anonimowych Alkoholików oraz udzielając się w miejscowym i krajowym ruchu abstynenckim. Ideę pomocy pracownikom "z problemem alkoholowym" udało mu się wcielić w życie dzięki nadzwyczajnej otwartości dyrektora (kierującego ZEW-em do dziś) oraz mądrości psychologa zakładowego, który zaangażował swój autorytet i profesjonalizm w rozwijanie tej nowej na naszym gruncie formy pomocy pracowniczej.

Klasyczna służba EAP, jak również opiekuńcza służba pracownicza w polskim wydaniu, polega na dwóch podstawowych elementach.

Po pierwsze, w zakładzie pracy działa specjalny "konsultant służby pracowniczej", którego rola polega na prowadzeniu rozmów z pracownikami "z problemem" i wskazywaniu im placówek lub osób mogących im fachowo pomóc uwolnić się od "problemu". Następnie, konsultant interesuje się dalszymi losami pracownika, jego ewentualnym leczeniem, a po powrocie do pracy - poprawą stosunków ze zwierzchnikiem i współpracownikami. Konsultant działa taktownie, dyskretnie i w imię dobra zakładu pracy, służąc radą tym pracownikom, którym w efektywnej pracy przeszkadza alkohol. Pierwszymi konsultantami EAP, jak już wyżej wspomniano, byli trzeźwiejący w AA alkoholicy: tak zresztą stało się też w raciborskim ZEW-ie, a później i w innych polskich przedsiębiorstwach, które powołały OSP, gdzie również konsultantami zostali pracownicy firmy, sami alkoholicy niepijący od wielu lat dzięki Wspólnocie AA.

Po drugie, kadra kierownicza i personel nadzoru wszystkich szczebli w danym zakładzie pracy, zostają odpowiednio przeszkoleni w dziedzinie

elementarnej wiedzy o tym, że alkoholizm jest chorobą, a nie wadą charakteru lub wynikiem słabej woli i że można z tej choroby wyzdrowieć pod warunkiem całkowitego zaprzestania picia, w czym pomaga nowoczesna terapia odwykowa oraz program Dwunastu Kroków AA. Majstrów i bezpośrednich zwierzchników należy przeszkolić w zakresie precyzyjnego monitorowania wyników pracy podległych im pracowników po to, by umieli rozpoznać te osoby, które w zespole pracują gorzej, mniej efektywnie i mniej rytmicznie. Chodzi o zwracanie uwagi na typowe objawy często wskazujące na nadużywanie alkoholu, np. nieusprawiedliwione nieobecności i spóźnienia, nagłe krótkie urlopy, niedyspozycja w pracy w dni poświąteczne, praca zrywami, niedotrzymywanie terminów, zmienność nastrojów, kłótliwość i konflikty ze współpracownikami, nie mówiąc już o oczywistych symptomach wskazujących na problem alkoholowy, jak picie w pracy lub przychodzenie do pracy "na kacu".

Tym, co w modelu EAP jest nowe, jest fakt, iż szef zajmuje się wyłącznie efektami pracy, a nie przyczynami ich ewentualnego pogorszenia: tym zajmują się fachowo przygotowani konsultanci służby pracowniczej. Szef kieruje pracownika do konsultanta, który wie jak rozmawiać o problemach osobistych i dokąd pracownika skierować, by postawiono mu fachową diagnozę i udzielono fachowej pomocy terapeutycznej, jeżeli okaże się, że faktycznie ma się do czynienia z osobą uzależnioną od alkoholu. Innymi słowy, szef tylko konfrontuje pracownika, wobec którego ma uzasadnione i udokumentowane zarzuty dotyczące jego pracy i tylko pracy. Konsultant natomiast jest osobą, która w szczerej i poufnej rozmowie stara się dowiedzieć, co może być przyczyną zaobserwowanych przez szefa objawów. Sam konsultant z kolei nie zajmuje się terapią, natomiast ma obowiązek wskazać pracownikowi odpowiednią placówkę (np. poradnię odwykową), do której powinien on zwrócić się ze swoim problemem.

Należy zauważyć, że służby EAP w Ameryce i na świecie, które początkowo zajmowały się tylko pracownikami z problemem alkoholowym, z czasem stały się bardziej uniwersalnymi punktami konsultacyjnymi

nastawionymi na wczesne rozpoznawanie wszelkich ludzkich problemów z dziedziny zdrowia psychicznego. Łatwo było bowiem przekonać się, że pogorszenie efektywności pracy mogą powodować również takie problemy, jak depresja lub inne zaburzenia psychiczne, kłopoty rodzinne i materialne, problemy z dorastającymi dziećmi, a nie tylko problemy alkoholowe. Stąd też współczesne placówki EAP oferują szerszy zakres konsultacji, w tym także oczywiście tradycyjne, związane z nadużywaniem alkoholu i, niestety, coraz powszechniej używanymi narkotykami.

Istnieją zasadniczo dwa modele funkcjonowania służb EAP (OSP). W pierwszym modelu punkt konsultacyjny znajduje się wewnątrz zakładu pracy, a konsultanci, będący jednocześnie pracownikami danego przedsiębiorstwa, zatrudnieni są jako jego pracownicy etatowi (zwykle w niepełnym wymiarze godzin). W drugim modelu placówka EAP (OSP) działa poza zakładem pracy i świadczy usługi różnym lokalnym instytucjom i przedsiębiorstwom. Pierwszy z tych modeli można określić "wewnętrzną", drugi "zewnętrzną" opiekuńczą służbą pracowniczą.

W Polsce jak na razie działają służby pracownicze oparte na pierwszym modelu (ZEW i RAFAKO Racibórz, ROKITA Brzeg Dolny, CENTRO-ZAP Kutno i in.). Jego zaletą jest stosunkowo łatwa i niekosztowna struktura organizacyjna - wystarczą jedna lub dwie osoby do funkcji konsultantów, pokoik na dyżur kilka razy w tygodniu i dobra współpraca konsultantów z dyrekcją i kadrą kierowniczą zakładu.

Wadą "wewnętrznej" OSP jest względna trudność utrzymania w tajemnicy kontaktów pracowników z konsultantem. Inną wadą tego rozwiązania jest również to, że praktycznie nie wychodzi poza strukturę danego przedsiębiorstwa. Tak było na przykład w ZEW-ie, gdzie opiekuńcza służba pracownicza działa z dobrymi efektami przez całe lata, podczas gdy w okolicznych zakładach pracy ludzie nadal pili w pracy i przed pracą, a kierownictwo miało na to tylko jeden sposób: zwolnić takich pracowników i na ich miejsce przyjąć nowych, którzy zresztą też mogli mieć podobny problem. Nawiasem mówiąc, nikt nie zajmuje się losem tych zwolnionych, którzy pozostają ze swoim problemem na miejscowym rynku pracy i albo idą do innego przedsiębiorstwa, wnosząc tam swój problem, albo pozostają bezrobotni - nadal pijąc i pogłębiając w ten sposób swoją osobistą złą sytuację, a także sytuację swojej rodziny i społecznego środowiska lokalnego.

Model drugi, w którym OSP usytuowana jest poza strukturą konkretnego przedsiębiorstwa jako placówka środowiskowa (rozpowszechniony np. w Niemczech), ma tę zaletę, że oferuje usługi w swoim terenie posługując się reklamą i publiczną informacją, przez co propaguje "zdrowy styl życia" w wielu zakładach pracy. Dzięki współpracy z różnymi zakładami, "zewnętrzna" opiekuńcza służba pracownicza może szeroko upowszechniać wiedzę o sposobach interwencji oraz radzenia sobie z problemami takimi jak alkoholizm, narkomania czy lekomania, a ostatnio także takimi jak depresja lub nieumiejętność radzenia sobie z innymi życiowymi kłopotami i zmartwieniami. Zwykle konsultantami są tu specjaliści odpowiednio przeszkoleni w wyższych uczelniach na wydziałach psychologii, w szkołach dla pracowników socjalnych.

W Polsce, na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego działa od 1994 roku zaoczne podyplomowe roczne Studium Profilaktyki Uzależnień, którego program obejmuje m.in. wykłady, ćwiczenia i warsztaty również z zakresu wiedzy i umiejętności przydatnych w roli konsultantów opiekuńczych służb pracowniczych. Absolwenci Studium reprezentują różne dyscypliny zawodowe i mogą w swych środowiskach pracy inicjować profesjonalne działania nastawione na organizowanie służb pracowniczych zarówno według modelu "wewnętrznego", jak i "zewnętrznego".

Jak na razie jednak nie powstała nigdzie w kraju żadna "agencja" czy "punkt konsultacyjny", w którym mogłyby kontraktować usługi konsultacyjne miejscowe zakłady pracy, zainteresowane wczesną interwencją wobec pracowników "z problemem" (zwłaszcza alkoholowym), by pomoc im uwolnić się od nałogu zamiast wyrzucania z pracy, gdy ich problemy stają się zauważalne i doprowadzają do naruszenia przepisów bhp lub kodeksu pracy. Działają tylko w nielicznych przedsiębiorstwach (wspomnianych już wyżej) wewnętrzne opiekuńcze służby pracownicze, które powstały w oparciu o model amerykańskich służb EAP i z czasem rozszerzyły swą działalność o dodatkowe obszary i zagadnienia.

IV. "Program profilaktyki dotyczący alkoholu i narkotyków wśród pracowników i ich rodzin"

Model Międzynarodowej Organizacji Pracy, Światowej Organizacji Zdrowia i Programu Kontroli nad Narkotykami ONZ*

Poza świadczeniem pomocy pracownikom z problemem alkoho -lowym istotne znaczenie mają działania profilaktyczne w tej dziedzinie. Kładą na nie duży nacisk Międzynarodowa Organizacja Pracy (MOP) i Światowa Organizacja Zdrowia (ŚOZ)w swych projektach nastawionych na promocję idei "zdrowego miejsca pracy". Pierwszy taki projekt miał charakter międzyregionalny i został zainicjowany przez trzy agencje ONZ w 1993 roku. Polska została zaproszona jako jedyny kraj reprezentujący Europę. Uczestniczyły w nim też: Egipt, Namibia, Sri Lanka i Meksyk - reprezentujące inne regiony świata. Projekt nosił nazwę: "Wzorcowe modele profilaktyki nadużywania alkoholu i innych środków uzależniających wśród pracowników i ich rodzin"**. Projektem kierował Behrouz Shahandeh z MOP w Genewie, doradca ONZ w sprawie alkoholu i narkotyków, a koordynatorem był dr Sverre Fauske, norweski specjalista w dziedzinie profilaktyki i pracownik MOP w Genewie.

Zgodnie z podstawową zasadą dotyczącą wszystkich projektów inicjowanych przez Międzynarodową Organizację Pracy do współpracy przy ich realizacji w poszczególnych krajach powinny się włączyć na równo-

---

* Dla uproszczenia Program ten oznaczony został w niniejszym opracowaniu skrótem MOP/ŚOZ

** W języku angielskim używane są słowa *alcohol and drugs*, przy czym *drugs* obejmują nie tylko *narcotics*, lecz także inne substancje zmieniające nastrój, jak np. farmakologiczne środki psychotropowe (leki).

rzędnych zasadach trzy struktury: Ministerstwo Pracy (jako reprezentant rządu danego państwa), organizacje pracodawców oraz związki zawodowe (reprezentujące pracowników). Tak też się stało w kra-jach wybranych do realizacji pilotażowego projektu w 1993 r. we wszystkich, z wyjątkiem Polski.

Jesienią 1992 r. panowie Shahandeh i Fauske zostali zaproszeni do udziału w międzynarodowym sympozjum pn. "Alkoholizm w miejscu pracy" zorganizowanym w Popowie pod Warszawą przez Komisję Edukacji w Dziedzinie Alkoholizmu i Innych Uzależnień Fundacji im. Stefana Batorego. Korzystając z pobytu w Polsce oraz zapoznawszy się z pozarządowymi (Fundacja Batorego) inicjatywami edukacyjnymi dotyczącymi promocji zdrowia w miejscu pracy, przedstawiciele MOP wybrali Polskę jako jeden z pięciu krajów do udziału w nowym przedsięwzięciu i podjęli próby negocjacji z Ministerstwem Pracy, usiłując zainteresować ówczesne kierownictwo tego resortu przygotowywanym wówczas międzyregionalnym projektem.

Niestety, nie przyniosło to żadnego rezultatu ani w tamtym momencie, ani przy kolejnych próbach podejmowanych wielokrotnie i bezowocnie wobec kolejnych nowych ministrów i dyrektorów departamentu warunków pracy. Ministerstwo Pracy nieodmiennie uzasadniało swój brak zainteresowania projektem argumentami, że "zdrowe miejsce pracy" powinno być przedmiotem troski Ministra Zdrowia, a sprawami dotyczącymi alkoholu powinna zajmować się założona specjalnie w tym celu Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), którą zresztą kierował pełnomocnik Ministra Zdrowia ds rozwiązywania problemów alkoholowych. Ostatecznie formalnie ze strony polskiego rządu nadzór nad polskim projektem objął dyrektor PARPA i pełnomocnik Ministra Zdrowia w jednej osobie. Na formalnej nominacji zresztą się skończyło, bowiem postępami realizacji projektu nie interesował się nigdy i nikt ze strony rządu polskiego.

Zapewne również z tego powodu realizacja projektu w Polsce przebiegała nierytmicznie i z wielkimi trudnościami organizacyjnymi. Mimo ogromnych dotacji przysyłanych z Genewy, wymierne efekty były znikome. Większość włączonych do projektu zakładów pracy odpadła w pierwszym roku, a trzy przedsiębiorstwa, które uparcie wytrwały przy realizacji, opierały swe działania głównie na wcześniejszych własnych pomysłach i doświadczeniach, niewiele zresztą mających wspólnego z "profilaktyką", a więcej z modelem "opiekuńczych służb pracowniczych" opartych na wzorcu EAP. Było to możliwe, ponieważ jednym z tych zakładów był wcześniej wspomniany ZEW, z bogatym dorobkiem w dziedzinie pomocy alkoholikom działaniu własnej służby pracowniczej w zakładzie. Nie przypadkiem też w tymże ZEW-ie ulokowana

została pierwsza grupa utworzonego wiosną 1997 r. Stowarzyszenia Menedżerów na Rzecz Zdrowego Miejsca Pracy ARMADA, a jej prezesem został dyrektor ZEW - Jerzy Szpineter, jego zaś pełnomocnikiem - Zenon Stube, jeden z pionierów idei opiekuńczych służb pracowniczych i sam najbardziej doświadczony konsultant takiej służby w czasie, gdy był pracownikiem ZEW.

Ten skrótowy opis "polskiej specyfiki" w realizacji Międzyregionalnego Projektu dotyczącego profilaktyki alkoholowej w miejscu pracy ilustruje dwa aspekty tej sprawy. Aspekt negatywny - to brak pomocy i odgórnie sterowanej promocji tej wspaniałej idei, jaką jest działanie na rzecz poprawy zdrowia i zmniejszenia zagrożeń w miejscu pracy, zwłaszcza pijaństwa (zagrożenia wynikające z używania narkotyków i nadużywania leków wciąż pozostają u nas nierozpoznane jako problem miejsca pracy). Aspekt pozytywny - to obserwacja, iż struktury oddolne, działania lokalne i inicjatywy pozarządowe wystarczają w zupełności, aby w naszym kraju zaczęły następować zmiany idące w dobrym kierunku. Nawet pieniądze znalazły się dzięki otwartemu w Fundacji Batorego specjalnemu programowi, który umożliwił założenie stowarzyszenia ARMADA i uruchomienie jego biura w Raciborzu z chwilą, gdy w 1996 r. MOP i pozostałe agencje ONZ zamknęły dopływ środków finansowych po zakończeniu pilotażu we wszystkich pięciu krajach, łącznie z Polską.

Polska specyfika ma jeszcze inne negatywne i pozytywne strony. Jeśli chodzi o te pierwsze, to okazało się, że nasze związki zawodowe chętniej zajmują się polityką niż dbaniem o zdrowie pracowników, skoro ani władze OPZZ, ani "Solidarności" na żadne seminarium czy szkolenie dotyczące projektu MOP od 1993 r. nigdy nie przyjęły zaproszenia. Podobnie reagowały władze organizacji pracodawców. Do pozytywów należą natomiast takie fakty, jak stopniowe rozprzestrzenianie się po Polsce idei profilaktyki dotyczącej alkoholu i narkotyków w miejscu pracy, mimo całkowitego braku zainteresowania ze strony kierownictwa resortu pracy. Po prostu znajdują się coraz to nowi dyrektorzy i kadrowcy w różnych przedsiębiorstwach, którzy są na tyle światli i wykształceni, że chętnie podchwytują ideę programów promujących "zdrowie pracowników i ich rodzin", nie bojąc się ewentualnych wydatków, czy skupienia uwagi na takich sprawach, jak używanie lub nadużywanie alkoholu.

Historia polskiego programu MOP/ŚOZ miała swoje meandry, niedostatki i okresy zastoju. Jednak jego ogólny bilans wydaje się pozytywny i obiecujący.

Obecnie omówimy podstawowe elementy tego programu, zwłaszcza, że tam gdzie on się przyjął i sprawdził, stanowi realny dowód, iż w warunkach polskich możliwy jest do zrealizowania i przynosi wiele korzyści, a żadnych szkód. Korzyści te można, na podstawie dotychczasowych doświadczeń, wysoko ocenić, zarówno w kategoriach zysków ekonomicznych przedsiębiorstwa, jak poprawy atmosfery wśród załogi, a także wpływu na szersze środowiska rodzinne pracowników i całego otoczenia społecznego w skali lokalnej.

Omówiona w części III pochodząca z USA koncepcja opiekuńczych służb pracowniczych (EAP) różni się zasadniczo od modelu MOP/ŚOZ. Model MOP/ŚOZ opiera się na idei profilaktyki, czyli zapobieganiu problemom, podczas gdy model EAP opiera się na idei interwencji wobec osób "z problemem". W poniżej zaprezentowanym szczegółowym omówieniu zobaczymy, że model ten nie odrzuca bynajmniej EAP, lecz wykorzystuje go jako wypróbowaną i skuteczną strategię działania w odniesieniu do pracowników "z problemem", stanowiących przeważnie najmniej liczną część załogi pracowniczej w większości dobrze funkcjonujących i właściwie kierowanych zakładów pracy.

1. Dlaczego profilaktyka ?

Łatwiej, a przede wszystkim taniej, jest zapobiegać problemom niż je likwidować lub łagodzić ich skutki, gdy już wystąpią. Zasada ta dotyczy wszystkich dziedzin, w tym również i przede wszystkim zdrowia. W omawianym projekcie szczególnie ważne jest położenie nacisku na profilaktykę, ponieważ odnosi się ona do większości ludzi zatrudnionych w miejscu pracy, a nie tylko do osób, które mają "problem" (tak jak w modelu EAP).

W krajach skandynawskich i zachodnioeuropejskich, gdzie przeprowadzano odpowiednie badania naukowe, ustalono, że wśród załóg normalnie pracujących przedsiębiorstw i instytucji ok. 80% stanowią ludzie "bez problemu" (alkoholowego czy narkotycznego), ok. 15% stanowią pracownicy, którym zdarza się przekroczyć zdrową normę używania alkoholu lub innych środków zmieniających nastrój (np. leków uspokajających czy nasennych), pozostałe ok. 5% stanowią pracownicy "z problemem", którymi są osoby uzależnione od alkoholu lub innych substancji.

2. Dlaczego w miejscu pracy?

Mówiąc o "profilaktyce", szczególnie gdy ma ona dotyczyć spraw związanych z używaniem alkoholu, zwykle myślimy o działaniach nastawionych na dzieci i młodzież. Działania takie w formie akcji, kampanii i systematycznych programów, prowadzone były i są nadal prowadzone w szkołach podstawowych i średnich w wielu krajach na świecie, w tym także ostatnio w Polsce.

Ze statystyk dowiadujemy się jednocześnie, że spożycie alkoholu wśród dzieci i młodzieży raczej rośnie niż maleje, a nadto, że wiek inicjacji (pierwszego kontaktu z alkoholem) groźnie się obniża i ostatnio grawituje w okolicach dwunastego roku życia (w Polsce, jak również w takich krajach jak USA, Niemcy czy kraje skandynawskie).

Nie deprecjonując alkoholowej profilaktyki szkolnej można jednak zaryzykować twierdzenie, że jej efektywność jest raczej niska. Nie dotyczy to zresztą tylko naszego kraju, gdzie brak dobrych wyników można by przypisać trudnościom budżetowym lub brakowi wypróbowanych doświadczeń w pracy profilaktycznej z dziećmi i młodzieżą. Okazuje się jednak, że w takich bogatych krajach jak USA, Niemcy czy Szwecja, gdzie profilaktyką alkoholową zaczęto zajmować się nie dziesięć lat temu, jak u nas, lecz prawie od lat pięćdziesięciu, efekty tej działalności też są wątpliwe, a mówiąc bez ogródek - żadne. Statystyki i tam pokazują wzrost spożycia

alkoholu (i narkotyków!) wśród dzieci i młodzieży oraz podobne jak u nas obniżenie wieku pierwszego kontaktu z alkoholem.

Naukowe analizy socjologiczne, a zwłaszcza psychologiczne, jakim poddano to zjawisko, wykazują niezbicie, iż jakiekolwiek oddziaływanie na dzieci i dorastającą młodzież może wpłynąć w masowej skali na ukształtowanie określonego stylu życia (w tym też na stosunek do alkoholu) wyłącznie wtedy, jeżeli dany styl życia również realizują (zaczynają realizować) rodzice tych dzieci. Innymi słowy, wpływ szkoły i propagatorów nowych idei jest znikomy, jeżeli dom rodzinny manifestuje inne wartości. Odnosząc tę konstatację do problematyki alkoholowej można stwierdzić, że uczenie dzieci, by nie piły alkoholu lub by piły go mniej i rzadziej, pozostanie nieskuteczne dopóty, dopóki rodzice tych dzieci będą traktować alkohol jako nieodłączny (a często wręcz wszechobecny) element życia rodzinnego i towarzyskiego.

Właśnie w modelu MOP/ŚOZ została podjęta próba dotarcia do rodziców tych wszystkich dzieci, dla których szkoły i działacze trzeźwościowi organizują od lat swe mniej lub bardziej atrakcyjne programy profilaktyczne.* Rodziców tych dzieci trudno bowiem byłoby zmobilizować do udziału w jakimkolwiek nauczaniu, czy wychowawczym programie reedukacji w sprawie alkoholu, ze względu na naturalną trudność w zebraniu ich wszystkich razem.

Jak wiadomo, rodzice uczniów niechętnie poddają się oddziaływaniom szkoły, licząc, że ta zajmie się (zamiast nich) ich własnymi dziećmi. Media i publikacje nie dadzą się nikomu narzucić, toteż nie można liczyć na to, by rodzice zmieniali swój styl życia dzięki nawet najlepszym audycjom telewizyjnym, radiowym czy tekstom drukowanym w prasie lub książkach. Nie sposób wszak zmusić do oglądania, słuchania czy też czytania określonych materiałów. Inna masowa instytucja, przynajmniej w Polsce, czyli Kościół, również nie wydaje się być właściwym miejscem do prowadzenia intensywnej kampanii na rzecz zmiany stosunku do

---

*W Polsce wdrażane są obecnie liczne programy, w większości wzorowane na zagranicznych programach profilaktyki dotyczącej alkoholu i narkotyków, np. "Dziękuję, NIE", "NOE", "Śnieżna Kula", czy tzw. "Elementarz: Siedem Kroków".

alkoholu w społeczeństwie. Kościół uczestniczy w działaniach na rzecz propagowania trzeźwości w możliwym dla siebie zakresie i przypuszczalnie nie jest w stanie wiele więcej w tej sprawie uczynić.

I tak, poprzez eliminację kolejnych masowych instytucji mogących wpływać na ludzi dorosłych, będących przynajmniej w znacznym procencie rodzicami dzieci i młodzieży szkolnej, dochodzimy do miejsca pracy. Pracownicy, czyli osoby między 25 a 60 rokiem życia, są wszak najczęściej ojcami lub matkami. Ci z młodszego i średniego pokolenia są nadto rodzicami dzieci w wieku szkolnym. Zaadresowanie do nich programów profilaktycznych, dotyczących alkoholu i innych środków uzależniających, może zatem spełnić dwa istotne zadania:

* ich samych ostrzec przed nieodpowiedzialnym piciem lub używaniem innych substancji, oraz

* wspomóc programy kierowane do uczniów w szkołach przez zachęcenie dorosłych, a więc rodziców do zmiany stylu życia w sferze używania alkoholu i innych substancji.

3. Trzy strefy: zielona, żółta i czerwona

W genewskim projekcie okazała się przydatna obrazowa metafora świateł ulicznych, ilustrująca trzy grupy pracowników, a więc także trzy odmienne strategie postępowania wobec każdej z nich.

Najliczniej reprezentowani są pracownicy ze strefy zielonej (ok. 80%). Należą do niej pracownicy zdrowi, używający alkoholu lub nie używający go w ogóle, ale w każdym razie nie mający z tym żadnych problemów w pracy. (W polskich warunkach, przynajmniej dotąd, głównym problemem bywa alkohol, a nie narkotyki; dlatego w tym omówieniu częściej odwołujemy się właśnie do spraw związanych z używaniem alkoholu). Zielonej strefie mówimy: "Tak trzymajcie", czyli nie zmieniajcie swego postępowania, bo jest ono właściwe.

Strefę żółtą stanowią pracownicy (ok. 15%), którzy wprawdzie nie mają problemów związanych z alkoholem stale, ale zdarzają im się incydenty obniżające efektywność pracy, wypadki lub inne negatywne skutki jego nadużycia. Osoby z tej strefy należy ostrzec i skłonić do tego, by "zwolnili tempo" i "wytężyli uwagę", ponieważ zagraża im niebezpieczeństwo. Przekładając to na konkrety, chodzi o to, by osoby ze strefy żółtej ograniczyły picie, czyli zmniejszyły ilość i częstość używania alkoholu. Nadużywanie tym różni się od uzależnienia, że w pierwszym przypadku osoba wciąż zachowuje zdolność kontroli nad ilością wypijanego alkoholu, podczas gdy w drugim - nie. Właśnie mając na uwadze tę zdolność można oczekiwać, że ludzie sami zmienią swe obyczaje związane z używaniem alkoholu pod wpływem kompetentnej informacji i udostępnienia kwestionariuszy autodiagnostycznych (zob. broszura: *Licz ile pijesz*).

Strefa czerwona to osoby uzależnione, czyli alkoholicy wymagający leczenia odwykowego (ok. 5%). Wobec tej grupy pracowników najskuteczniejszą formę pomocy oferuje model opiekuńczych służb pracowniczych. Odpowiednio przeszkoleni zwierzchnicy powinni potrafić jak najwcześniej spostrzec objawy pogorszenia efektywności pracy u takich osób (np. nieobecności po weekendach, spóźnienia po przerwach, rozpoznanie w miejscu pracy "stanu wskazującego na spożycie" itp.), a następnie skierować na rozmowę do konsultanta służby pracowniczej i dalej postępować zależnie od przebiegu i efektów interwencji. Dokładny instruktaż dotyczący procedur i metod postępowania wobec pracowników ze strefy czerwonej stanowi przedmiot konkretnych szkoleń stanowiących podstawę wprowadzenia programu profilaktyki w danym zakładzie pracy.

Można by się spierać o to, jak liczne są poszczególne strefy w warunkach polskich zakładów pracy. Są u nas z pewnością i takie zakłady, gdzie proporcje byłyby bliskie odwrotności standardów zachodnich i pracowników "z problemem" byłoby więcej niż "bez problemu". Jednakże w większości miejsc pracy, zwłaszcza tych, które funkcjonują nie najgorzej

pod względem ekonomicznym i ludzkim, można przyjąć, że odnoszą się do nich reguły i wskaźniki podobne do przedstawionych, zachodnich. Tak w każdym razie jest w tych kilku przedsiębiorstwach, które w Polsce pierwsze włączyły się do realizacji genewskiego projektu (ZEW, RAFAKO, ROKITA).

4. Paradoks prewencji

Projektowi genewskiemu przyświeca idea skupienia uwagi na najliczniejszej grupie pracowników, a nie na najmniej licznej. Wiąże się to z tzw. "paradoksem prewencji", który polega na tym, że temat "alkoholizmu", dotyczący strefy czerwonej (alkoholików), właściwie nie interesuje osób ze strefy zielonej (ludzi zdrowych).

Rozpowszechniane w programie profilaktyki informacje, publikacje i działania dotyczą raczej tego, co wiąże się ze zdrowiem i zdrowymi obyczajami, a nie tego, co związane jest z chorobą, alkoholizmem, leczeniem czy innymi problemami alkoholowymi. Mówiąc o zdrowiu i wprowadzając zdrowe normy zachowań, łatwo pozyskujemy uwagę ludzi z zielonej strefy, bo ich w szczególności ten temat dotyczy. W ten sposób działa się na rzecz promocji zdrowia wśród przeważającej części pracowników danego zakładu.

Jednocześnie, prowadząc kampanię na rzecz zdrowia (a nie "przeciwko alkoholizmowi") oddziałujemy też na osoby należące do strefy żółtej, które w gruncie rzeczy mają wciąż wybór: pójść w stronę pogłębienia lub złagodzenia swych ryzykownych obyczajów związanych z nadmiernym piciem. Jak wykazały badania przeprowadzone w zakładach pracy w Norwegii i Szwecji w początkach lat dziewięćdziesiątych, właśnie ta grupa osób wykazuje zadziwiającą zdolność do pozytywnej zmiany pod wpływem połączenia promocji zdrowia i udostępnienia testów autodiagnostycznych na temat używania alkoholu.

Ze wspomnianego "parodoksu prewencji" wynika jeszcze jeden wniosek. Otóż skoro lepiej dociera do szerszych środowisk pracowniczych informacja o zdrowiu a nie o chorobie, to również osoby podające tę informację nie muszą już reprezentować "fachowców od choroby", a więc nie muszą to być działacze trzeźwościowi (najchętniej mówiący o "walce z alkoholizmem"), ani też profesjonaliści odwykowi znający się głównie na problematyce związanej ze skutkami nadmiernego picia. Krótko mówiąc, do prowadzenia profilaktyki niepotrzebni są lekarze, psychoterapeuci, ani trzeźwiejący alkoholicy, którzy tradycyjnie zajmowali się akcjami i kampaniami "antyalkoholowymi". Oni wszyscy nadal są niezastąpieni, ale w działaniach nastawionych na pomoc osobom "z problemem", czyli jako konsultanci opiekuńczych służb pracowniczych, a jeszcze bardziej jako personel punktów konsultacyjnych i diagnostycznych oraz placówek odwykowych, do których mają trafić alkoholicy, również ci skonfrontowani przez szefów w miejscach pracy.

Do prowadzenia skutecznej i atrakcyjnej profilaktyki w zakładach pracy, jak zresztą wszędzie indziej, na przykład w szkołach, niepotrzebni są więc "fachowcy od alkoholu", lecz osoby z autorytetem i charyzmą. Takimi osobami z natury rzeczy bywają w miejscu pracy, a w każdym razie być powinni, dyrektorzy, kierownicy wyższego i średniego szczebla, czy brygadziści, majstrowie, czyli kadra zarządzająca wszystkich szczebli. W żargonie MOP-owskiego projektu nazywać ich będziemy "menedżerami".

5. Strategie działań w poszczególnych strefach

Projekt genewski pozwolił na wypracowanie wielu form pracy nadających się do zastosowania wobec trzech grup pracowników ze stref: zielonej, żółtej i czerwonej. Działania te zostają określone w dokumencie zwanym: "Polityka Zakładu wobec alkoholu i narkotyków". Dokument ten, opracowywany przez konkretne zakłady, różni się od obowiązującego prawa

pracy i przepisów bhp poziomem szczegółowości oraz konkretnymi propozycjami finansowymi oraz personalnymi związanymi z propagowaniem zdrowego stylu życia wśród załogi.

Zakład pracy może więc przeznaczyć określoną kwotę lub procent zysków na poszczególne działania. Może też określić sposób prowadzenia programu profilaktyki w ramach wybranych strategii. Przykładowo, strategie odnoszące się do najliczniejszej sfery zielonej mogą obejmować np.:

- wykorzystanie radiowęzła zakładowego do audycji o tematyce promującej zdrowie;

- organizację treningów asertywności czy monitoringu efektywności pracy dla kierowników i majstrów;

- organizację wspólnego spędzania czasu wolnego od pracy bez alkoholu (np. grzybobrania, spotkania w klubie pracowniczym, zabawy i uroczystości rocznicowe, zakup sprzętu sportowego, np. rowerów, urządzenie siłowni, basenu, bilardu, kortów tenisowych itp.);

- organizowanie rozgrywek sportowych wewnątrzzakładowych lub międzyzakładowych;

- przyznawanie premii rzeczowych zamiast pieniężnych ze względu na potrzeby rodzin pracowników, np. z okazji popularnych świąt czy nowego roku.

Najskuteczniejsze strategie dotyczące strefy żółtej, oprócz wszystkich powyższych, obejmują udostępnianie pracownikom kwestionariuszy autodiagnostycznych w formie broszurek lub folderów, zawierających łatwy test na temat ilości używanego alkoholu. Testy takie mają na celu uświadomienie sobie stopnia zagrożenia ewentualnym problemem i dają szansę osobom nadużywającym alkoholu na odpowiednio wczesne "wyhamowanie" (zgodnie z metaforą żółtego światła na skrzyżowaniu).

Strategie nastawione na pomoc pracownikom ze strefy czerwonej są oparte na modelu opiekuńczych służb pracowniczych i wiążą się z powołaniem wewnętrznej służby (konsultanta) lub zakontraktowaniem usług

w zewnętrznej strukturze OSP w danym terenie. W Polsce, nawiasem mówiąc, dotychczas sprawdził się w praktyce model pierwszy, co nie oznacza, by nie miały racji bytu punkty konsultacyjne dla pracowników zatrudniające odpowiednio przeszkolonych konsultantów i świadczące usługi dla kilku lub wielu okolicznych zakładów pracy i instytucji w danym mieście czy regionie. Funkcjonowanie takiej zewnętrznej służby pracowniczej powinno być finansowane z ustalonych na dostępnym poziomie składek współdziałających przedsiębiorstrw (np. proporcjonalnie do liczby zatrudnionych) lub na podstawie honorariów za każdą konsultację wobec pracownika skierowanego przez dany zakład pracy.

6. Rola kierownictwa i kadry nadzoru

W myśl wspomnianego wyżej "paradoksu prewencji", jedynie opiekuńcza służby pracownicza powinna opierać się na profesjonalnych konsultacjach wykonywanych przez "fachowców od alkoholu". Całą resztę działań programu profilaktyki realizują całkowicie samodzielnie "menedżerowie" po odpowiednim przeszkoleniu w dziedzinie komunikacji, zarządzania i kierowania zespołami pracowniczymi.

Skoro większość pracowników stanowią ludzie zdrowi i bez "problemu", to nie są im potrzebne medyczne czy psychoterapeutyczne informacje o skutkach czy niuansach choroby alkoholowej, ani związanych z nią zaburzeniach zdrowotnych, psychologicznych lub rodzinnych. Te sprawy mogą dotyczyć jedynie wąskiego marginesu załogi, a więc osób ze strefy czerwonej (pamiętajmy: chodzi zaledwie o ok. 5% ogółu pracowników) i ewentualnie części pracowników z "bardziej zaawansowanej" strefy żółtej. Ale ci mają trafić - i to jak najwcześniej, w wyniku skutecznej interwencji bezpośredniego zwierzchnika - do gabinetu konsultanta służby

pracowniczej, a następnie do poradni odwykowej, na oddział szpitalny lub do grupy Anonimowych Alkoholików. Tam natomiast już uzyskają niezbędne i jak najbardziej fachowe wiadomości o ich chorobie i sposobach pomocnych w wyzdrowieniu.

Tymi sprawami, podobnie zresztą jak specjalistycznymi szczegółami dotyczącymi innych chorób, nie powinien zajmować się nikt, kto nie jest specjalistą. Przecież dyrektor, kierownik czy majster w pracy nie doradza osobom z chorym sercem lub złamaną nogą, jak powrócić do zdrowia. Zauważywszy problem, zwykle odsyłają delikwenta do odpowiedniej placówki leczniczej. Taka sama zasada została właśnie zastosowana najpierw w modelu OSP, a następnie powtórzona w genewskim modelu profilaktyki pracowniczej wobec pracowników z problemem alkoholowym czy innym wynikającym z uzależnienia od jakichkolwiek środków narkotycznych lub farmakologicznych.

Rola menedżera - i to na każdym szczeblu hierarchii zarządzania w miejscu pracy - polega przecież głównie na dobrym organizowaniu pracy i tworzeniu właściwych bodźców motywujących do jej efektywnego wykonywania. Jednym z takich bodźców jest zwrócenie uwagi na niedopuszczalne pogorszenie jakości pracy bez względu na jego przyczyny. Przyczynami tymi może ewentualnie zająć się odpowiedni specjalista, a ogniwem pośrednim staje się w miejscu pracy odpowiednio przeszkolony konsultant OSP.

Warto zwrócić uwagę na pozytywne zjawisko, które można w ostatnich latach zaobserwować w pracy klinicznej z uzależnionymi w różnych placówkach w kraju. Niech przykładem będzie choćby ośrodek Terapii Uzależnień w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Od 1989 r., a więc od początków wprowadzania w wielu polskich przedsiębiorstwach, zwłaszcza przemysłowych, zasad gospodarki rynkowej, zaczęła systematycznie wzrastać liczba pacjentów trafiających na leczenie odwykowe dzięki "wymuszeniu" tej decyzji w wyniku interwencji przeprowadzonej przez szefa w miejscu pracy.

Dzieje się tak nie tylko w zakładach, w których działają formalne opiekuńcze służby pracownicze, lecz w coraz większej liczbie miejsc pracy, którymi kierują dobrzy menedżerowie, potrafiący wykorzystać swój autorytet wobec pracowników "z problemem". Rozumieją oni, że wyrzucenie takiego pracownika

z pracy w sumie więcej kosztuje niż udzielenie mu (lub jej) pomocy, nawet finansowej, związanej z urlopowaniem i kilkutygodniowym leczeniem odwykowym. Menedżerowie tacy dowodzą swym postępowaniem, że posiadają też podstawową wiedzę o tym, iż z uzależnienia można wyzdrowieć. Dzięki temu potrafią wpłynąć na osobę "z problemem" w taki sposób, by zachęcić ją do leczenia.

W sumie, rynkowe reguły w gospodarce raczej sprzyjają właściwym strategiom wobec pracowników "z problemem". Warunkiem jest oczywiście zdrowa i odpowiednio wykształcona kadra bezpośredniego nadzoru. Nie można bowiem oczekiwać interwencji wobec nadużywającego alkoholu pracownika ze strony majstra, który sam pije w pracy. Podobnie, nie ma mowy o wprowadzeniu do zakładu opiekuńczej służby pracowniczej przez dyrekcję, w której skład wchodzą czynni alkoholicy.

7. Korzyści dla rodzin pracowników

Program profilaktyki dotyczącej alkoholu i narkotyków w miejscu pracy można rozszerzyć - i często tak się dzieje - o pracę edukacyjną adresowaną do uczniów szkół przyzakładowych. Niektóre formy edukacyjne, np. audycje z radiowęzła lub programy telewizji kablowej, czy materiały publikowane w biuletynach i gazetkach zakładowych, można też rozpowszechniać szerzej w środowisku lokalnym za pośrednictwem miejscowych mediów. Tym sposobem sam program trafia do społeczności, w ramach której położony jest zakład pracy.

Nie to jednak stanowi istotę zawartą w nazwie genewskiego projektu, w której mówi się o "profilaktyce wśród pracowników i ich rodzin". Autorzy tego projektu wychodzili z założenia, że "pracownik nie przestaje wiedzieć tego, co wie i wierzyć w to, w co wierzy po przekroczeniu progu swego miejsca pracy". Innymi słowy, człowiek zdrowy i zdrowo funkcjonujący w środowisku pracy przeważnie podobnie funkcjonuje w domu i w rodzinie. Natomiast człowiek "z problemem" w miejscu pracy, najczęściej ma ten sam problem również w swoim prywatnym środowisku, a jeśli nawet są tu jakieś różnice, to polegają one na tym, że zwykle w ro-

rodzinie i z najbliższymi ludzie "z problemem" (np. alkoholowym) dopuszczają się gorszych i bardziej destrukcyjnych czynów niż w miejscu pracy.

Można bez większego ryzyka przyjąć, iż promocja zdrowego sposobu życia w miejscu pracy, niejako automatycznie zostanie przez pracowników przeniesiona do ich środowisk rodzinnych, sąsiedzkich i towarzyskich, przez co poszerzy się "strefa zielona". I analogicznie - dostarczenie bodźców i motywacji do pozytywnej zmiany dla osób znajdujących się na pograniczu problemu ("strefa żółta") pozwoli tym osobom "wyhamować" lub inaczej, powrócić do "strefy zielonej". Dzięki temu ich rodziny również znajdą się bliżej tej strefy, ponieważ albo przestaną się martwić sporadycznymi ekscesami picia, albo w nich uczestniczyć, albo ich się bać (jak np. dzieci). W każdym razie zmieni się na zdrowszy i lepszy model życia rodzinnego tych ludzi.

W "strefie czerwonej" pod wpływem skutecznej interwencji szefa i skierowania na leczenie alkoholika, zmiana w rodzinie bywa najbardziej spektakularna i upragniona. Przez to właśnie można powiedzieć, że programy pracownicze, niekoniecznie profilaktyczne, a nawet "tylko" oparte na działaniu opiekuńczych służb pracowniczych, ze swej istoty odnoszą się zarówno do pracowników, jak i do ich rodzin.

V. Współpraca z lokalnymi organizacjami i specjalistami

Zostały oto scharakteryzowane zarysy programu profilaktyki i pomocy pracowniczej, jak chyba trzeba nazwać tę koncepcję działań w miejscu pracy, uwzględniając zarówno promocję zdrowia wśród pracowników należących do stref zielonej i żółtej, jak i interwencję oraz motywację do leczenia wobec pracowników "z problemem", należących do strefy czerwonej.

Jak zostało to wyżej podkreślone, z pracownikami nie kontaktują się

na codzień specjaliści i eksperci w tych dziedzinach, ponieważ kadra kierownicza i menedżerowie wszystkich szczebli zarządzania doskonale wystarczają do realizowania polityki zakładowej nastawionej na promocję "zdrowego miejsca pracy".

Natomiast w szkoleniu owych menedżerów oraz obsłudze punktów konsultacyjnych OSP powinni brać udział fachowcy znający się na realizowanych przez siebie konkretnych zadaniach. I tak ćwiczenia i warsztaty dla kierownictwa oraz kadry nadzoru z dziedziny umiejętności zarządzania i skutecznej komunikacji (również w sytuacjach kryzysowych) powinni oczywiście przygotować i przeprowadzić specjaliści - psychologowie lub trenerzy wyszkoleni w dziedzinie technik zarządzania. Konsultantami służb pracowniczych powinni być profesjonaliści biegli w dziedzinie uzależnień, posiadający umiejętności konfrontacji, udzielania wsparcia i budowania motywacji u swych klientów, skierowanych przez bezpośrednich zwierzchników. Dodatkowo, konsultanci OSP powinni dobrze orientować się w możliwościach i warunkach różnych form pomocy terapeutycznej, z jakich ich klienci mogliby korzystać w danym mieście czy regionie.

Obydwa te kierunki działań można udoskonalić dzięki wykorzystaniu lokalnych specjalistów pracujących w istniejących placówkach i instytucjach o charakterze poradniczym, terapeutycznym lub edukacyjnym. Korzystanie z miejscowych instruktorów, wykładowców, psychologów, trenerów i terapeutów odwykowych ułatwia bardziej systematyczną współpracę w danym środowisku pracowniczym. Poza tym, miejscowi fachowcy lepiej znają i rozumieją lokalną specyfikę problemów, co pomaga trafniej formułować cele i wypracować bardziej skuteczne strategie oddziaływania na poszczególne "strefy" pracowników.

Wśród instytucji i osób, jakie powinny tworzyć lokalną sieć profesjonalnych filarów profilaktyki i programów pracowniczych, warto wyliczyć następujące:

- szkoła, harcerstwo, kościół (zwłaszcza charyzmatyczni animatorzy pozytywnych akcji i pomysłów);

- poradnie psychologiczne i wybitni psychoterapeuci oraz trenerzy komunikacji, asertywności i nowoczesnego zarządzania;

- dziennikarze i media (by nagłaśniali ciekawsze przedsięwzięcia przyczyniając się tym samym do upowszechniania idei "zdrowego miejsca pracy");

- placówki odwykowe, grupy Anonimowych Alkoholików lub Anonimowych Narkomanów, trzeźwościowe wspólnoty religijne (np. zielonoświątkowcy lub adwentyści), kluby abstynenckie, prywatne placówki i gabinety zajmujące się leczeniem uzależnień itp.

VI. Stowarzyszenie ARMADA

Stowarzyszenie ARMADA istnieje od prawie dziesięciu lat w Szwecji, Norwegii i kilku innych krajach zachodnich. Skrót ARMADA powstał jako akronim utworzony z angielskiej nazwy: Association of Resource Managers Against Drug Abuse, czyli dosłownie: Stowarzyszenie Kierowników (Kadrowych) Przeciwko Nadużywaniu Narkotyków (w tym również alkoholu i leków, tak bowiem pojmuje się pełne znaczenie słowa "*drug*").

Stowarzyszenie skupia "menedżerów", czyli członków kadry kierowniczej i zarządzającej przedsiębiorstw i instytucji, które przystąpiły do wprowadzania programów profilaktyki dotyczącej nadużywania owych "*drugs*", czyli alkoholu i innych substancji zmieniających nastrój. Menedżerowie, doceniając pozytywne efekty tych programów dla ogólnego (w tym też ekonomicznego) funkcjonowania swych zakładów, upowszechniają tę ideę poprzez swe zawodowe i osobiste kontakty. Oni sami, a szczególnie menedżerowie z najwyższych szczebli zarządzania, oczywiście nie zajmują się praktycznym wdrażaniem programu. Swym autorytetem jedynie go firmują i zapewniają dobre warunki swym

podwładnym zajmującym się bezpośrednią realizacją, organizacją szkoleń lub wprowadzaniem pozytywnych motywów do polityki zakładowej.

Właśnie w tym autorytecie "najwyższego szefa" tkwi tajemnica sukcesu tych programów. Żaden działacz będący szeregowym pracownikiem, a tym bardziej nie będący pracownikiem, lecz przybyszem z zewnątrz, nie zdoła wywrzeć takiego wpływu na załogę, by zmieniło to obyczaj lub styl życia (czy picia) pracowników i ich rodzin. Nikt z zewnątrz nie narzuci też nawet najlepszej "polityki" zakładowi pracy, jeżeli jego dyrektorzy czy rada nadzorcza nie będą w tym bezpośrednio zainteresowani.

Tak więc jeszcze raz podkreślmy, że najważniejszą rolę w upowszechnieniu idei "zdrowego miejsca pracy" mają do odegrania menedżerowie z najwyższych szczebli zarządzania przedsiębiorstw i instytucji.

Pierwsza regionalna grupa polskiej ARMADY powstała wiosną 1997 r. z inicjatywy uczestników genewskiego projektu, którymi byli przedstawiciele dyrekcji i służb pracowniczych Zakładu Elektrod Węglowych ZEW S.A. w Raciborzu, Fabryki Kotłów RAFAKO też w Raciborzu, Zakładów Chemicznych ROKITA S.A. w Brzegu Dolnym, Odlewni CENTROZAP S.A. w Kutnie oraz kilku innych przedsiębiorstw przemysłowych, które przyłączyły się do tej idei już po zakończeniu przez MOP pilotażowej fazy projektu.

Stowarzyszenie zostało zarejestrowane w Sądzie Wojewódzkim w Katowicach jako Stowarzyszenie Menedżerów na Rzecz Zdrowego Miejsca Pracy "ARMADA". Słowa "alkohol i "narkotyki" w nazwie nie znalazły się częściowo z powodu nieprzetłumaczalności oryginalnej nazwy angielskiej, a częściowo też ze względu na bardziej przyszłościową wizję programów pracowniczych - profilaktycznych i interwencyjnych, które mogą i powinny zajmować się nie tylko problemami związanymi z alkoholem czy narkotykami, lecz również innymi ludzkimi problemami zagrażającymi zdrowiu psychicznemu pracowników, a przez to także efektywności i bezpieczeństwu ich pracy.

Już kilka miesięcy po utworzeniu Stowarzyszenie ARMADA zorganizowało seminarium (sfinansowane przez Fundację Batorego), w któ-

rym wzięli udział przedstawiciele ponad dwudziestu nowych przedsiębiorstw, głównie ze Śląska, ale też z innych regionów kraju. Uczestniczyli w nim również goście z Kijowa, zainteresowani nawiązaniem kontaktów roboczych z polską ARMADA w celu przeniesienia tej idei i organizacji do zakładów pracy na Ukrainie.

W lutym 1998 r. odbyło się w Genewie międzynarodowe spotkanie z udziałem przedstawicieli wszystkich pięciu krajów biorących udział w pilotażowym międzyregionalnym projekcie MOP/ŚOZ w latach 1993-1996. W ramach tego spotkania odbyła się też sesja poświęcona celom i zadaniom Stowarzyszenia ARMADA, z zamiarem rozprzestrzenienia idei stowarzyszenia w innych krajach. Na sesji Polskę reprezentował Jerzy Szpineter, Prezes Stowarzyszenia ARMADA w Polsce (47-400 Racibórz, ul. Szkolna 21, Zakład Elektrod Węglowych S.A.)

Wojciech Drygas
Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej
Akademia Medyczna w Łodzi

Program aktywności fizycznej w zakładzie pracy

"Natura nasza jest w ruchu. Zupełny odpoczynek to śmierć". Te słowa Blaise Pascala, jednego z najwybitniejszych uczonych w historii ludzkości, mogą stanowić doskonałe wprowadzenie do rozdziału o roli aktywności fizycznej w promocji zdrowia. "Natura nasza" powinna korzystać z dobrodziejstwa ruchu, codziennej aktywności fizycznej i ukierunkowanych ćwiczeń. Odpowiedni, dostosowany do indywidualnych możliwości organizmu wysiłek fizyczny stanowi doskonały czynnik sprzyjający naszemu zdrowiu i dobremu samopoczuciu. Wysiłek fizyczny stanowi nieoceniony a zarazem niedoceniony w naszym społeczeństwie element zdrowego stylu życia. Trudno przecenić znaczenie systematycznej aktywności ruchowej. Eksperci Światowej Organizacji Zdrowia uważają systematyczny wysiłek fizyczny za jeden z najważniejszych czynników decydujących o stanie zdrowia całego społeczeństwa.

Znaczenie zdrowotne aktywności fizycznej

Z wielu najnowszych publikacji wynika, że systematyczna aktywność fizyczna ma istotne znaczenie w zapobieganiu plagom współczesnej cywilizacji, tj. chorobie niedokrwiennej i zawałom serca, nadciśnieniu tętniczemu, otyłości, cukrzycy, zaburzeniom przemiany tłuszczowej, osteoporozie, a nawet niektórym rodzajom chorób nowotworowych.

Ludzie aktywni fizycznie cechują się większą sprawnością fizyczną, są zdolni do dłuższej pracy zawodowej i lepiej ją tolerują, z reguły są biologicznie "młodsi". Co to znaczy? Ich serce, płuca, tkanka mięśniowa i kostna, a także sylwetka sprawiają wrażenie jakby dla nich nieubłagany zegar czasu zwolnił o pięć, dziesięć a może nawet o piętnaście lat. Osoba pięćdziesięcioletnia prowadząca higieniczny tryb życia i regularny wysiłek fizyczny sprawia wrażenie osoby czterdziestoletniej, zaś sprawność jej układu krążenia, oddechowego czy mięśniowego jest porównywalna, a niekiedy lepsza niż trzydziestolatka prowadzącego siedzący tryb życia.

Brzmi to zbyt optymistycznie?

W istniejącej od 1976 r. Poradni Zdrowego Człowieka w Łodzi konsultowaliśmy wielokrotnie osoby uprawiające rekreacyjnie sport, których sprawność fizyczna, wydolność układu krążeniowo-oddechowego i ogólny stan zdrowia zdecydowanie odbiegały na korzyść od ich rówieśników prowadzących "siedzący" tryb życia.

Jeden z podopiecznych Poradni, mężczyzna liczący wówczas 82 lata był w stanie przejechać na rowerze trasę Łódź - Stryków (ok. 25 km) ze średnią prędkością ponad 20 km/godzinę, 70-latkowie przebiegali dystans 10 km poniżej 55 min, zaś wielu regularnie uprawiających biegi długodystansowe mężczyzn w wieku 40-50 lat osiągało w czasie badań ergometrycznych podobne wskaźniki wydolności jak pierwszoligowi piłkarze.

Te chlubne wyjątki nie mogą jednak przesłonić smutnego faktu, że większość Polaków zdecydowanie odbiega od tych korzystnych wzorców. Należy z wielką przykrością stwierdzić, że społeczeństwo polskie należy do

najmniej aktywnych fizycznie w Europie. Zaledwie 5-10 % dorosłych mieszkańców dużych miast wykazuje zadowalający poziom aktywności ruchowej. Mimo że blisko 80 % mieszkańców Warszawy uznaje pozytywny wpływ ruchu na zdrowie, zaledwie 9 % systematycznie ćwiczy. Z przeprowadzonych niedawno międzynarodowych badań (Bridging the East-West Health Gap) wynika, że my Polacy ustępujemy pod względem codziennej aktywności ruchowej i ukierunkowanych ćwiczeń sportowych nie tylko Niemcom, Finom, Hiszpanom, ale także Rosjanom i Węgrom. W wielu krajach procent aktywnych fizycznie osób dorosłych sięga 40-50 a nawet 60.

Postawmy sprawę jasno: zamiast marszu, jazdy na rowerze, ćwiczeń wybieramy papierosy, telewizję, wideo lub ...piwo (i to niekoniecznie jedynie wieczorem). Jesteśmy narodem bardzo leniwym, aż 90-95 % dorosłej części społeczeństwa w Polsce można zakwalifikować do osób potencjalnie zagrożonych niekorzystnymi skutkami zdrowotnymi "siedzącego" trybu życia.

Przeciętny Polak uprawia ćwiczenia fizyczne wtedy kiedy ma na to czas, czyli ... nigdy. Ten argument o braku czasu, podawany przez większość osób o małej aktywności fizycznej, jest trudny do zaakceptowania. Z regularnych raportów ośrodków badania opinii społecznej (m.in. OBOP) wynika, że dorosły obywatel naszego kraju spędza średnio 3-4 godzin dziennie (!) przed ekranem telewizora.

Jakie są zatem konsekwencje niedostatecznej aktywności fizycznej czyli hipokinezji? Wymieńmy jedynie te najbardziej oczywiste i najczęściej spotykane w naszym społeczeństwie. Nadwaga i otyłość - dotyczą one ok. 30-40 % mieszkańców Polski, nadciśnienie tętnicze - ponad 20 % dorosłych Polaków, cukrzyca typu II, zaburzenia przemiany tłuszczowej (m.in. wysoki poziom cholesterolu i jego "złej" frakcji LDL, niski poziom "dobrej" frakcji HDL). Jeżeli hipokinezji towarzyszą inne czynniki ryzyka, takie jak palenie tytoniu, niewłaściwy sposób żywienia czy nadmierne obciążenia psychoemocjonalne, konsekwencją może być przyspieszone tempo rozwoju miażdżycy naczyń krwionośnych serca, mózgu, z fatalnymi konsekwencjami w postaci zawału serca, udaru mózgu czy niedokrwienia (chromania przestankowego) kończyn.

Mniej dramatycznym lecz bardzo kłopotliwym w życiu codziennym skutkiem hipokinezji są bóle w okolicy krzyżowo-lędźwiowej kręgosłupa oraz większa podatność tkanki kostnej (osteoporoza!), mięśniowej, ścięgien i więzadeł na urazy. Osoby mało aktywne ruchowo mają częste problemy z koncentracją procesu uwagi, skarżą się na trudności z zasypianiem. Typową dolegliwością jest uczucie zmęczenia nawet przy niewielkim wysiłku fizycznym. Inną powszechną dolegliwością są zaparcia stolca. Inne konsekwencje braku ruchu to:

- większa podatność na wystąpienie szeregu groźnych dla życia chorób,
- przyspieszenie procesu starzenia się,
- niekorzystne zmiany w układzie nerwowym i psychice,
- mniejsze możliwości intelektualne i twórcze,
- niezadowolenie z życia, przewlekłe zmęczenie.

Są wszakże nieliczne chlubne wyjątki. Niedoścignionymi wzorami spontanicznej aktywności ruchowej są dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym. Dzięki naturalnej chęci wykonywania wszelkich rodzajów gier i zabaw ruchowych, zdrowy i prawidłowo wychowywany pięciolatek czy sześciolatek potrafi codziennie przez kilka godzin wykonywać rozmaite ćwiczenia fizyczne. Godny uznania jest także zapał, z jakim niektórzy młodzi ludzie potrafią grać w piłkę nożną, tenisa, jeździć na rowerze, wrotkach, nartach czy snowboardach. Z pewną trudnością przyjdzie nam znaleźć podobne przykłady w gronie osób dorosłych, zwłaszcza osób w wieku średnim czy podeszłym.

Z obserwacji przeprowadzonych w wielu krajach wynika, że znacznie częściej systematyczny wysiłek fizyczny (nie związany z pracą zawodową) wykonują osoby lepiej wykształcone, o wyższym statusie społecznym i ponadprzeciętnych dochodach finansowych. Łatwiej zatem spotkać na basenie, korcie tenisowym czy trasie rowerowej kadrę kierowniczą czy specjalistów niż szeregowego pracownika. Podobnie wygląda sytuacja w Polsce. Z doświadczeń autora wynika, że częściej systematyczny trening fizyczny podejmuje kadra kierownicza, pracownicy naukowi, inżynierowie i technicy oraz dbałe o zdrowie i urodę panie, które przekroczyły 30 rok życia.

W jaki sposób wykonywać ćwiczenia fizyczne, aby uzyskać korzystne efekty zdrowotne?

Większość specjalistów (m.in. American College of Sports Medicine) uważa, że należy wykonywać systematyczny wysiłek fizyczny 3-5 razy tygodniowo, czas trwania jednostki ćwiczeń powinien wynosić od 15-60 minut, zaś w treningu powinny przeważać ćwiczenia dynamiczne typu wytrzymałościowego angażujące duże grupy mięśniowe. Do zalecanych ze względów zdrowotnych form wysiłku fizycznego należą m.in. marsze, marszobiegi, biegi długodystansowe, jazda na rowerze, pływanie, wioślarstwo, kajakarstwo, narciarstwo biegowe. Jak intensywnie ćwiczyć? Tak, aby lekko się spocić, ale nie tracić tchu, tzn. zachować zdolność do rozmowy w czasie ćwiczeń. Jeżeli potrafimy kontrolować częstość akcji serca (tętna) w czasie lub tuż po wysiłku fizycznym, nie powinna ona przekraczać wartości obliczonej wg reguły: 180 - wiek. Dla osoby 30-letniej wartość tętna w czasie ćwiczeń rekreacyjno-sportowych nie powinna przekroczyć 150/min, zaś dla osoby 50-letniej 130/min (180 - 50 = 130). Oznacza to, że najbardziej wskazany jest trening o umiarkowanej (średniej) intensywności (w granicach 50-80% możliwości maksymalnych).

Z wieloletnich doświadczeń Pracowni Medycyny Sportowej Akademii Medycznej w Łodzi wynika, że dla osiągnięcia trwałych efektów zdrowotnych należy w ciągu tygodnia wykonać ćwiczenia o wydatku energetycznym przekraczającym 1000 kilokalorii (kcal). Najlepsze efekty ćwiczeń obserwowaliśmy u osób, które w ciągu tygodnia "spalały" w czasie treningów ponad 2000 kcal. Przyjmijmy, że godzina marszu w szybkim tempie (6 km/godz.) wiąże się z wydatkiem energetycznym w granicach 300-350 kcal, szybka jazda na rowerze ok. 500-600 kcal, zaś pływanie, gra w tenisa lub badmintona ok. 400-600 kcal (w zależności od intensywności wysiłku).

Pamiętajmy o następujących zasadach:

- najważniejsza jest systematyczność wykonywanych ćwiczeń (tre-

ning 1 raz w tygodniu lub jedynie w okresie wakacji nie przynosi istotnych korzyści zdrowotnych),

- rozpoczynaj trening od niewielkich obciążeń, nigdy nie staraj się pracować na "maksymalnych obrotach",
- pamiętaj o rozgrzewce; nie narzucaj od razu ostrego tempa,
- nie ćwicz, gdy jesteś chory,
- unikaj niepotrzebnego współzawodnictwa, ćwiczenia mają sprawić przede wszystkim przyjemność.

Programy aktywności fizycznej w zakładach pracy: stan obecny i perspektywy

Nie ulega wątpliwości, że zakład pracy stanowi potencjalnie doskonałe środowisko do wdrożenia programu aktywności fizycznej. Należy tylko wykorzystać dostępne możliwości organizacyjne i finansowe, sprzęt i urządzenia oraz, co zapewne najważniejsze, zasoby ludzkie. Myślę jednocześnie o liderach programu promocji zdrowia, wspomagających ich koleżankach i kolegach oraz uczestnikach programu.

W Polsce istnieją niestety nie najlepsze wzory programów rekreacji fizycznej. W czasach, kiedy troska o dobro pracowników wyrażała się w organizacji wycieczek na grzyby, wczasów zakładowych czy wycieczek na Wawel lub warszawską Starówkę, najczęściej nie zajmowano się programami systematycznej aktywności ruchowej. W niektórych największych i najzamożniejszych zakładach pracy istniały wprawdzie boiska, dobrze wyposażone hale sportowe czy pływalnie, ale z reguły służyły one wyczynowym sportowcom, bądź uzdolnionej ruchowo młodzieży. System zakładowych rozgrywek, spartakiad i turniejów, mimo niewątpliwych walorów, nie był także adresowany do przeciętnego pracownika, o typowej (czytaj słabej) sprawności fizycznej. Zdarzały się oczywiście chlubne wyjątki, ale nie było ich nazbyt wiele.

W okresie po 1989 r. zmiany reguł ekonomicznych, kłopoty finansowe wielu przedsiębiorstw, problemy z zabezpieczeniem przetrwania wielu upadających zakładów, zwolnienia z pracy, trudności ekonomiczne oraz fluktuacja kadry kierowniczej sprawiły, że problemy zdrowia pracowników (a zwłaszcza ich aktywności fizycznej!) zostały zepchnięte na bardzo daleki plan. Ta niekorzystna sytuacja uległa już na szczęście pozytywnej zmianie. Poprawa sytuacji ekonomicznej kraju, dobra kondycja finansowa wielu przedsiębiorstw, rosnąca odpowiedzialność pracodawców za zdrowie zatrudnionych, większa świadomość zdrowotna społeczeństwa (przy stale rosnącej cenie świadczeń medycznych), czy wreszcie widoczna przecież w wielu kręgach moda na aktywny tryb życia, sport i rekreację fizyczną, stwarzają przesłanki do wdrażania dobrych programów promocji zdrowia w miejscu pracy. Jednym z zasadniczych elementów dobrego programu promocji zdrowia w zakładzie pracy jest oczywiście program aktywności fizycznej.

Co powinno cechować dobry program aktywności? Jakie korzyści z programu płyną dla kierownictwa firmy i uczestników? Frank Kelly, menedżer odpowiedzialny za program aktywności fizycznej w Health Promotion Agency w Irlandii Płn. (od lat współpracujący z autorem i programem CINDI WHO w Polsce), doskonały znawca zagadnienia, zwraca uwagę na dwie najważniejsze korzyści. Z doświadczeń firm amerykańskich i zachodnioeuropejskich wynika, że dobre programy aktywności fizycznej pozwalają zmniejszyć absencję chorobową (średnio o 20-25 %) oraz przyczyniają się do wzrostu wydajności pracy. Efekty te stwierdzono m.in. w słynnych zakładach chemicznych Du Pont, firmie farmaceutycznej Johnson & Johnson, firmie Blue Cross of Indiana i kanadyjskiej firmie ubezpieczeniowej Canada Life. W tej ostatniej program ćwiczeń przyczynił się także do stabilizacji zatrudnienia. Wzrasta także zaangażowanie pracowników, zainteresowanie warunkami pracy.

Z przedstawionych przez Kelly'ego wzorcowych programów promocji zdrowia i sprawności fizycznej wybierzmy trzy: Johnson and Johnson, Tenneco Inc., Campbell's Soup Company.

Johnson and Johnson

Jeden z najważniejszych w świecie koncernów farmaceutycznych "Johnson and Johnson" należy do liderów w dziedzinie promocji zdrowia w miejscu pracy. *Live for Life* - "Żyj dla Życia" stanowi przykład bardzo obszernego i kompleksowego programu promocji zdrowia. Mimo że zasadniczym celem programu było zmniejszenie kosztów opieki medycznej, to jednym z założeń było dostarczenie pracownikom i ich rodzinom wskazówek i materiałów, które wpłyną na ich bardziej zdrowy styl życia.

Pracownicy poddani zostali na początku badaniom medycznym, a później uczestniczyli w zajęciach dotyczących stylu życia. Ci, którzy wzięli udział w zajęciach, mogli korzystać z rozmaitych form programu - zajęciach grupowych, indywidualnych konsultacjach, a także korzystać z poradników. Program obejmował sposób żywienia, kontrolę ciężaru ciała, sprawności fizycznej, zaprzestanie palenia, sposoby przeciwdziałania stresowi oraz kontrolę ciśnienia tętniczego. Pracownicy uczestniczyli w programie poza godzinami pracy. Za systematyczne uczestnictwo w programie przewidziano pewne nagrody.

Eksperci oceniający realizację programu uznali osiągnięte efekty za bardzo dobre. Wykazano m.in. korzystne zmiany dotyczące zaangażowania, kompetencji i zainteresowania warunkami pracy (Holzabel i wsp., Wilbur).

Tenneco Inc.

Celem programu Promocji Zdrowia i Sprawności Fizycznej Tenneco jest zwiększenie zainteresowania zdrowym stylem życia, wykształcenia pozytywnych postaw wobec zdrowia i poprawa jakości życia pracowników. Program ma pięć zadań szczegółowych:

- zwiększenie poziomu wydolności fizycznej pracowników,

- zwiększenie wiedzy pracowników o zdrowym stylu życia w celu redukcji czynników ryzyka wieńcowego

- skłonienie pracowników do potraktowania programu jako swojej własności i promowanie postaw odpowiedzialności za własne zdrowie,

- skłonienie pracowników do poprawy stanu zdrowia i osiągnięcia optymalnego dla każdego z nich stanu zdrowia,

- zwiększenie zainteresowania udziałem w programie poprzez włączenie rodzin pracowników.

Uczestnicy programu prowadzili zapis uczestnictwa w zajęciach sportowych, korzystając ze specjalnego programu komputerowego. Każdy prowadził zapis czasu trwania i intensywności ćwiczeń i notował wartości ciężaru ciała. W ten sposób każdy pracownik otrzymywał co miesiąc raport dotyczący własnej aktywności fizycznej. W raporcie tym zwracano uwagę na ewentualne zmniejszenie udziału w ćwiczeniach.

Eksperci oceniający skuteczność programu stwierdzili wyraźną zależność (znamienną statystycznie) między uczestnictwem w programie a wydajnością w pracy. Pracownicy uczestniczący w ćwiczeniach wykazywali mniejszą absencję chorobową w pracy (Bernacki i wsp.).

Campbell's Soup Company

Program Zdrowie i Sprawność jest dostępny dla pracowników i ich rodzin. W programie tym znalazł się program ćwiczeń fizycznych, program motywacyjny, program kształtujący zmiany zachowania i zdrowy styl życia. Każdy z pracowników uczestniczy w badaniach medycznych przed rozpoczęciem programu. Badania te obejmują szczegółowe wywiady dotyczące stanu zdrowia i przebytych chorób, badania krwi, ocenę ryzyka wieńcowego, ocenę stylu życia, ocenę gibkości, siły mięśniowej oraz wydolności fizycznej.

Kompania wprowadziła system zachęt do udziału w programie i współzawodnictwo między poszczególnymi oddziałami. Wszystkie programy dostępne są za opłatą, która jest subsydiowana przez firmę.

Brabancja

W jednym z najciekawszych kompleksowych programów promocji zdrowia w Europie, zrealizowanym w Holandii, w średniej wielkości przedsiębiorstwie "Brabancja", program aktywności fizycznej należał do priorytetowych. Wszystkim pracownikom zaproponowano ćwiczenia fizyczne (3 x w tygodniu) połączone dwa razy w tygodniu z zajęciami edukacji zdrowotnej. Ćwiczenia prowadził zawodowy trener, któremu towarzyszyło dwóch ochotników z grona pracowników zakładu.

Szczegółowa ocena programu wykazała, że 44% pracowników uczestniczyło regularnie w zajęciach aktywności fizycznej, zaś w sesjach oświatowo-zdrowotnych od 12% do 31%. Zajęcia aktywności fizycznej, których rodzaj wybierali sami uczestnicy, oceniono wysoko. (Bardzo obszerną informację dotyczącą założeń programu, jego realizacji i sposobu oceny można znaleźć w podręczniku A. Gniazdowskiego: *Promocja zdrowia w miejscu pracy. 1997,* str. 148-157). Szerszy opis tego bardzo interesującego (wzorcowego) programu wykracza poza ramy niniejszego opracowania.

Jak nietrudno zauważyć, we wszystkich przedstawionych powyżej modelowych programach promocji zdrowia w zakładach pracy, programy aktywności fizycznej znajdują poczesne miejsce, stanowią jednak jedynie część kompleksowych, wieloczynnikowych programów kształtujących styl życia.

Warto podkreślić, że program promocji zdrowia wcale nie musi być bardzo kosztowny, a nawet może przynieść wymierny finansowo zysk! W zakładach Du Pont w Stanach Zjednoczonych program okazał się opłacalny (tj. oszczędności przewyższyły nakłady finansowe) już po roku realizacji, zaś w ciągu drugiego roku jego trwania każdy zainwestowany dolar przyniósł 2,05 $ zysku. Nic dziwnego, że coraz więcej firm amerykańskich stwarza swoim pracownikom możliwości ćwiczeń fizycznych i poprawy sprawności. Z danych Narodowego Komitetu Koordynującego Promocję Zdrowia w Miejscu Pracy w USA wynika, że liczba ta zwiększyła się z 22 % w roku 1985 do 42 % w roku 1992.

W kategorii firm zatrudniających ponad 50 pracowników, które oferowały możliwości programów aktywności fizycznej w 1992 r. oferta obejmowała:

- możliwości korzystania z przebieralni i natrysków 24%
- sale do ćwiczeń sportowych i zajęć rekreacyjnych 12%
- urządzenia do ćwiczeń wytrzymałościowych 10%
- urządzenia do ćwiczeń siłowych 9%
- boiska i inne urządzenia do ćwiczeń na zewnątrz zakładu 9%

W firmach, które oferowały zarówno możliwości ćwiczeń jak i informacje i porady, proponowano:

- materiały edukacyjne, broszury itp. 72%
- programy rekreacyjne 61%
- zajęcia edukacyjne, seminaria, wykłady itp. 52%
- współzawodnictwo, konkursy 32%
- indywidualne poradnictwo 22%
- ocenę sprawności fizycznej 20%

Modelowy program aktywności fizycznej

Wyobraźmy sobie sytuację idealną. Pracownicy doceniają znaczenie systematycznej aktywności fizycznej, są przekonani o konieczności ćwiczeń i deklarują chęć udziału w dobrze zorganizowanych, atrakcyjnych zajęciach sportowych. Kierownictwo zakładu, przekonane o celowości inwestowania we wszelkie działania poprawiające stan zdrowia i komfort środowiska pracy, wspiera program aktywności fizycznej. Przeznacza na ten cel znaczące środki finansowe, umożliwia wykorzystanie dostępnych zasobów, zachęca pracowników z różnych szczebli i wydziałów do pomocy w opracowaniu i realizacji programu. Liderzy programu promocji zdrowia w zakładach mają możliwość skorzystania z pomocy wysokiej klasy ekspertów z zewnątrz. Nawiązują kontakt ze specjalistami. Korzystają ze

wskazówek lekarza sportowego, trenera, osoby doświadczonej w konstruowaniu programu promocji zdrowia. Zakład ma do dyspozycji własne pomieszczenia, które można wykorzystać do ćwiczeń, w pobliżu znajduje się duże centrum rekreacyjno-sportowe z pełnowymiarowym basenem, boiskami do gier sportowych, siłownią, kortami tenisowymi dostępnymi dla wszystkich chętnych. Szczęśliwym trafem w pobliżu miejscowości, gdzie zlokalizowany jest ów zakład, znajdują się doskonałe tereny do wielogodzinnych wycieczek pieszych, rowerowych, a pobliskie jeziora i rzeka stwarzają możliwości uprawiania sportów wodnych. W zimie wyjazd do ośrodków sportów narciarskich zabiera maksimum 30-45 minut.

Sądzę, że w tym momencie Szanowni Czytelnicy tego rozdziału zaczną okazywać już pewne zniecierpliwienie, a może nawet irytację. Czy autor jest niepoprawnym fantastą? Gdzie znaleźć taki zakład? Być może, ktoś kto mieszka i pracuje w dobrej firmie w Grenoble, Innsbrucku, Mediolanie, Monachium, Genewie może skorzystać z takiej oferty. Ale u nas, w Polsce? Być może narażę się na kąśliwe uwagi Czytelników, ale spróbuję wymienić kilka dalszych miejsc - Wrocław, Kraków, Katowice, Bielsko-Biała, Jelenia Góra... Jeżeli nie będziemy upierać się przy konieczności uprawiania narciarstwa zjazdowego w pobliżu miejsca zamieszkania, na liście tej pojawią się dalsze miasta: Warszawa, Łódź, Gdańsk, Poznań, Szczecin, Olsztyn, Koszalin, Bydgoszcz, Kielce, Kalisz i wiele, wiele innych. W większości miast liczących powyżej 100 tys. mieszkańców i w wielu mniejszych miejscowościach istnieją możliwości wykorzystania dostępnej (często bardzo dobrze wyposażonej) bazy sportowej należącej do klubów i organizacji sportowych, atrakcyjnych terenów (parki, lasy podmiejskie itp.) do uprawiania rozmaitych form aktywności fizycznej. Znalezienie nauczyciela wf, instruktora sportowego, który pomoże w organizacji i prowadzeniu zajęć nie stanowi istotnego problemu. Często takie osoby można znaleźć wśród pracowników zakładu. W wielu zakładach istnieją pomieszczenia, które bez trudu można przystosować dla prowadzenia mniej skomplikowanych form ćwiczeń. Obszerny korytarz pomieszczenia biurowego może być wykorzystany do prowadzenia po godzinach pracy ćwiczeń dla pracowników. Niepotrzebne

pomieszczenie magazynowe może służyć do ustawienia kilku stołów pingpongowych, rowerów stacjonarnych czy urządzeń do wspinaczki. Rzadko używana świetlica, sala konferencyjna czy stołówka może być także wykorzystana do ćwiczeń po godzinach pracy. Nowoczesne urządzenia do ćwiczeń nie zajmują zbyt dużo miejsca i nie są bardzo kosztowne.

Sądzę, że w naszych krajowych zakładach największy problem dla prozdrowotnego programu aktywności fizycznej stanowić może:

- przekonanie kierownictwa zakładu o konieczności wspierania programu aktywności fizycznej,
- wygospodarowanie środków finansowych niezbędnych dla realizacji programu,
- przekonanie koleżanek i kolegów, prowadzących dotąd mało aktywny (telewizorowo-kanapowy) tryb życia, do udziału w programie.

Każdy z tych czynników wymaga krótkiego komentarza.

Uzyskanie akceptacji kierownictwa zakładu

Przekonanie kierownictwa zakładu o konieczności wdrożenia programu aktywności fizycznej dla pracowników oraz przeznaczenia na ten cel pewnych środków finansowych lub innego wsparcia (wykorzystanie pomieszczeń, sprzętu biurowego, bazy poligraficznej etc.) bywa często zadaniem dość trudnym. W dyskusji i rozmowach dotyczących założeń i możliwości realizacji programu często można się spotkać z następującymi argumentami (wg F.Kelly'ego):

Nie możemy sobie na to pozwolić

Nie możecie sobie na to pozwolić? Naprawdę? Czy rzeczywiście lepiej lub taniej jest żyć i pracować mając przeświadczenia, że prędzej czy później, możliwe do uniknięcia problemy zdrowotne zakończą przedwcześnie karierę zawodową wielu wartościowych pracowników?

Być może zakład rzeczywiście nie może sobie pozwolić na duży obiekt sportowy, ale to przecież nie jest wcale konieczne. Niezbyt kosztowne szafki na ubranie czy kilka natrysków wystarczą do realizacji dobrego programu ćwiczeń. Niektóre ćwiczenia jak jazda na rowerze czy biegi nie wymagają specjalnych pomieszczeń, zaś ćwiczenia przy muzyce, np. aerobik wymagają jedynie odpowiednio rozległej podłogi.

Czas przeznaczony na ćwiczenia spowoduje ograniczenie wydajności pracy

W rzeczywistości jest odwrotnie. Badania naukowe wykazały, że zdrowi pracownicy pracują lepiej i produkują więcej.

Nie jest również konieczne realizowanie programów w czasie godzin pracy. Niektórzy pracownicy wolą ćwiczyć poza godzinami pracy, np. wieczorem lub w czasie dni wolnych, inni natomiast wolą przychodzić do pracy wcześniej, bądź pozostać bezpośrednio po skończeniu pracy, żeby uczestniczyć w ćwiczeniach.

Żaden z zakładów pracy w okolicy nie ma specjalnego programu ćwiczeń fizycznych

Dlaczego wobec tego nie skorzystać z tej możliwości i być pierwszym? Dlaczego zrezygnować z dobrego pomysłu tylko dlatego, że inne firmy tego jeszcze nie robią? Najlepsze przedsiębiorstwa na całym świecie są coraz bardziej zainteresowane zdrowiem swoich pracowników i z pewnością nie robiłyby tego, gdyby nie przynosiło to korzyści.

Tylko fanatycy ćwiczeń i sportu będą uczestniczyć w takim programie

Tak, z pewnością entuzjaści sportu skorzystają z tych możliwości, ale jeżeli program zostanie dostosowany do potrzeb i oczekiwań pracowników, większość uczestników będą stanowili "zwykli" ludzie. Poprzez dobrą organizację programu i informację uzyskaną od osób już ćwiczących, liczba uczestników programu będzie coraz większa.

Będziemy ponosić odpowiedzialność za urazy i powikłania kardiologiczne (zawały serca)

Rzeczywiście zakład pracy ponosi odpowiedzialność za wypadki przy pracy, lecz zachęcanie pracowników do większej aktywności fizycznej i udziału w dobrze zaplanowanych i bezpiecznych ćwiczeniach powinno w rzeczywistości zmniejszyć skutki finansowe z tego tytułu.

Niewątpliwie zagwarantować należy pracownikom właściwe poradnictwo przed rozpoczęciem cyklu zajęć i zapewnić wszystkim, którzy mogą mieć większe ryzyko powikłań w czasie ćwiczeń fizycznych, fachową konsultację medyczną.

Możemy przecież po prostu powiedzieć pracownikom, żeby byli bardziej aktywni fizycznie

Większość osób dorosłych ćwiczy niesystematycznie bądź wcale. Pracodawcy powinni zachęcać do podejmowania ćwiczeń fizycznych i stwarzać możliwości do ich wykonywania. Jest to w rzeczywistości w interesie pracodawców, gdyż siedzący tryb życia i jego zdrowotne konsekwencje kosztują pracodawcę rokrocznie mnóstwo pieniędzy. Aktywność fizyczna jest wypróbowanym, niedrogim sposobem, żeby ograniczyć te koszty poprzez poprawę stanu zdrowia pracowników.

Bywa jednak często i tak, że uzyskanie zgody i konkretnej pomocy ze strony kierownictwa firmy nie stanowi większego problemu. Istotne znaczenie ma fakt, czy w kierowniczym gremium zakładu znajdziemy choć jedną osobę uprawiającą sport (aktualnie bądź w przeszłości), bądź traktującą ćwiczenia fizyczne z sympatią i zrozumieniem. Znalezienie takiej osoby nie powinno sprawić wielkiego kłopotu.

Skoro obecny Prezydent III Rzeczpospolitej jest zapalonym tenisistą i entuzjastą sportu, Jego Poprzednik amatorem gry w tenisa stołowego i sportów na świeżym powietrzu, zaś Minister Finansów utalentowanym biegaczem, istnieje szansa, że "nasz" dyrektor, prezes czy kierownik jest także człowiekiem doceniającym aktywność fizyczną i zdrowie pracowników.

Prowadząc często trudne i uciążliwe pertraktacje w sprawie realizacji naszego programu pamiętajmy o kilku podstawowych faktach.

Kierownictwo zakładu zdecydowanie bardziej preferuje pracowników zdrowych, sprawnych fizycznie, zrelaksowanych i zadowolonych z warunków pracy niż pracowników stale korzystających ze zwolnień chorobowych, mało sprawnych fizycznie, zmęczonych, podatnych na codzienne stresy.

Środki finansowe

Jak wspomniano wcześniej, wygospodarowanie środków na realizację programu aktywności fizycznej może stanowić problem, szczególnie w firmach o słabej kondycji finansowej, bądź zatrudniających niewielką liczbę pracowników.

W wielu przypadkach pracownicy mogą być skłonni do wydatkowania pewnych kwot z własnych budżetów, zwłaszcza jeżeli oferowany program jest rzeczywiście atrakcyjny. Niekiedy istnieją szanse na uzyskanie dotacji finansowej z zewnątrz, np. z Urzędu Miasta, Urzędu Gminy, towarzystwa ubezpieczeniowego, rozmaitych fundacji. Zapewne znacznie taniej można zorganizować zajęcia aerobiku, grę w siatkówkę czy koszykówkę w pobliskiej szkole niż w renomowanym klubie sportowym w centrum miasta.

Promocja programu

Promocja programu stanowi bardzo ważny element działania, zwłaszcza w przypadku programu aktywności fizycznej. Musimy być realistami. Jeżeli większość pracowników to osoby w wieku średnim i podeszłym, jeżeli większość młodych pracowników ma rodziny i dzieci, nakłonienie ich do udziału w zajęciach rekreacyjno-sportowych poza godzinami pracy może

okazać się bardzo trudne. Dlatego nie oczekujmy szybkiej i entuzjastycznej reakcji na proponowane przez nas programy.

Co zatem uczynić, żeby zwiększyć szanse powodzenia programu?

Przede wszystkim dostosować go do oczekiwań naszych koleżanek i kolegów. Warto przeprowadzić ankietę, która odpowie na pytanie, jaki rodzaj zajęć sportowych, jak często, w jakich godzinach, gdzie i kiedy pracownicy są gotowi zaakceptować (Załącznik nr 3).

Spróbujmy przewidzieć niektóre oczekiwania. Jeżeli jednym z zasadniczych problemów zdrowotnych załogi są bóle w okolicy krzyżowo-lędźwiowej kręgosłupa, związane z niewygodną (wymuszoną) pozycją w pracy, należy zaproponować program ćwiczeń przeciwdziałających (np. specjalne ćwiczenia gimnastyczne, stretching, ew. pływanie). Oczywiście tego typu program ćwiczeń wymaga konsultacji (udziału) wykwalifikowanego trenera czy instruktora.

Jeżeli praca odbywa się w dusznych, zapylonych pomieszczeniach, w warunkach dużego hałasu, zapewne najchętniej akceptowane będą zajęcia sportowe na świeżym powietrzu, w ciszy.

Nietrudno przewidzieć, że młodzi mężczyźni będą preferować program ćwiczeń w siłowni czy gry sportowe, podczas gdy panie w wieku średnim mogą zainteresować się specjalnym programem treningów dla osób z nadwagą, gimnastyką przy muzyce czy zajęciami callanetics.

Wielu pracowników chętniej zaakceptuje udział w programie, jeżeli będzie on dostępny również dla żon (mężów) i dzieci. Pływanie, wycieczki piesze czy jazda na rowerze stanowią dobre przykłady zajęć sportowych dostępnych dla całych rodzin.

Program minimum

W sytuacji, gdy mamy do dyspozycji jedynie bardzo skromne środki finansowe (lub nie posiadamy żadnych), należy ograniczyć się przede wszystkim do działań edukacyjnych. Należy do nich:

1) informowanie o korzyściach wynikających z systematycznych ćwiczeń,

2) zachęcanie do zwiększenia codziennej aktywności fizycznej (spacery zamiast dojazdów do pracy, wchodzenie po schodach zamiast korzystania z windy),

3) zachęcenie do większej aktywności fizycznej w czasie wolnym od pracy - proponowanie marszów, jazdy na rowerze i innych łatwo dostępnych form ruchu,

4) informowanie o dostępnych w okolicy możliwościach ćwiczeń sportowych, np. korzystania z basenu, sal sportowych, siłowni, zajęć aerobiku, kortów tenisowych itp.

Informacje te powinny być bardzo konkretne, tzn. należy przedstawić adres, godziny dostępne dla ćwiczących, ceny itp. Z pewnością informacje takie chętnie podadzą organizatorzy ćwiczeń (szkoły, kluby sportowe, organizacja TKKF itp.)

Warto udostępnić informacje o atrakcyjnych trasach spacerów (marszów), wycieczek rowerowych czy spływów kajakowych, zwłaszcza w najbliższej okolicy.

Można zorganizować wśród pracowników konkurs na opis najbardziej atrakcyjnej trasy rowerowej czy wycieczki pieszej w pobliżu miejsca zamieszkania.

Ten poziom interwencji zakłada dostarczenie pracownikom informacji, które mają poprawić ich stan zdrowia. Program ma poprawić świadomość i zwiększyć zainteresowanie pracowników aktywnością fizyczną poprzez przekazywanie informacji propagujących możliwości udziału w treningach i korzyści wynikające ze zwiększenia aktywności fizycznej.

W przekazywaniu tych informacji obok tradycyjnych form jak plakaty, broszury, gazetki mogą być stosowane bardziej nowoczesne techniki przekazu, jak radiowęzeł, telewizja kablowa czy poczta elektroniczna.

Ten poziom minimalnej interwencji stanowi pewien kompromis między aspiracjami promotorów zdrowia w zakładzie (zapewne znaczne większymi), potrzebami zdrowotnymi pracowników a skromnymi (zwłaszcza w początkowej fazie programu) zasobami, zwłaszcza finansowymi.

Dla wielu zakładów tego rodzaju program powinien stanowić jedynie pierwszą, wstępną fazę przed wdrożeniem bardziej ambitnego programu interwencji.

Kwestia bezpieczeństwa osób uczestniczących w programie

W dotychczasowych rozważaniach wyeksponowane zostały korzyści wynikające z systematycznej aktywności fizycznej i uczestnictwa w programie. Należy jednak pamiętać o tym, że uprawianie sportu (podobnie zresztą jak prowadzenie samochodu, czy podróż pociągiem, statkiem lub samolotem), wiąże się z pewnym ryzykiem.

Wprawdzie większość ekspertów uważa, że ryzyko poważnych powikłań zdrowotnych związanych z uprawianiem sportu przez osoby zdrowe jest bardzo niewielkie, nie należy jednak go lekceważyć.

Dla uniknięcia niepotrzebnego ryzyka należy pamiętać o następujących zasadach:

- wszystkie pomieszczenia do ćwiczeń powinny spełniać warunki norm sanitarnych i bezpieczeństwa,
- niezależnie od rodzaju programu aktywności fizycznej osoba prowadząca zajęcia lub sprawująca nadzór powinna być przeszkolona w udzielaniu pierwszej pomocy medycznej i reanimacji; kursy przypominające zdobyte umiejętności powinny być organizowane co dwa lata,
- w programach dla osób o zwiększonym ryzyku powikłań zdrowotnych powinien być zabezpieczony odpowiedni sprzęt medyczny i odpowiednio wykwalifikowany pracownik medyczny.

Najczęściej w czasie rekreacyjnych zajęć sportowych zdarzają się drobne urazy (np. stłuczenia, skręcenia stawu skokowego), które wymagają

udzielenia pierwszej pomocy medycznej. Znacznie rzadziej dochodzi do poważnych urazów (złamania kończyn, uszkodzenia stawów, urazy głowy itp.), które wymagają fachowej pomocy medycznej.

Bardzo poważnym, lecz rzadko zdarzającym się powikłaniem są zawały serca, wyjątkowo rzadko dochodzi do zatrzymania czynności układu krążenia czy nagłych zgonów.

Te powikłania brzmią bardzo poważnie i mogą zniechęcać do organizowania ćwiczeń fizycznych. Proszę wszakże pamiętać o tym, że wszystkie wspomniane powyżej urazy i nagłe powikłania kardiologiczne mogą i niestety zdarzają się także w czasie wykonywania zwykłych czynności zawodowych i to niekoniecznie związanych z ciężką pracą fizyczną. Zawały serca czy zatrzymanie czynności krążenia zdarzają się również w biurze w czasie pracy umysłowej, a nawet w domu w czasie wypoczynku lub snu.

W związku z tym w realizacji zakładowego programu aktywności fizycznej należy przestrzegać następujących zasad:

- dla uniknięcia ewentualnych problemów natury prawnej, związanej z odpowiedzialnością za urazy czy powikłania zdrowotne pracownika, warto zasięgnąć opinii prawnika i nawiązać kontakt z towarzystwem ubezpieczeniowym,

- problemy związane z kwalifikacją zdrowotną do udziału w programie, bezpieczeństwem ćwiczących i sprawowaniem nadzoru powinny być skonsultowane z lekarzem,

- o ile to możliwe, należy zapewnić pracownikom właściwe poradnictwo przed rozpoczęciem cyklu zajęć i zagwarantować wszystkim, którzy mogą mieć większe ryzyko powikłań w czasie ćwiczeń fizycznych, fachową konsultację medyczną.

Kilka wskazówek praktycznych

Dla organizatorów programu aktywności fizycznej w zakładzie pracy bardzo ważne są następujące informacje praktyczne:

1) do kogo zwracać się o pomoc w realizacji takich programów,

2) z jakich podręczników, monografii, artykułów itp. korzystać przy konstruowaniu, wdrażaniu i ocenie własnych programów promocji zdrowia.

Naturalnymi sojusznikami w przygotowaniu dobrego programu aktywności fizycznej w zakładzie pracy są z jednej strony trenerzy, nauczyciele wychowania fizycznego czy instruktorzy, doświadczeni w prowadzeniu ćwiczeń z osobami dorosłymi o przeciętnej sprawności fizycznej. Znalezienie tych osób w większych miejscowościach nie powinno raczej stanowić problemu (np. ogniska Towarzystwa Krzewienia Kultury Fizycznej, kluby sportowe, szkoły). Kolejnym ważnym partnerem powinien być lekarz, o ile to możliwe, znający problematykę zdrowotną związaną z wysiłkiem fizycznym i treningiem. Zapewne idealnym doradcą (konsultantem) byłby lekarz posiadający specjalizację z medycyny sportowej. Niestety, w Polsce liczba lekarzy posiadających tę specjalizację nie przekracza 200-250 osób. Są to w większości lekarze związani z wojewódzkimi przychodniami sportowo-lekarskimi (w większości miast wojewódzkich), bądź z uczelniami wychowania fizycznego lub akademiami medycznymi (zakłady medycyny sportowej). Tego typu placówki mieszczą się między innymi w Warszawie, Łodzi, Wrocławiu, Poznaniu, Katowicach, Krakowie, Gdańsku.

Sądzę, że dla organizatora programu aktywności fizycznej w zakładzie pracy najbardziej pomocne mogą być dwie monografie: monografia dr Gniazdowskiego *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne* wydana przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi oraz Franka Kelly'ego *Promocja zdrowia w zakładzie pracy. Aktywność fizyczna* wydana w tłumaczeniu polskim przez kierownictwo Programu* CINDI WHO w Polsce.

Pierwsza z wymienionych pozycji zawiera zarówno teoretyczne rozważania dotyczące podstaw promocji zdrowia, modelowe programy promocji zdrowia jak i bardzo praktyczne uwagi dotyczące sfery interwencji i zasad realizacji programów promocyjnych. Bardzo przydatne w praktyce będą z pewnością rozdziały dotyczące modelowej struktury programu promocyjnego, planowanie inicjowania, wdrażania i oceny efektywności programu. Liczne przykłady programów promocji zdrowia realizowanych

---

* CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention -Program Zintegrowanej Profilaktyki Przewlekłych Chorób Niezakaźnych)

w zakładach pracy Stanów Zjednoczonych i Europie podnoszą wartość tego opracowania.

Drugą z proponowanych monografii, której autorem jest Frank Kelly, stanowi rodzaj przewodnika, który krok po kroku prowadzi niezbyt doświadczonego organizatora (promotora) aktywności fizycznej w kierunku przygotowania atrakcyjnego, akceptowanego przez pracowników i kierownictwo zakładu programu. Autor tych materiałów jest ekspertem Światowej Organizacji Zdrowia, dyrektorem ds. Programów Aktywności Fizycznej w Agencji Promocji Zdrowia w Belfaście (Irlandia Płn.), trenerem, człowiekiem o dużej wiedzy teoretycznej, ale przede wszystkim doskonałym praktykiem, wnikliwym obserwatorem i bardzo zręcznym organizatorem.

Miałem przyjemność kilkakrotnie spotkać się z Frankiem Kelly, współpracowaliśmy w przygotowaniu polskiej wersji jego monografii oraz seminariów i szkoleń dla polskich promotorów zdrowia. Opracowane przez Franka materiały oraz wiele cennych wskazówek pomogło mi w przygotowaniu niniejszego opracowania.

W czasie dwukrotnych wizyt w Polsce Frank Kelly zapoznał się z możliwościami realizacji programu promocji zdrowia w wybranych zakładach pracy, zwiedzał obiekty sportowe w Łodzi, Kaliszu i Ostrowie, rozmawiał z władzami miast i przedstawicielami samorządów.

Frank Kelly jest przekonany, że w Polsce istnieją realne możliwości realizacji dobrych programów promocji zdrowia w zakładzie pracy.

Jedynym mankamentem tej bardzo wartościowej monografii jest niewielki nakład, który został już całkowicie wyczerpany. Zanim międzynarodowe kierownictwo Programu CINDI WHO zdecyduje się na kolejne, uzupełnione wydanie, istnieje możliwość uzyskania kserokopii maszynopisu pierwszego wydania z 1995 r. (osoby zainteresowane proszę o kontakt: Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Akademii Medycznej w Łodzi, 90-402 Łódź, Zachodnia 81/83, tel./fax (0-42) 32 60 29).

W poszukiwaniu idei wartościowych i atrakcyjnych programów aktywności fizycznej, czy dla poznania interesującego spojrzenia na problemy zdrowia i kultury fizycznej, warto sięgnąć do pisma "Lider", redagowanego przez Zbigniewa Cendrowskiego. Problemy promocji zdrowia znajdują na łamach "Lidera" poczesne miejsce. Bardzo przydatne

dla promotora zdrowia w zakładzie pracy mogą okazać się także materiały opublikowane przez Zespół Promocji Zdrowia Szkoły Zdrowia Publicznego AM i UJ (31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 20, tel. 21-94-61, fax 21-74-47).

Polecam szczególnie niewielką, zaledwie 8-stronicową broszurę *O zdrowiu* (nr 4/92), która stanowi, moim zdaniem, jedno z najlepszych, najbardziej przekonywujących i przystępnych opracowań, skłaniających osoby o małej aktywności fizycznej do zmiany zachowań zdrowotnych. Ta bardzo dowcipna, atrakcyjnie ilustrowana broszura znakomicie nadaje się do wykorzystania w propagowaniu programów aktywności fizycznej w zakładzie pracy.

Wiele cennych praktycznych wskazówek dotyczących zasad treningu zdrowotnego (rodzaju ćwiczeń, sposobu dawkowania, kontroli intensywności itp.) oraz oceny tolerancji wysiłku fizycznego, można znaleźć w licznych monografiach i publikacjach doświadczonego lekarza sportowego dr med. Henryka Kuńskiego, kierownika Pracowni Medycyny Sportowej Akademii Medycznej w Łodzi. Dr Kuński, mój starszy kolega, doskonały znawca treningu zdrowotnego, jest autorem m.in. *Poradnika lekarskiego aktywności fizycznej osób w wieku średnim, Podstaw treningu zdrowotnego* oraz monografii *Ruch i zdrowie*.

Jak osiągnąć sukces w realizacji programu aktywności fizycznej?

Żeby osiągnąć sukces w realizacji programu aktywności fizycznej w zakładzie pracy, powinny być spełnione następujące warunki:

- program powinien być dostosowany do zainteresowań i oczekiwań pracowników,
- program powinien uzyskać poparcie ze strony wszystkich szczebli kierownictwa,

- na realizację programu muszą być zapewnione niezbędne środki finansowe,

- program powinien być opracowany przy współudziale ekspertów (lekarzy, trenerów lub nauczycieli wychowania fizycznego),

-program musi być atrakcyjny i stale aktualizowany (np. dostosowany do pory roku),

- w marketingu programu należy eksponować korzyści zdrowotne i przyjemność; nie należy stosować metody straszenia lub nawoływania do współzawodnictwa,

- program powinien być realizowany w sposób planowy; należy przyjąć plan działania i systematycznie kontrolować jego realizację,

-program powinien angażować szerokie grono pracowników; pracownicy powinni być zapraszani do udziału w planowaniu i realizacji programu.

Z wieloletnich doświadczeń krajów zaawansowanych we wdrażaniu programów promocji zdrowia wynika, że czynnikami sprzyjającymi udziałowi w systematycznych ćwiczeniach fizycznych są:

- dobra motywacja,
- korzystna ocena własnej sprawności fizycznej,
- umiarkowany (nie wyczerpujący) wysiłek fizyczny,
- stopniowy wzrost obciążeń treningowych,
- łatwy dostęp do urządzeń sportowych,
- możliwość ćwiczeń w pobliżu własnego domu,
- niewielki koszt,
- zachęta do ćwiczeń ze strony rodziny, lekarzy, trenerów,
- zachęta do ćwiczeń ze strony mediów (prasa. radio, telewizja).

Poziom interwencji i przykłady programów w zakładzie pracy oraz ich koszt

POZIOM INTERWENCJI	PRZYKŁADY ZAWARTOŚCI PROGRAMÓW	KOSZT*
PROGRAMY informacyjne i kształtujące świadomość	Artykuły prasowe Plakaty Broszury itp.	Niski
PROGRAMY nastawione na badania testowe i ocenę	Ocena czynników ryzyka wieńcowego Ocena wydolności fizycznej Ocena zawartości tkanki tłuszczowej Kontrola ciśnienia tętniczego	Średni
PROGRAMY edukacyjne i wpływające na styl życia	Seminaria, wykłady Poradnictwo dotyczące ćwiczeń Trening indywidualny Aerobik w grupach Inne grupy treningowe	Średni
PROGRAMY wspierające zmiany zachowań zdrowotnych	Centrum treningowe (sala sportowa, siłownia na terenie zakładu) Urządzenia sportowe do treningu Kluby sportowe przy zakładzie pracy	Wysoki

* Według standardów zachodnioeuropejskich

Załącznik nr 2

Modelowy program promocji zdrowia w miejscu pracy

Schemat struktury wg Kelly'ego (1995)

OCENA ZINTEGROWANIA

Opracuj kwestionariusz analizy potrzeb i oczekiwań	Rozprowadź kwestionariusze wśród pracowników	Zbierz odpowiedzi, przeprowadź ich ocenę, przygotuj pisemny raport	Ustal termin pierwszego spotkania z pracownikami
Termin.....	Termin.....	Termin.....	Termin.....

↓

FAZA INICJOWANIA PROGRAMU

Ustal nazwiska członków Komitetu Programu	Zorganizuj zebranie Komitetu i ustalcie zadania	Ustalcie terminy i miejsce regularnych spotkań	Zdecydujcie o ewentualnej konieczności pomocy ekspertów spoza zakładu
Termin.....	Termin.....	Termin.....	Termin.....

↓

SPRAWY FINANSOWE	**PROMOCJA**	**WDROŻENIE**	**OCENA**
Ustalić całkowity koszt programu	Ustalić budżet przeznaczony na informację i reklamę(plakaty, gazetki, seminaria)	Opracować treść programu	Przeprowadzić ocenę skuteczności programu na podstawie wcześniej ustalonych kryteriów
Zabezpieczyć pokrycie finansowe kosztów	Marketing programu	Zapewnić odpowiednie pomieszczenia, wyposażenie itp.	Przeprowadzić dogłębną analizę wyników oceny
Ustalić, jaką część kosztów zapłacą sami pracownicy	Poziom 1	Ustalić potrzeby kierownictwa programu i zabezpieczyć je	Przygotować na piśmie raport dot. oceny programu i przedstawić go kierownictwu zakładu
Ustalić, jaką część kosztów pokryją np. związki zawodowe	Poziom 2	Ustalić kryteria do oceny skuteczności programu	Rozważyć wprowadzenie zmian do programu
Ustalić bieżące koszty programu	Poziom 3	Ustalić datę rozpoczęcia programu Termin.....	
		Rozpocząć realizację programu	

Propozycja zbioru pytań dotyczących aktywności fizycznej

1. W jaki sposób zazwyczaj przebywa P. drogę z domu do pracy i z pracy do domu?

(proszę podkreślić tylko jedną, właściwą odpowiedź)

1) nie pracuję lub pracuję w domu ⟶ przejdź do pyt. 4

2) dojeżdżam do pracy i wracam z niej samochodem osobowym lub środkami komunikacji miejskiej ⟶ przejdź do pyt. 3

3) chodzę pieszo lub jeżdżę rowerem

2. Ile minut dziennie zajmuje P. dojście lub dojechanie rowerem do pracy oraz powrót do domu?

(proszę podkreślić tylko jedną, właściwą odpowiedź)

1) mniej niż 15 minut
2) od 15 do 30 minut
3) od 30 do 60 minut
4) ponad godzinę

3. Proszę podać, jak wygląda P. aktywność fizyczna w pracy zawodowej.

(proszę wybrać tylko jedną z czterech podanych możliwości)

1) Moja praca zawodowa ma charakter pracy siedzącej (tzn. więcej niż połowę czasu pracy spędzam siedząc lub stojąc, np. praca biurowa, wykonywanie zawodu zegarmistrza, mechanika radiotelewizyjnego, kierowcy)

2) W czasie pracy dużo chodzę, lecz nie muszę podnosić lub przenosić ciężkich przedmiotów.Przykłady:sprzedawca w sklepie, pracownik nadzoru technicznego, goniec itp.

3) W czasie pracy dużo chodzę, często wchodzę po schodach, przenoszę dość ciężkie przedmioty. Praca fizyczna zajmuje ponad 50 % czasu mojej pracy zawodowej. Przykłady: stolarz, rolnik, osoby pracujące w niektórych magazynach i sklepach, listonosz dostarczający paczki

4) Wykonuję ciężką fizycznie pracę związaną z koniecznością podnoszenia lub przenoszenia ciężkich przedmiotów, posługiwania się łopatą, szuflą, siekierą, piłą itp.,co stanowi ponad połowę czasu mojej pracy zawodowej. Przykłady: drwal, ciężka praca w rolnictwie, przy budowie dróg, prace kanalizacyjne itp.

4. Proszę podać, jak wygląda P. aktywność fizyczna w czasie wolnym po pracy zawodowej. Jeżeli aktywność zmienia się w zależności od pory roku, proszę wybrać odpowiedź, która najlepiej charakteryzuje cały rok.

(proszę wybrać tylko jedną odpowiedź)

1) W czasie wolnym od pracy zawodowej oglądam telewizję, czytam i wykonuję inne zajęcia, które nie wymagają większego wysiłku fizycznego

2) W czasie wolnym od pracy zawodowej często spaceruję, jeżdżę na rowerze lub wykonuję inne czynności związane z wysiłkiem fizycznym (np. praca na działce, łowienie ryb, polowanie) przynajmniej przez 3-4 godziny tygodniowo (nie dotyczy to jednak czynności związanych z dojściem lub dojazdem do zakładu pracy)

3) W czasie wolnym od pracy wykonuję często (przynajmniej przez 3-4 godziny tygodniowo) specjalne ćwiczenia mające poprawić sprawność fizyczną, jak biegi, narciarstwo, gimnastyka, pływanie lub wykonuję ciężkie prace fizyczne, np. w ogrodzie lub przy budowie domu

4) W czasie wolnym od pracy wykonuję systematycznie kilka razy w tygodniu treningi sportowe, uczęszczam na specjalne za-

jęcia sportowe, uczestniczę w zawodach sportowych. Zajęcia te trwają przynajmniej 4-6 godzin tygodniowo

5. **Czy zdarza się P. wykonywać dość intensywne ćwiczenia fizyczne (np. biegać, pływać, gimnastykować się itp.) przez co najmniej 20-30 minut bez przerwy?**

(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

1) nie
2) tak ⟶ przejdź do pyt. 7

6. **Dlaczego P. nie wykonuje ćwiczeń fizycznych?**

(proszę wybrać jedną, najważniejszą przyczynę)

1) nie mogę wykonywać ćwiczeń ze względu na zły stan zdrowia
2) nie lubię ćwiczeń fizycznych
3) nie mam czasu
4) jestem zbyt zmęczony/a wysiłkiem fizycznym w pracy
5) jestem zbyt leniwy/a
6) inne przyczyny (proszę wymienić)

.....
.....

7. **Jak często wykonuje P. dość intensywne ćwiczenia fizyczne (tj. gimnastykuje się, biega, pływa itp.) trwające co najmniej 20-30 minut?**

(proszę podkreślić tylko jedną, właściwą odpowiedź)

1) codziennie
2) prawie każdego dnia (od 4 do 6 dni w tygodniu)
3) co drugi lub co trzeci dzień
4) raz w tygodniu
5) dwa, trzy razy w miesiącu
6) kilka razy w roku lub rzadziej

8. **Jak długo trwają zazwyczaj wykonywane przez P. dość intensywne ćwiczenia fizyczne (gimnastyka, biegi, pływanie itp.)?**

1) poniżej 15 minut

2) 15-29 minut
3) 30-59 minut
4) 1-2 godzin
5) powyżej 2 godzin

9. Jakie efekty zdrowotne powodują P. zdaniem systematyczne ćwiczenia fizyczne?

(można wybrać kilka różnych odpowiedzi)

1) regularny wysiłek fizyczny zapobiega chorobie wieńcowej (zawałowi serca)
2) wysiłek fizyczny zapobiega nadwadze i otyłości
3) wysiłek fizyczny ma znaczenie w zapobieganiu cukrzycy
4) wysiłek fizyczny zapobiega marskości wątroby i chorobie wrzodowej żołądka
5) wysiłek fizyczny zapobiega osteoporozie (nieprawidłowej strukturze kości w wieku podeszłym)
6) systematyczny wysiłek fizyczny poprawia sprawność fizyczną, siłę mięśniową oraz czynność serca
7) regularny wysiłek fizyczny jest najczęściej szkodliwy, gdyż obciąża nadmiernie serca, stawy i naczynia krwionośne

10. Czy w ciągu najbliższych 12 miesięcy zamierza P. zwiększyć swoją aktywność fizyczną?

1) nie
2) tak
3) nie wiem

11. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy lekarz zalecił P. zwiększenie aktywności fizycznej?

1) nie
2) tak

12. Jakie warunki powinny być spełnione, żeby zwiększył/a P. swoją aktywność fizyczną?

(proszę wybrać tylko jedną, najbardziej właściwą odpowiedź)

1) oczekuję, że lekarz namówi mnie do zwiększenia aktywności fizycznej

2) czekam, aż powstaną atrakcyjne możliwości ćwiczeń zorganizowane przez mój zakład pracy
3) czekam, aż powstaną atrakcyjne możliwości ćwiczeń w pobliżu mojego miejsca zamieszkania
4) czekam, aż w Polsce powstanie dużo nowych, dobrze wyposażonych obiektów sportowych (baseny, boiska, korty tenisowe itp.)
5) będę więcej czasu poświęcać na ćwiczenia fizyczne, jeżeli wzrosną znacznie (o ponad 50 %) moje dochody finansowe
6) oczekuję na wyraźną zachętę do ćwiczeń ze strony prasy, radia i telewizji
7) liczę na to, że namówią mnie do ćwiczeń moi znajomi, rodzina

13. Jak ocenia P. swoją aktualną wydolność fizyczną? (Wydolność fizyczna = zdolność do długotrwałej lub ciężkiej pracy fizycznej bez szybko narastającego zmęczenia)

1) bardzo zła
2) nie najlepsza
3) dostateczna
4) całkiem dobra
5) bardzo dobra

14. Czy kiedykolwiek próbował/a P. zwiększyć swoją aktywność fizyczną w czasie wolnym od pracy?

(proszę wybrać tylko jedną, właściwą odpowiedź)

1) nigdy
2) dawno temu (ponad rok)
3) niedawno (w ciągu ostatniego roku)
4) w ciągu ostatnich kilku tygodni

15. Czy P. aktywność fizyczna w czasie wolnym od pracy wzrosła w ciągu ostatniego roku?

(proszę wybrać tylko jedną, właściwą odpowiedź)

1) wzrosła bardzo wyraźnie
2) wzrosła nieznacznie
3) nie zmieniła się

4) obniżyła się nieznacznie

5) obniżyła się bardzo wyraźnie.

W propozycji zbioru pytań dotyczących aktywności fizycznej umieszczono szczegółowe pytania dotyczące aktualnej aktywności fizycznej badanych zarówno w pracy zawodowej jak i w czasie wolnym od pracy. Pytania dotyczą rodzaju ćwiczeń, czasu ich trwania oraz częstości wykonywania. Kolejne pytania dotyczą wiedzy na temat efektów zdrowotnych systematycznych ćwiczeń fizycznych oraz zamierzeń badanych co do zwiększenia aktywności fizycznej w ciągu najbliższego czasu. Przedmiotem zainteresowania jest także subiektywna ocena aktualnej wydolności fizycznej przez badanych. Istotnym pytaniem jest to, jakie warunki muszą, bądź powinny być spełnione, żeby badani zwiększyli swoją aktywność fizyczną.

Konstruując propozycję zbioru pytań dotyczących aktywności fizycznej uwzględniono m.in. doświadczenia realizatorów programu CINDI Światowej Organizacji Zdrowia oraz dane dotyczące aktywności fizycznej społeczeństwa polskiego zebrane m.in. w Pracowni Medycyny Sportowej Akademii Medycznej w Łodzi i Zakładzie Medycyny Zapobiegawczej AM w Łodzi.

W zależności od konkretnych potrzeb w zakładzie pracy zbiór ten można ograniczyć rezygnując z kilku mniej istotnych dla promotora zdrowia pytań bądź rozbudować o bardzo istotne pytania dotyczące proponowanego programu aktywności fizycznej.

Warto uzyskać informacje:

1. jaki rodzaj ćwiczeń i jak często chcą wykonywać pracownicy,
2. w jakich godzinach i w jakie dni tygodnia,
3. czy akceptują ćwiczenia w dni wolne od pracy,
4. czy chcieliby ćwiczyć razem z rodzinami (o ile istnieje taka możliwość),
5. ile czasu gotowi są poświęcić na dojazd (dojście) do miejsca ćwiczeń,
6. czy gotowi są partycypować w części kosztów, o ile zaistnieje taka konieczność,
7. czy pracownicy są gotowi pomóc w inicjowaniu, wdrażaniu i realizacji programu.

Literatura (wybrane pozycje):

1) Drygas W.: *Rola aktywności fizycznej w profilaktyce choroby niedokrwiennej serca. w: Prewencja chorób niezakaźnych. Materiały II Seminarium CINDI-Łódź 94,* W. Sapiński (red.), Łódź 1994, 30-36.

2) Drygas W.: *Wysiłek fizyczny - panaceum, mit czy katastrofa,* "Medicina Sportiva" 1997, 1, 37-44.

3) Gniazdowski A.: *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne,* wyd. II, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997.

4) *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych,* Kaplun A.(red), Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997.

5) Karski J., Słońska Z., Wasilewski B.: *Promocja zdrowia,* Sanmedia, Warszawa 1994.

6) Kelly F.: *Promocja zdrowia w zakładzie pracy. Aktywność fizyczna,* Materiały źródłowe wydane przez WHO Euro i CINDI, Łódź 1995.

7) Kuński H.: *Ruch i zdrowie,* Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1987.

8) *O zdrowiu,* Szkoła Zdrowia Publicznego AM i UJ, Kraków 1992.

Bohdan Dudek
Zakład Psychologii Pracy
Instytut Medycyny Pracy w Łodzi

Rozwiązywanie problemów związanych ze stresem w miejscu pracy

1. Dlaczego powinniśmy zajmować się stresem w miejscu pracy?

Zainteresowanie problematyką stresu jest coraz większe. O popularności tego pojęcia świadczy to, że wyszło ono poza gabinety naukowców i weszło na stałe do języka potocznego. W codziennych rozmowach ludzie używają tego terminu do opisania swojego samopoczucia i stanu emocjonalnego wywołanego określoną sytuacją życiową. Stres staje się czynnikiem wyjaśniającym czyjeś niepowodzenie lub pogorszenie stanu zdrowia. W świadomości wielu ludzi zjawisko stresu nabiera dużej wagi.

Miejsce pracy jest nierozłącznie związane z doświadczaniem stresu. Jest on wywoływany różnorodnymi elementami sytuacji pracy: trudnymi lub uciążliwymi warunkami pracy, treścią wykonywanych zadań lub określoną

organizacją pracy. Ogólnie w miejscu pracy wyróżnia się dwie grupy czynników wpływających na zdrowie pracowników, są to czynniki fizykochemiczne i psychospołeczne. Pierwsza grupa czynników oddziałuje na zdrowie pracowników przede wszystkim w sposób bezpośredni, uszkadzając określony organ lub system. Druga grupa działa na zdrowie w sposób pośredni, tzn. czynniki zaliczone do tej grupy wywołują stres, który z kolei jest bezpośrednim mechanizmem powodującym negatywne skutki zdrowotne (Cox, Cox, 1993).

Potrzeba ochraniania zdrowia pracowników przed szkodliwym oddziaływaniem czynników fizykochemicznych nie budzi wątpliwości, ponieważ medycyna pracy już dawno udowodniła ich szkodliwy charakter i opracowała skuteczne sposoby zapobiegające powstawaniu trwałych negatywnych skutków zdrowotnych nimi powodowanych. Przyszedł na to czas, aby osoby i instytucje odpowiedzialne za zdrowie pracowników przystąpiły do skutecznego przeciwdziałania zagrożeniom wynikającym z narażenia na psychospołeczne czynniki występujące w miejscu pracy. Przemawia za tym wiele powodów

1.1. Masowość narażenia

Osoby, które przeżywają stres w miejscu pracy stanowią znaczny procent populacji zatrudnionych. Wynika to z faktu, że wiele elementów sytuacji pracy może wywoływać stres u pracowników. W literaturze przedmiotu wymienia się kilkadziesiąt czynników psychospołecznych wywołujących stres, do których najczęściej zalicza się nadmierne obciążenie pracą (ilościowe i jakościowe), pośpiech i presję czasu, konflikty międzyludzkie i konflikty roli zawodowej itp. (Cooper, Marshall, 1987; Cox, Cox, 1993; Dudek, Waszkowska, 1996).

1.2. Tendencja w rozwoju procesów pracy

Od lat 60. następuje spadek pracowników fizycznych, a zwiększa się liczba "białych kołnierzyków", tzn. urzędników, kierowników, osób obsługujących zautomatyzowane urządzenia i systemy komputerowe, osób

zatrudnionych w sektorze usług. Te trendy rozwojowe procesów pracy powodują zmianę rodzajów zagrożeń zdrowotnych płynących z wykonywania pracy. Świadomość tego sprawia, że w opracowaniu ŚOZ stwierdza się, że "wzrastać będzie znaczenie stresorów psychologicznych, braku satysfakcji zawodowej, jako czynników wpływających na zdrowie pracujących", a zagadnienia zdrowia psychicznego i problemy psychospołeczne w środowisku pracy uznane zostały za priorytetowe w 9. krajach Europy (Rantanen, 1995; *W trosce...*,1995).

1.3. Skutki zdrowotne stresu

Jeśli uwzględni się bezpośrednie zmiany zachodzące w organizmie pod wpływem stresu (np. wzrost ciśnienia krwi, zmiany w chemizmie krwi w wyniku zwiększonego wydzielania wolnych kwasów tłuszczowych, glukozy itd., wzrost napięcia mięśniowego, zwiększony poziom wydzielania się kortyzolu i osłabienie funkcjonowania układu immunologicznego) oraz zmiany w zachowaniu się osób przeżywających stres (palenie papierosów, konsumpcja alkoholu, leków i zwiększonych porcji pożywienia), to można z dużą pewnością przyjąć, że stres musi spowodować zaburzenia w zdrowiu, jeśli będzie odpowiednio intensywny i będzie utrzymywał się przez dłuższy czas. Do najbardziej typowych zdrowotnych skutków stresu zalicza się zaburzenia w układzie krążenia (zawał, udar i choroba nadciśnieniowa) i przewodzie pokarmowym (Karasek, Theorell, 1990). Ostatnio przedstawia się coraz więcej dowodów świadczących o szkodliwym wpływie stresu na układ immunologiczny, a tym samym na cały organizm (Cohen, 1990; Ader, 1990).

1.4. Koszty ekonomiczne stresu

Skutki zdrowotne stresu oraz inne skutki, np. w postaci obniżenia jakości pracy, zwiększonej liczby błędów i wypadków przy pracy, stanowią istotne obciążenie finansowe dla organizacji zatrudniających pracowników oraz dla gospodarki narodowej. Świadomość tych kosztów w naszym państwie nie jest jeszcze wystarczająca, ponieważ nie prowadzi się na ten

temat odpowiednich badań. Można natomiast pokazać wyliczenia analityków amerykańskich i angielskich, którzy takie skutki oszacowali.

Karasek i Theorell (1990) podają, że koszt leczenia chorób układu krążenia w USA wynosi 64,4 mld $. Nie można całej tej kwoty przypisywać działaniu stresu, ponieważ jest on odpowiedzialny za choroby układu krążenia tylko w pewnej, trudnej do oszacowania, części. Trzeba jednak pamiętać, że zaburzenia układu krążenia nie są jedynymi skutkami zdrowotnymi stresu. Ci sami autorzy podają, że koszty związane z innymi skutkami stresu, takimi jak zaburzenia zdrowia psychicznego, wypadki czy nadużywanie alkoholu i narkotyków szacuje się na 250 mld $. Inni autorzy stwierdzają, że koszt leczenia chorób odstresowych wraz ze stratami wynikającymi z absencji i obniżonej produktywności pracowników wynosi 150 mld $ rocznie. Uwzględniając tylko wydatki, jakie na leczenie chorób odstresowych ponosi amerykańska służba zdrowia, osiągają one poziom 44 mld $ (Quick, Quick, 1984). Patrząc na ekonomiczne skutki stresu nie z perspektywy gospodarki narodowej, lecz z punktu widzenia dużego przedsiębiorstwa, ocenia się, że na każdy 1000 pracowników przedsiębiorstwo traci rocznie z powodu stresu ok. 1,6 mln funtów szterlingów.

2. Co to jest stres?

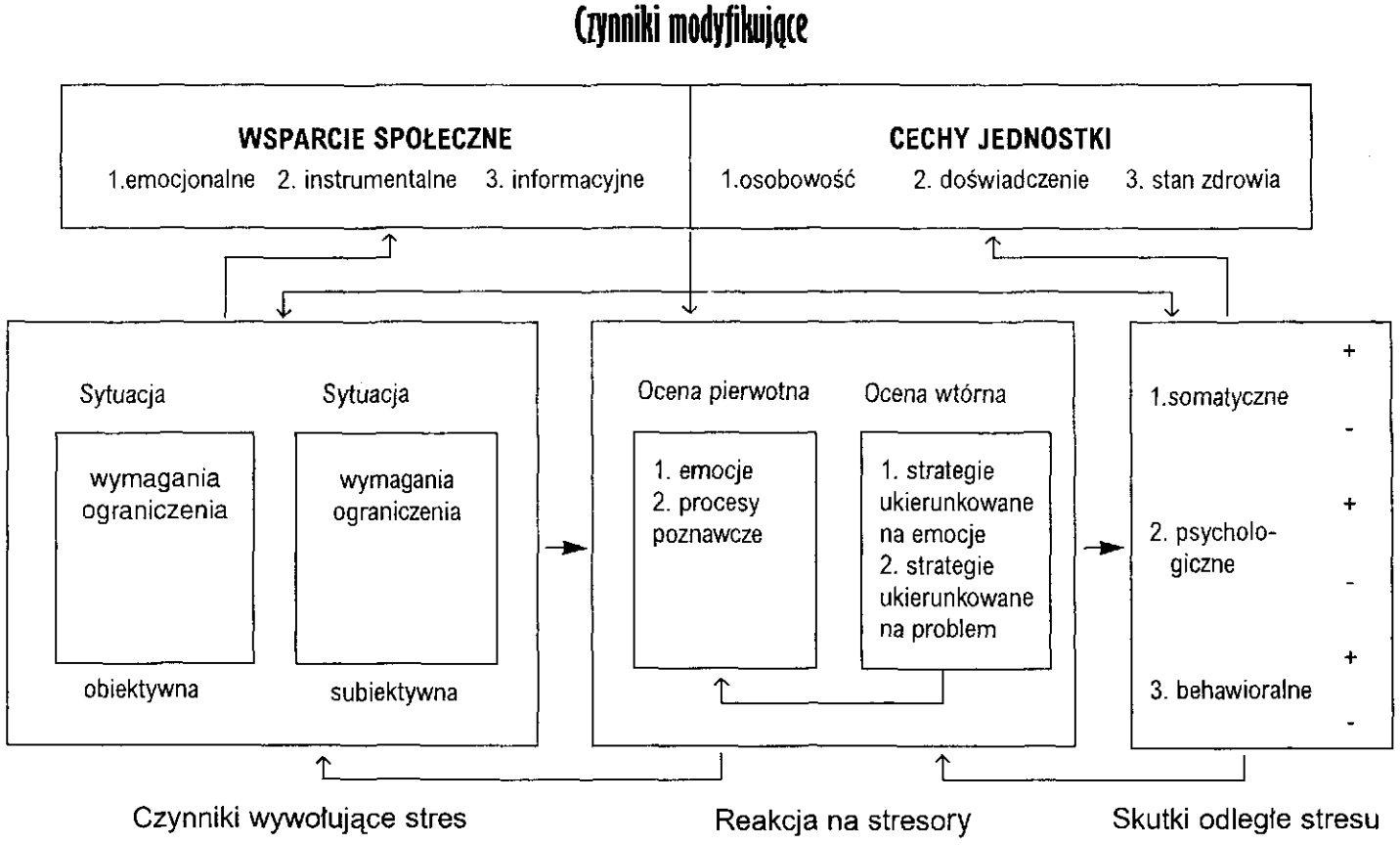
Najczęściej zjawisko stresu kojarzy się ludziom z odczuwaniem lęku, niepokoju, gniewu, a więc z pewnymi emocjami wywołanymi określoną sytuacją, w której jednostka ocenia, że została czegoś pozbawiona albo odczuwa silne zagrożenie (Everly, Rosenfeld, 1992; Terelak, 1995). Stres odbierany jest jako taki stan, którego należy unikać, ponieważ wywołuje nieprzyjemne emocje i może zaszkodzić zdrowiu. Choć taki pogląd jest dość rozpowszechniony, nie oddaje on w pełni istoty stresu, która polega na przystosowawczym charakterze tej reakcji. Człowiek podczas swojego życia co chwilę napotyka różnorodne wymagania środowiska fizycznego i społecznego, którym musi sprostać. Należą do nich: zmiana temperatury,

zanieczyszczenie środowiska, zabranie głosu na publicznym zebraniu, poddanie się ocenie egzaminatora, ujawnienie swojej opinii będącej w sprzeczności z opinią panującą w grupie, pokonanie przeciwnika argumentami podczas kłótni itp.

Wszystkie te różnorodne wymagania mają jedną cechę wspólną - zmuszają człowieka do zmobilizowania wszystkich możliwości sprostania im. Właśnie ta reakcja organizmu w postaci mobilizacji energii potrzebnej do pokonywania różnorodnych przeszkód, barier, wymagań, bez względu na to, czy towarzyszą jej przyjemne, czy przykre odczucia, nazywana jest stresem. Jest to reakcja niespecyficzna, tzn. jej rodzaj nie zależy od rodzaju czynnika, jaki ją wywołuje. Bez względu na to, jakie wymaganie stoi przed organizmem, ten sam wzorzec reakcji (odpowiedzi organizmu) jest uruchamiany. Istotą tej, w znacznym stopniu nieświadomej, reakcji jest przygotowanie organizmu do wydatkowania większej ilości energii, która będzie mu potrzebna wówczas, gdy zaangażuje się on w pokonywanie tych wymagań. Są sytuacje, w których nie ma wątpliwości, że stres ma charakter przystosowawczy, np. gdy uciekamy przed groźnym psem, to musimy wykorzystać wszystkie dostępne organizmowi zasoby energetyczne, gdyż tylko wówczas mamy szansę na skuteczną ucieczkę. Są sytuacje, w których poziom mobilizacji jest nadmierny i zamiast pomagać w pokonaniu wymagań, wręcz utrudnia nam właściwe zachowanie. Taka sytuacja jest np. wtedy, gdy zdenerwowany, nadmiernie zmobilizowany student przystępuje do egzaminu i nie może sobie przypomnieć tych wiadomości, które podczas mniejszej mobilizacji, np. w przeddzień egzaminu, z łatwością sobie przypominał. Reakcje w obu sytuacjach są w znacznym stopniu podobne do siebie. Serce bije w tempie 120 uderzeń na minutę, ciśnienie krwi wzrasta do 160 mm Hg, zwiększa się napięcie mięśni objawiające się w ich drżeniu, do krwioobiegu uwalniane są dodatkowe porcje cukru i wolnych kwasów tłuszczowych po to, aby przygotować organizm na zwiększony wysiłek mięśniowy. Opierając się na powyższych przykładach możemy stwierdzić, że ta sama mobilizacyjna reakcja organizmu w warunkach zagrożenia biologicznego, gdy wysiłek mięśniowy jest podstawowym warunkiem sukcesu, jest reakcją przystosowawczą, natomiast gdy zagrożenie ma charakter społeczny, a wysiłek fizyczny jest niepotrzebny do pokonania stojącego przed nami wymagania, reakcja mobilizacyjna może być nadmierna, a przez to szkodliwa.

W literaturze przedstawiane są różne modele stresu, które można podzielić na dwie grupy: statyczne (przekrojowe) i procesowe (Fletcher ,1991; Cox, 1978). Pierwsza grupa obejmuje te koncepcje, w których wymienia się podstawowe czynniki (zmienne teoretyczne) oraz relacje, jakie między nimi zachodzą, a które decydują o poziomie stresu doświadczanego przez jednostkę. Najpopularniejszym modelem z tej grupy jest model R. Karaska zakładający, że o stresie decydują trzy grupy czynników: wymagania, jakie człowiek napotyka w miejscu pracy, poziom swobody z jakim może on te wymagania pokonywać oraz poziom wsparcia społecznego, jakie jednostka może otrzymać. Najgroźniejszy dla zdrowia jest taki rodzaj pracy, która stawia pracownikowi wysokie wymagania, ma on niski stopień swobody w jej wykonywaniu i nie może liczyć na wsparcie społeczne (Karasek, Theorell,1990)

Modele procesowe ujmują szerszy zakres czynników decydujących nie tylko o poziomie stresu, ale również o jego przebiegu od momentu zetknięcia się jednostki ze stresorem do ujawnienia się odległych skutków stresu (Cox, 1978). W modelach tych wyróżnia się co najmniej trzy fazy: powstawanie stresu, reakcję stresową i odległe skutki stresu. Procesowy model przedstawiony jest na rys. 1. W modelu zakłada się, że przyczyna stresu leży w obiektywnych cechach sytuacji, w jakich człowiek żyje i pracuje; chodzi tu o różnorodne wymagania, jakie musi spełnić, np. wykonać trudne zadanie w narzuconym terminie, uwzględniać wiele informacji, realizować kilka zadań jednocześnie itp. Ponadto wymagania te musi jednostka spełniać w warunkach mniej lub bardziej utrudniających realizację wymagań, np. z powodu presji czasowej, braku odpowiednich narzędzi czy informacji itp. Są to wymagania i ograniczenia obiektywne, gdyż nie zależą od jednostki, a cechują określoną sytuację pracy i przez to odnoszą się do wszystkich osób w niej działających.



Rys. 1. Model procesu stresu

Te obiektywne wymagania i ograniczenia są postrzegane przez poszczególne osoby i dzięki temu powstają w ich umysłach subiektywne obrazy tych obiektywnych cech w postaci spostrzeżeń, przekonań (sądów opisujących) itp. Subiektywne obrazy wymagań i ograniczeń są zindywidualizowane i zależą od cech jednostki, np. od jej wiedzy, doświadczenia, oczekiwań formułowanych na podstawie jej potrzeb itd. Ten sam wymóg, np. złożoność zadania, może być rozmaicie spostrzegany w zależności od tego, czy jednostka dysponuje dobrze rozwiniętymi umiejętnościami rozwiązywania tego zadania, czy dopiero się uczy. Osoby różniące się umiejętnościami inaczej też będą spostrzegały ograniczenia, jakie związane są z wykonaniem danego zadania. Jednostki o różnym doświadczeniu zawodowym mogą różnić się zakresem rozpoznawanych ograniczeń oraz oceną ich istotności podczas wykonywania danego zadania.

Subiektywnie postrzegane wymagania i ograniczenia są przez jednostkę interpretowane pod kątem znaczenia, jakie mają dla niej z punktu widzenia jej potrzeb, wartości, postaw itp. Proces przypisywania określonego znaczenia nazywa się, za Lazarusem (1977), oceną pierwotną. W zależności od tego, jakie znaczenie jednostka nada danym wymaganiom, mogą wystąpić u niej różne emocje. Według Szewczuka (1990) sytuacja, w jakiej jednostka się znajduje może mieć dla niej następujące znaczenia. Jednostka może oceniać sytuację jako zagrażającą jej ważnym interesom, jako pozbawiającą ją ważnych dla niej rzeczy, czy ograniczającą jej dążenia i pozwalającą zaspokoić istotne potrzeby. W zależności od znaczenia sytuacji, w jednostce mogą wystąpić cztery rodzaje emocji: lęk, depresja, gniew, radość. Emocje z kolei wyzwalają określone reakcje somatyczne (zmiany w autonomicznym układzie nerwowym, układzie endokrynologicznym i układzie immunologicznym) oraz psychologiczne (zawężenie pola percpecji, zaburzenia w koncentracji uwagi, zaburzenia w procesach myślowych i podejmowaniu decyzji).

Jednostka po rozpoznaniu znaczenia, jakie ma dla niej sytuacja cechująca się określonymi wymaganiami i ograniczeniami, podejmuje świadome próby umysłowe i różne zachowania, mające na celu osłabienie przykro odczuwanych emocji. Proces, w trakcie którego jednostka formułuje i ocenia różne sposoby postępowania w tej sytuacji, nazywa się oceną

wtórną (Lazarus, Folkman, 1991), a wybrane i zastosowane sposoby - mechanizmami radzenia ze stresem. Stosowane przez ludzi sposoby radzenia sobie ze stresem można podzielić na dwie grupy w zależności od tego, co jest celem ich dążenia. Jeżeli jednostka podejmuje próby osłabienia stresu przez zrealizowanie zadania, sprostanie wymaganiom, usunięcie ograniczeń, przygotowanie warunków do łatwiejszego sprostania wymaganiom itp., wówczas stosuje strategie skierowane na problem. Istnieje jeszcze drugi rodzaj strategii stosowany przez ludzi w momencie powstania stresu, a mianowicie strategie skierowane na emocje. Są to te wszystkie zabiegi, które mają na celu jedynie osłabienie emocji, bez próby usunięcia przyczyny stresu. W skład tej strategii wchodzą takie próby, jak np.: odwracanie uwagi od stresującego zadania, zażywanie środków farmaceutycznych obniżających lęk, poprawiających nastrój, przekonywanie samego siebie, że sytuacja nie jest tak groźna jak nam się wydaje itp. Wybór określonej strategii radzenia sobie jest zdeterminowany przez rodzaj stresora, np. czy jest on możliwy do usunięcia, czy nie, oraz przez cechy osobowości jednostki, np. czy ma wysokie poczucie skuteczności własnego działania, czy nie (Lazarus, Folkman, 1991).

Jeżeli stres utrzymuje się przez dłuższy czas, to w zależności od tego, czy jednostka stosowała właściwe strategie dla jego zwalczania, czy niewłaściwe, pojawią się odległe skutki stresu, które można ocenić jako pozytywne lub negatywne. Skutki te możemy pogrupować w zależności od tego, w jakiej sferze funkcjonowania jednostki one się ujawnią. Mogą one ujawnić się w postaci trwałych zmian chorobowych (skutki negatywne) lub podwyższonej odporności na zaburzenia zdrowotne i zmęczenie fizyczne (skutki pozytywne). Ten rodzaj skutków nazywany jest w modelu skutkami somatycznymi. Następny rodzaj skutków może ujawnić się w sferze psychologicznej i może przyjmować formę podwyższonej samooceny, poczucia dumy, poczucia samorealizacji i ciągłego doskonalenia się - skutki pozytywne - lub poczucia bezradności (Sędek, 1991), wypalenia się emocjonalnego pracą (Schaufely, Masłach, Marek, 1993) - skutki negatywne. Trzeci rodzaj skutków ma charakter trwałych zmian w zachowaniu się, np. palenie papierosów, nadmierne używanie alkoholu, uzależnienie od narkotyków (skutki negatywne) lub podwyższona sprawność w wykonywaniu coraz trudniejszych zadań (skutki pozytywne).

Pomiędzy poszczególnymi fazami procesu stresu, a również między elementami fazy środkowej, zachodzą sprzężenia zwrotne, zaznaczone na modelu strzałkami. Jedno z takich sprzężeń zachodzi pomiędzy oceną pierwotną i wtórną. Ocena pierwotna wyprzedza i powoduje wystąpienie oceny wtórnej. Także ocena wtórna ma wpływ na to, jak przebiega ocena pierwotna i jakie powoduje ona natychmiastowe skutki. Na przykład jeżeli w jednostce pojawi się przekonanie, że wybrała skuteczny i łatwy sposób obniżenia stresu, może to wpłynąć na zmianę znaczenia przypisanego danemu stresorowi i złagodzić wywołaną emocję. Jeżeli jednostka nie może znaleźć dobrego sposobu zaradczego, może to pogłębić jej napięcie i lęk, co z kolei zwiększy poziom zaburzeń w procesach poznawczych i utrudni jeszcze bardziej proces oceny wtórnej a równocześnie zwiększy poziom stresu.

Sprzężenia zwrotne mogą również zachodzić między tym, co się dzieje w ocenie pierwotnej i wtórnej a postrzeganiem wymagań i ograniczeń. I tak silny lęk powstający w wyniku oceny pierwotnej i pogłębiony niemożnością znalezienia sposobu zaradczego może uwrażliwić jednostkę i spowodować, że zacznie postrzegać nowe wymagania i ograniczenia w swojej sytuacji, których do danego momentu nie spostrzegała, np. przedłużający się konflikt z przełożonym może spowodować u pracownika zmianę w postrzeganiu swojej pracy.

Odległe skutki stresu mogą również modyfikować subiektywne spostrzeganie sytuacji pracy, wykonywanych zadań oraz reakcję na stresory. Jeżeli jednostka doświadcza pozytywnych skutków stresu, to może ona zmienić postrzeganie wymagań pracy. Jej ocena pierwotna nie będzie tak często jak dotychczas prowadziła do silnego poczucia zagrożenia, pojawi się zaufanie do wybieranych sposobów radzenia sobie; co w konsekwencji prowadzić będzie do zwiększonej odporności na stres (Frączek, Kofta, 1975).

W modelu wyróżniono jeszcze jeden element, który obejmuje czynniki modyfikujące przebieg procesu stresowego. Dwie grupy czynników uznaje się za najważniejsze modyfikatory stresu - wsparcie społeczne i cechy jednostki.

Wsparcie społeczne to poczucie, jakie jednostka w sobie rozwija, że może liczyć na pomoc ze strony osób najbliższych, współpracowników,

kolegów. Im silniejsze więzi łączą jednostkę z innymi ludźmi, tym w większym stopniu może liczyć na ich pomoc w postaci dodania otuchy i pocieszenia, dostarczenia odpowiednich informacji bądź środków koniecznych do rozwiązania trudnego problemu. Poczucie, że nie jest się osamotnionym w zmaganiu się ze stresującym problemem, wpływa łagodząco na wszystkie elementy procesu stresu i przez to zmniejsza negatywne jego skutki (Buunk, Peeters, 1993).

Spostrzeganie sytuacji pracy, ocena jej stresogenności i wybór sposobów radzenia sobie ze stresem uwarunkowane są specyficznymi cechami jednostki, które można zakwalifikować do trzech kategorii: a) doświadczenie z podobnymi sytuacjami stresującymi; powodzenie lub niepowodzenie w poprzednich sytuacjach może różnicować występowanie rodzajów emocji i poziom ich nasilenia oraz wybór mniej lub bardziej prawidłowych sposobów postępowania; b) stan zdrowia, w jakim jednostka się znajduje, może z jednej strony uwrażliwić ją na działanie pewnych stresorów, a z drugiej - osłabiać ich działanie przez to, że stanowi dobre wytłumaczenie, przed sobą i światem, braku zaangażowania się w stresującą sytuację; c) osobowość jednostki może w różnym stopniu uwrażliwić ją, bądź uodporniać na działanie określonych stresorów, o czym świadczą badania nad rolą takich cech, jak: poczucie koherencji (Antonovsky, 1996), twardość emocjonalna (Maddi, Kobasa, 1991), neurotyczność (Strelau, 1996).

3. Konsekwencje nadmiernego stresu

Stres jest naturalnym i nie dającym się uniknąć procesem związanym z życiem. Gdy znajdziemy się w warunkach zagrożenia biologicznego, wymagających od nas dużego fizycznego wysiłku, nieświadoma i mobilizacyjna reakcja autonomicznego układu nerwowego i układu endokrynologicznego pozwala nam lepiej znieść i przystosować się do ekstremalnych warunków. Dobroczynne działanie stresu ujawnia się również w tych sytuacjach, gdy musimy wykonać jakieś zadania, które są dla nas przyjemne, cieszą nas, a które muszą być wykonane natychmiast,

z dużym nakładem energii. Wówczas stres pozwoli nam lepiej wykonać stojące przed nami zadania.

Stres jest szkodliwy wtedy, gdy wywoływany jest w sytuacji, w której mobilizacja energii jest zbyteczna, ponieważ nie może być spożytkowana w czynnościach wymagających wysiłku. A tak dzieje się wówczas, gdy czynnikiem wywołującym stres jest np. sytuacja, gdy obawiamy się krytyki ze strony przełożonego, gdy przeżywamy niepokój z powodu niejasno postawionych nam zadań, gdy musimy ponieść odpowiedzialność za inne osoby, gdy z jakiegokolwiek powodu sytuacja wywołuje w nas zmartwienie, a my pozostajemy bierni, ponieważ nasza aktywność nie pomoże nam rozwiązać problemu. Negatywne oddziaływanie stresu wzrasta, gdy napięcie z nim związane utrzymuje się zbyt długo lub powtarza się zbyt często, a my nie możemy znaleźć sposobu na jego rozładowanie.

Co się z nami dzieje, gdy stres przekracza swój optymalny poziom w stosunku do warunków, w jakich powstał? Odpowiedź na to pytanie sprowadza się do opisu reakcji fizjologicznych i psychologicznych (Fontana 1990). Opisujemy je nie wchodząc w nadmierne szczegóły, ponieważ znajomość tych reakcji przyczyni się do zrozumienia odległych, szkodliwych skutków doświadczanego stresu, a rozpoznanie tych reakcji u siebie umożliwi jego ocenę.

3.1. Fizjologiczne konsekwencje nadmiernego stresu

Aby łatwiej zrozumieć i zapamiętać reakcję naszego organizmu na stres, przedstawione one będą w czterech oddzielnych grupach. Należy jednak pamiętać, że w rzeczywistości reakcje te są ze sobą ściśle powiązane (np. uwalniana adrenalina, wymieniana w pierwszej grupie, wywiera wpływ na inne skutki przedstawiane w następnych grupach).

3.1.1. Mobilizatory energii: są to substancje powodujące uwalnianie potencjalnej energii dla zachowania typu "walcz lub uciekaj"

- *Uwolnienie adrenaliny i noradrenaliny z nadnerczy do krwiobiegu.* Skutkiem tego jest przyspieszenie odruchowych reakcji, wzrost częstości skurczów serca i ciśnienia krwi, wzrost poziomu cukru we krwi i przyspieszenie metabolizmu. W efekcie następuje krótkoterminowa

poprawa możliwości do wysiłku fizycznego, ponieważ więcej krwi przepływa przez mięśnie i płuca.

Lecz jeżeli uwolniona energia nie zostaje wykorzystana w aktywności fizycznej, wówczas mogą wystąpić jako oddalone skutki zaburzenia w układzie krążenia, takie jak choroby serca, zawały, udary, uszkodzenie nerek z powodu podwyższonego ciśnienia krwi oraz zaburzenia w poziomie cukru w organizmie.

- *Uwolnienie do krwioobiegu hormonu tyroksyny z tarczycy* dodatkowo przyspiesza metabolizm, podnosząc stopień, w jakim energia ulega spaleniu i wykorzystaniu w wysiłku fizycznym.

Lecz jeżeli to trwa zbyt długo, może doprowadzić do wyczerpania, utraty wagi i ewentualnego załamania fizycznego.

- *Uwalnianie do krwioobiegu cholesterolu z wątroby* powoduje dalszy wzrost potencjału energetycznego organizmu, wspomagającego pracę mięśniową.

Lecz trwały wzrost poziomu cholesterolu jest uznanym czynnikiem ryzyka arteriosklerozy i chorób serca.

3.1.2. Systemy wspomagające wykorzystanie energii, które są dodatkowo włączone w odpowiedzi na stresor po to, aby wzmóc mobilizację energii

- *Spowolnienie pracy systemu pokarmowego* po to, aby uwolniona dzięki temu porcja krwi wspomogła funkcję mięśni i płuc.

Lecz jeżeli to spowolnienie trwa, przedłuża się, może doprowadzić do zaburzeń w przewodzie pokarmowym, szczególnie wtedy, gdy mimo nieprzygotowania tego przewodu do procesów trawienia, dostarczymy mu nadmierne porcje pokarmu.

- *Reakcja skórna.* Następuje odpływ krwi z powierzchni skóry, aby można jej użyć w innych częściach organizmu, podczas gdy w tym samym czasie zwiększa się wydzielanie potu, który ma na celu ochłodzenie pobudzonych do aktywności mięśni.

Lecz skóra, aby pozostać zdrową musi być ukrwiona w stopniu dostatecznym; ponadto, nadmierne pocenie jest nie tylko przykro odczuwanym zjawiskiem, ale powoduje niepotrzebną utratę ciepła i zaburza termostatyczną regulację temperatury w organizmie.

- *Wzrost przepływu powietrza* przez płuca umożliwia lepsze utlenienie krwi; proces ten jest wspomagany przez wzrost częstości skurczów serca.

Lecz nadmiernie utleniona krew może prowadzić do zamroczenia świadomości oraz zakłócenia systemu pracy serca.

3.1.3. Pomoc w koncentracji na głównych funkcjach organizmu - chodzi o te reakcje, które osłabiają działanie czynników mogących zaburzać rozwiązywanie głównego problemu wywołanego stresorami

- *Uwalnianie do krwioobiegu endorfin.* Te substancje osłabiają odczuwanie bólu i zmniejszają wrażliwość organizmu na różne uszkodzenia, np. potłuczenia, zranienia itp.

Lecz jeżeli poziom endorfin spadnie, czyni to nas bardziej wrażliwymi na rutynowo występujące bóle, np. bóle głowy, bóle pleców.

- *Uwalnianie do krwioobiegu kortyzolu z nadnerczy* osłabia alergiczne reakcje, które mogłyby np. ingerować w proces oddychania.

Lecz kortyzol osłabia cały system immunologiczny, zwiększając podatność organizmu na różne czynniki chorobotwórcze i podnosi prawdopodobieństwo wystąpienia chorób infekcyjnych i nowotworowych.

- *Zmniejsza się wydzielanie hormonów płciowych.* Dzięki temu unika się rozpraszania energii i uwagi na bodźce wywołujące pobudzenie seksualne i redukuje potencjalne zakłócenia, jakie mogą wynikać z zajścia w ciążę i urodzenia dziecka.

Lecz długo trwająca redukcja wydzielania tych hormonów może prowadzić do oziębłości płciowej, impotencji i innych problemów natury seksualnej.

- *Zwężenie naczyń krwionośnych i zagęszczenie krwi* zmniejszające tempo upływu krwi i przyspieszające zatamowanie jej w przypadku zranień.

Lecz zmusza to serce do cięższej pracy i zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zakrzepów, co podnosi ryzyko chorób serca i udarów mózgu.

Mam nadzieję, że przedstawiona powyżej lista możliwych fizjologicznych skutków nadmiernego stresu nie wpłynie zbyt przygnębiająco na

czytelnika. Zwróci mu tylko uwagę na zagrożenia, jakie płyną ze strony stresu i skłoni do szukania sposobów oceny i redukcji własnego stresu.

3.2. Psychologiczne skutki nadmiernego stresu

Pewien poziom stresu wpływa korzystnie na nasze psychologiczne funkcjonowanie. Czyni życie bardziej interesującym, pomaga szybciej myśleć i intensywniej pracować. Jednak przekroczenie optymalnego poziomu stresu wpływa negatywnie na samopoczucie, ocenę własnej osoby i osłabia efektywność naszego działania. Aby mieć pełny obraz skutków nadmiernego stresu, musimy wymienić również jego skutki psychologiczne. Mogą się one ujawnić zakłóceniami procesów poznawczych (umysłowych), emocjonalnych i w zachowaniu.

3.2.1. Zakłócenia funkcji umysłowych:

- zawężenie pola uwagi, powodujące pogorszenie sprawności w obserwowaniu otoczenia;
- osłabienie koncentracji uwagi;
- osłabienie krótko- i długotrwałej pamięci; obniża się zdolność do przypominania nawet dobrze znanego materiału;
- zmniejszenie szybkości odpowiadania na bodźce;
- wzrost liczby błędów w zadaniach umysłowych i manipulacyjnych oraz błędnych decyzji;
- pogorszenie zdolności organizowania i długoterminowego planowania działań;
- zwiększona skłonność do powstawania iluzji i osłabienie krytycyzmu.

3.2.2. Zakłócenia emocjonalne:

- wzrost napięcia psychicznego i fizycznego, co przejawia się osłabioną zdolnością do odprężania się i utrzymywania dobrego nastroju, odcinania się od zmartwień i niepokoju;
- zwiększona skłonność do hipochondrii, przejawiająca się tym, że wyimaginowane skargi dokładane są do realnych cierpień wywołanych stresem;

- zmiany w dotychczasowych sposobach zachowania, np. schludni i ostrożni ludzie stają się pod wpływem stresu nieporządni i niedbali, a demokratycznie nastawione osoby stają się nagle jednostkami autorytarnymi;

- potęgowanie się istniejących już zakłóceń osobowościowych, tj. wzrost poziomu lękliwości, nadmierna wrażliwość, częstsze stosowanie mechanizmów obronnych;

- osłabienie norm moralnych i kontroli emocjonalnej;

- pojawienie się depresji i poczucie bezradności, beznadziejności;

- gwałtowne pogorszenie samooceny, pojawienie się poczucia braku kompetencji i bezużyteczności.

3.2.3. Zaburzenia w zachowaniu:

- zwiększają się istniejące już zakłócenia mowy, takie jak jąkanie się i zacinanie;

- osłabienie zainteresowań i entuzjazmu w działaniu, rezygnacja z wytyczonych już celów życiowych, uprawiania hobby i różnych pasji;

- wzrost absencji w pracy z powodu wyobrażanych lub rzeczywistych chorób, które stają się dobrym wytłumaczeniem dla unikania stresującej pracy;

- nadużywanie używek, narkotyków i leków;

- obniżenie energii życiowej lub zmiany w jej poziomie, bez oczywistych powodów;

- zaburzenia snu polegające bądź na trudności w zasypianiu, bądź na budzeniu się w środku nocy;

- wzrost tendencji do ujawniania się cynicznych postaw wobec klientów, pacjentów, petentów i współpracowników i obwiniania ich za powstałe problemy;

- wzrastająca skłonność do ignorowania nowych informacji, które mogłyby być pomocne w rozwiązywaniu problemu; głoszenie przekonania, że "jestem zbyt zajęty, aby martwić się tą sprawą";

- zrzucanie odpowiedzialności na innych;

- akceptowanie niedojrzałych i niepoprawnych rozwiązań problemów, aby mieć je już za sobą;

- występowanie dziwacznych, nietypowych form zachowania;

- zapowiadanie podjęcia prób samobójczych.

Kończąc omawianie skutków nadmiernego stresu chciałbym podkreślić, że tylko u niewielu ludzi znajdujących się nawet w najbardziej ekstremalnym stresie występują wszystkie te skutki, a stopień ich surowości będzie się różnił między jednostkami. Lecz należy pamiętać, że wystąpienie kilku tych symptomów może świadczyć o tym, że ktoś osiągnął lub jest na drodze do osiągnięcia takiego stanu, który może wymagać pomocy medycznej lub psychologicznej. Jeżeli ktoś czytając listę skutków nadmiernego stresu rozpozna je u siebie, powinien potraktować to jako sygnał do pogłębienia oceny swojej sytuacji zawodowej pod kątem występujących w niej stresorów. Pomoże mu to znaleźć jakieś środki zaradcze.

4. Jak ocenić poziom swojego stresu?

Rozpoznanie, że wystąpił u nas stres jest stosunkowo proste, gdy mamy do czynienia z nagłym i silnym stresującym zdarzeniem, jak np. konieczność znalezienia nowego miejsca pracy z powodu zapowiedzi możliwych zwolnień lub konflikt z przełożonym, który stosuje brutalne środki, aby przekonać nas o swojej władzy nad nami. Znacznie trudniej jest uświadomić sobie, że znajdujemy się w stanie stresu, gdy zdarzenia wywołujące go nie są tak dramatyczne, jak podane w przykładach, ale są wystarczająco silne, aby wprawić nas w stan mobilizacji, a równocześnie często powtarzają się lub trwają przez długi czas. Tymczasem częściej znajdujemy się pod wpływem tej drugiej grupy stresorów, które prowadzą do tego, że nasz stres stopniowo się kumuluje. Przyjmujemy coraz więcej obowiązków, coraz trudniejsze zadania, coraz więcej odpowiedzialności, godzimy się na coraz bardziej niedogodne terminy i obciążenie pracą staje się coraz większe. Godzimy się na to, bo przynosi to nam wymierne korzyści, a organizm nie ostrzega nas zbyt wyraźnie, że nastąpiło przeciążenie, bądź sami przed sobą udajemy, że takich sygnałów nie ma.

U wielu osób nigdy nie dochodzi do załamania nerwowego lub wystąpienia choroby somatycznej z powodu nadmiernego stresu w pracy, i to może usypiać naszą czujność, aż do momentu wystąpienia takich

zakłóceń, które uniemożliwiają nam sprawne funkcjonowanie zawodowe. I wtedy rozpaczliwie zaczynamy szukać pomocy, a wówczas trudniej jest jej udzielić i trudniej jest usunąć skutki stresu. Lepiej jest próbować roz-poznać wcześniej poziom stresu powodowany pracą, zanim nastąpiło załamanie, aby podjąć jakieś środki zaradcze.

W różny sposób można ocenić poziom doświadczanego stresu. Może do tego wystarczyć ogólna wiedza na temat natury stresu, jego pochodzenia i przebiegu. Możemy wówczas, znajdując chwilę na krótką choćby refleksję, próbować rozpoznać te cechy pracy, a także warunki, w jakich jest ona wykonywana, które wywołują w nas napięcie bądź przykre emocje i zastanowić się nad tym, czy nasza reakcja na stresory jest adekwatna do ich siły, czy nie jest przesadnie silna. Tej oceny możemy dokonać porównując nasze reakcje (wykorzystując w tym celu opisane wyżej skutki stresu) z reakcjami innych osób, konsultując nasze obserwacje z osobami nam bliskimi. Zyskujemy dzięki tej ocenie możliwość wczesnego rozpoznania zagrożenia spowodowanego stresem oraz podjęcia różnych działań zaradczych, (będzie o nich mowa w następnym punkcie), zanim pojawią się skutki ograniczające czy zaburzające nasze funkcjonowanie zawodowe.

Możemy do oceny stresu podejść w sposób systematyczny, wypełniając tabelę 1. Przed jej wypełnieniem należy zapoznać się z rozdziałem napisanym przez C.L. Coopera i J. Marshall (1987) pt. *Źródła stresu w pracy kierowniczej i umysłowej*, w którym autorzy opisują szczegółowo czynniki wchodzące w skład poszczególnych grup stresorów. W ich klasyfikacji źródeł stresu wprowadziłem dwie zmiany: a) nie wprowadziłem w tabeli jednostki doświadczającej stresu jako przyczyn stresu, ponieważ bardzo trudno jest dokonać takiej autoanalizy oraz b) zamieniłem grupę czynników nazwanych przez wspomnianych autorów "sferą kontaktów organizacji z otoczeniem" na "zakłócenia relacji praca - dom", ponieważ proponowana przeze mnie grupa czynników jest łatwiejsza do ustalenia i odpowiedniej oceny. Zakłócenia relacji praca - dom obejmują takie sytuacje, jak: konieczność zabierania pracy do domu, wyjazdy poza miejsce zamieszkania, utrudnienia opieki nad dziećmi lub innymi członkami rodziny wymagającymi stałej opieki itp.

Tabela 1

Ocena stresu pracy

Uwaga: Wymień co najmniej trzy stresory w każdej grupie. Powinny to być te cechy pracy, które cię martwią, irytują, wprawiają w zakłopotanie. Następnie oceń ich siłę na skali od 1 - stresują mnie w niewielkim stopniu lub bardzo rzadko do 5 - stresują mnie bardzo silnie i bardzo często, używając pośrednich wartości (2, 3, 4) dla wyrażenia stopnia stresu. Po dokonaniu tej oceny, zastanów się przy każdym wymienionym stresorze, czy można coś zrobić, aby go uniknąć bądź zredukować siłę jego oddziaływania na ciebie i zaznacz właściwą odpowiedź (tak, nie, nie znam takiego sposobu).

OKREŚLENIE STRESORÓW	OCENA ICH SIŁY ODDZIAŁYWANIA	ROZPOZNANIE ŚRODKÓW ZARADCZYCH (tak, nie, nie znam)
I. Czynniki związane z wykonywaną pracą		
1.....	.....	.....
2.....	.....	.....
3.....	.....	.....
II. Rola w organizacji		
1.....	.....	.....
2.....	.....	.....
3.....	.....	.....
III. Rozwój zawodowy		
1.....	.....	.....
2.....	.....	.....
3.....	.....	.....
IV. Struktura organizacji i klimat organizacyjny		
1.....	.....	.....
2.....	.....	.....
3.....	.....	.....
V. Stosunki międzyludzkie w organizacji		
1.....	.....	.....
2.....	.....	.....
3.....	.....	.....
VI. Zakłócenia relacji praca - dom		
1.....	.....	.....
2.....	.....	.....
3.....	.....	.....

Wypełniając przedstawioną tabelę należy pamiętać, że zaproponowane przez Coopera i Marshall czynniki nie wyczerpują wszystkich możliwych stresorów występujących w pracy, dlatego całkowicie naturalne i akceptowane będzie uzupełnienie ich propozycji o takie czynniki, które osoba wypełniająca tabelę uzna za stresory istotne w jej pracy. Ponadto warto zaznaczyć, że nie należy silić się na wypełnienie tabeli podczas jednego posiedzenia. Lepiej będzie rozłożyć jej wypełnianie na kilka razy, wprowadzając korekty po głębszym przemyśleniu problemów. Wypełnienie tabeli ma służyć do pogłębionej oceny swojej pracy ze specyficznego punktu widzenia, a mianowicie jej stresorodności.

Wymienione powyżej sposoby oceny stresu wymagają pewnego intelektualnego wysiłku i poświęcenia odpowiedniego czasu na wykonanie oceny. Może to zniechęcać do ich stosowania. Dla osób, które chcą najmniejszym wysiłkiem ocenić swój poziom stresu, proponuję użycie któregoś z kwestionariuszy przedstawionych w literaturze (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983). Spośród różnych propozycji wybrałem krótki test opracowany przez H.J. Freundenbergera i G. Richelson (za: Fontana, 1990), który każdemu pozwoli ocenić własny poziom stresu. Autorzy sugerują, aby osoba oceniająca przypomniała sobie różne zmiany, które w jej życiu zaszły w ciągu ostatnich kilku miesięcy i myśląc krótko nad każdym pytaniem (nie dłużej niż 30 sekund) wybrała odpowiednią liczbę z zaproponowanej skali. Przyjmuje się, że im wyższa będzie suma wybranych liczb, tym więcej uwagi dana osoba powinna poświęcić problemowi doświadczanego stresu. Lecz nikt nie powinien ulegać panice, jeżeli uzyskana przez niego suma będzie bardzo wysoka. Jest to tylko sygnał, że coś z tą sprawą trzeba zrobić.

Kwestionariusz do pomiaru stresu

(H.J. Freundenberger, G.R. Richelson)

Skala ocen:

1 - bez zmian; 2 - mała zmiana; 3 - średnia zmiana;
4 - znaczna zmiana; 5 - bardzo duża zmiana

Przeczytaj uważnie każde pytanie i odpowiedz, używając załączonej skali ocen, czy w ciągu ostatnich kilku miesięcy wystąpiła zmiana w zakresie spraw poruszonych w pytaniu: obok każdego pytania postaw wybraną liczbę, a następnie zsumuj je wszystkie razem.

..... 1. Czy łatwiej się męczysz? Czujesz się raczej zmęczony niż pełen energii?

..... 2. Czy trapi cię to, że ludzie mówią do ciebie "nie wyglądasz ostatnio zbyt dobrze"?

..... 3. Czy pracujesz coraz ciężej, a efekty uzyskujesz coraz mniejsze?

..... 4. Czy stajesz się coraz bardziej cyniczny i rozczarowany?

..... 5. Czy często nachodzi cię smutny nastrój, którego nie możesz wyjaśnić?

..... 6. Czy zapominasz o spotkaniach, terminach itp.?

..... 7. Czy stałeś się bardziej skłonny do irytacji, pobudliwy, rozczarowany ludźmi, którzy cię otaczają?

..... 8. Czy rzadziej spotykasz swoich przyjaciół lub członków rodziny?

..... 9. Czy jesteś zbyt zajęty, aby załatwić tak rutynowe sprawy, jak rozmowy telefoniczne, czytanie sprawozdań, wysyłanie kart imieninowych?

..... 10. Czy cierpisz na jakieś fizyczne dolegliwości (bóle głowy, pleców, przewlekłe przeziębienia)?

..... 11. Czy czujesz się zdezorientowany, gdy czynność zaplanowana na jakiś dzień nie mogła dojść do skutku?

..... 12. Czy trudniej ci się cieszyć?

..... 13. Czy nie potrafisz śmiać się z żartów na swój temat?

..... 14. Czy wydaje ci się, że seks wymaga więcej zachodu niż to jest warte?

..... 15. Czy masz coraz mniej do powiedzenia ludziom?

..... Razem

Wyniki:

0-25: wszystko jest w porządku

26-35: jest kilka spraw wymagających twojej uwagi

36-50: jesteś na drodze do tego, aby rozwinął się u ciebie przewlekły stres

51-65: znajdujesz się w stanie przewlekłego stresu

ponad 65: jesteś w niebezpieczeństwie, twoje psychiczne i fizyczne zdrowie jest zagrożone

5. Zwalczanie stresu

Stres jest zjawiskiem nierozdzielnie związanym z życiem. Pojawia się w momencie narodzin jednostki i kończy wraz z jej śmiercią. Tak więc stresu nie można uniknąć, ale można, a nawet należy, zmniejszać siłę jego oddziaływania i zapobiegać jego negatywnym skutkom.

Istnieje wiele różnych możliwości i sposobów radzenia sobie ze stresem (Quick, Quick, 1984; Everly, Rosenfeld, 1992). Stresowi można zapobiegać przez eliminowanie lub redukowanie oddziaływania na jednostkę różnorodnych stresorów. Ten rodzaj zabiegów, które usuwają bądź osłabiają nacisk stresorów przez ich likwidację nazywa się prewencją pierwotną lub pierwszego stopnia. Prewencja wtórna, czyli drugiego stopnia, obejmuje różnorodne działania i zabiegi jednostki przezwyciężającej stres i wyspecjalizowanych osób oraz instytucji, mające na celu osłabienie napięcia, które już wystąpiło w wyniku oddziaływania na jednostkę określonych stresorów.

Z przedstawionego podziału zabiegów ochronnych wynika, że mogą być one podejmowane na różnych etapach rozwoju stresu i mogą mieć różnorodny charakter. Mogą to być działania podejmowane przez jednostkę doświadczającą stresu, bądź przez inne osoby zawodowo przygotowane do redukowania stresu osób poddanych ich nadzorowi i opiece. Zakres działań prewencyjnych jest bardzo szeroki, dlatego przedstawię je w formie skróconej, tak aby tylko zasygnalizować różne możliwości, jakie mogą być wykorzystane w redukcji stresu.

5.1. Dwa rodzaje prewencji

5.1.1. Prewencja pierwotna, której głównym celem jest usuwanie lub osłabianie stresora, może być realizowana w dwojaki sposób. Pierwszy sposób polega na wprowadzaniu zmian w obiektywnych warunkach funkcjonowania jednostki, drugi na dokonaniu zmian w samej jednostce, w jej sposobie widzenia i interpretowania zdarzeń występujących w jej środowisku. Obiektywne zmiany mogą być wprowadzone przez samą

jednostkę przeżywającą stres lub przez kierownictwo przedsiębiorstwa. Rodzaj i zakres wprowadzanych zmian przez kierownictwo zależeć będzie od charakteru elementów pracy stwarzających nadmierne napięcie i od możliwości techniczno-organizacyjno-ekonomicznych przedsiębiorstwa.

W celu usunięcia stresu mogą być podjęte następujące zabiegi:

- taka zmiana sposobu wykonywania zadania roboczego, aby w rezultacie uzyskać lepsze dostosowanie wymagań płynących z zadania do możliwości pracownika; do wprowadzenia zmian potrzebna jest dokładna analiza pracy oraz ocena możliwości jednostki;

- zmiana fizycznych warunków pracy w kierunku obniżenia ich stresogenności, np. mogą to być zmiany prowadzące do zmniejszenia hałasu i narażenia na substancje toksyczne, likwidujące nadmierny chłód lub ciepło itp.;

- wprowadzenie partycypacyjnych metod zarządzania, które wywołują u pracowników poczucie uzyskania większej kontroli nad tym, co robią i w jaki sposób wykonują pracę;

- wprowadzenie możliwości swobodnego decydowania przez pracownika o sposobach wykonywania pracy, np. zastępowanie pracy taśmowej pracą "gniazdową", w której zespół pracowników wykonuje cały produkt od początku do końca i ma możliwość wprowadzania rotacji zadań przydzielanych poszczególnym pracownikom;

- wprowadzenie zmian w różnych ścieżkach uzyskiwania awansu i robienia kariery zawodowej, tak aby zwiększyć motywację do pracy i pobudzać inicjatywę pracowników;

- przeanalizowanie roli przydzielonej pracownikowi, usuwając z niej oczekiwania między którymi zachodzą konflikty, które są zbyt wieloznacznie sformułowane lub zmniejszenie ich liczby, jeśli występuje nadmiar oczekiwań kierowanych pod adresem danej osoby;

- wzmacnianie więzi między pracownikami oraz między przełożonym a podwładnymi, które powinny podnosić wśród pracowników poczucie, że mogą liczyć na wsparcie społeczne w przypadku wystąpienia jakichś osobistych kłopotów i trudności.

Podane powyżej przykłady zaliczyć można do zabiegów prewencyjnych, których autorem i inicjatorem może być przede wszystkim

świadomy problemu kierownik. Sam pracownik doświadczający stresu może także uczestniczyć lub inicjować określone zmiany, lecz jego możliwości decydowania o ich wprowadzeniu są znacznie ograniczone.

Istnieją jednak też inne zabiegi wchodzące w skład prewencji pierwotnej, które znajdują się wyłącznie pod kontrolą danej jednostki i ona może decydować o tym, czy daną czynność podjąć czy nie. Kierownik w przypadku tych zabiegów może pełnić jedynie funkcję doradczą i inspirującą, chyba że sam jest tą osobą, która chce zmniejszyć stresogenne oddziaływanie pracy na siebie. W tym przypadku chodzi o te działania jednostki, które świadomie przez nią podjęte, prowadzą do osłabienia stresora poprzez zmianę sposobu jego widzenia i interpretacji jego znaczenia.

Spośród różnych sposobów umożliwiających zmianę widzenia i interpretacji zdarzeń przedstawię trzy, które mogą być zastosowane przez jednostkę bez uprzedniego ćwiczenia. Pierwszym sposobem jest podjęcie czynności mających na celu panowanie nad treścią tzw. mowy wewnętrznej (Quick, Quick, 1983). Podczas codziennych działań większość ludzi (możliwe, że wszyscy) prowadzi wewnętrzną rozmowę ze sobą (monolog) dotyczący zdarzeń, których doświadczają i swoich reakcji na te zdarzenia. Ten monolog może być prowadzony w tonie pozytywnym, wzmacniającym gotowość i chęć jednostki do tego, aby zmierzyć się z danym zdarzeniem, zadaniem, problemem, ale może być także prowadzony w tonie negatywnym, podkreślającym w świadomości jednostki jej nieszczęśliwe, pechowe położenie, przewidującym z góry niepowodzenie itp. Monolog pozytywny prowadzi do mobilizacji i przyczynia się do tego, że wszelkie trudności będą traktowane przez jednostkę jako wyzwanie, a nie zagrożenie. Monolog negatywny prowadzi do demobilizacji, wystąpienia negatywnych emocji, a tym samym do zwiększenia stresogenności sytuacji, w której znalazła się jednostka. Uważa się, że każdy powinien dążyć do prowadzenia tzw. konstruktywnej mowy wewnętrznej. Wymaga to rozpoznania rodzaju prowadzonego odruchowo monologu i wymuszeniu na sobie przejścia od monologu negatywnego do pozytywnego. Zabieg taki nie będzie łatwym przedsięwzięciem, ponieważ dany monolog jest ciągiem samonapędzających się reakcji myślowych. Aby go zmienić, należy podjąć świadomie i z dużą koncentracją uwagi nowy ciąg reakcji myślowych,

sformułowanych pozytywnie i tak długo świadomie nad nim panować, aż zaniknie tendencja do podejmowania poprzedniego ciągu myśli.

Drugim sposobem zmieniającym interpretację znaczenia stresora jest rozpoznanie jego realnej wartości i uświadomienie sobie, że spora część naszych negatywnych emocji wynika z uwzględnienia niewłaściwych przesłanek i przekonań (Ellis, 1987). To nie obiektywna wartość stresora decyduje o sile wywołanych przez niego emocji, lecz przekonania i sądy, jakie z tym stresorem wiążą się w świadomości jednostki. Jeżeli jakieś zdarzenie wywołuje przekonania dostosowane swoją siłą i zakresem do siły bodźca, wówczas pojawiają się emocje, a zatem i stres, o sile odpowiadającej obiektywnemu znaczeniu zdarzenia. Często jednak się zdarza, że jednostka reaguje nadmiernie silną emocją w stosunku do rzeczywistego znaczenia bodźca. Przyczyna takiej reakcji leży zazwyczaj w tym, że zdarzenie o niewielkim znaczeniu, obiektywnie oceniając, aktywizuje w umyśle jednostki przekonania nazywane przez Ellisa irracjonalnymi, tzn. takimi, które mają formę urojonych nakazów, pobożnych życzeń wyrażonych w absolutystycznej i dogmagtycznej formie przymusu, powinności i obowiązku.

Wyróżnia się trzy rodzaje najpowszechniej występujących irracjonalnych przekonań:

- destrukcyjna potrzeba sukcesu i aprobaty, która polega na przekonaniu jednostki o tym, że powinna ona zawsze odnosić sukces i wszyscy powinni ją akceptować;

- destrukcyjna potrzeba taktu i sprawiedliwości, która wyraża się przekonaniem, że jednostka musi być traktowana przez innych życzliwie, dobrze i taktownie;

- destrukcyjna potrzeba bezzwłocznej i stałej gratyfikacji, która wynika z wpojonego w jednostkę przekonania, że wszystko co ją otacza, powinno służyć zaspokojeniu jej potrzeb, powinno jej ułatwić życie i przynosić to czego ona pragnie.

Jeżeli ktoś ma silnie utrwalone wymienione przekonania, to jest szczególnie podatny na przeżywanie silnego stresu i związanych z nim negatywnych konsekwencji. Dlatego, jeżeli jednostka rozpozna występowanie silniejszych pobudzeń emocjonalnych w jakiejś sytuacji niż pobudzenia ujawniane przez inne osoby, powinna zastanowić się i prze-

analizować, czy za tę nadmierną reakcję emocjonalną nie odpowiada któraś z wymienionych, destrukcyjnych potrzeb, które mogły być jej wpojone w niewłaściwie prowadzonym procesie wychowawczym w okresie wczesnej młodości. Jeżeli odkryje się w trakcie analizy, że silna reakcja emocjonalna wynika z irracjonalnych przekonań, należy dążyć do ich zmiany. Taka zmiana nie nastąpi jednak w wyniku jednorazowego rozpoznania nieodpowiednich przekonań, lecz ten akt może stać się początkiem procesu zmierzającego do kształtowania racjonalnych przekonań, co zaowocuje zmniejszoną podatnością na stres.

Trzecim sposobem redukowania stresu przez subiektywną zmianę interpretacji stresora jest kształtowanie w sobie umiejętności rozpoznawania rzeczy nieuniknionych. W każdej instytucji są pewne warunki, zdarzenia, które są potencjalnymi stresorami, ale które są nieuniknione. Należy umiejętnie rozpoznawać takie zdarzenia i problemy, i unikać albo zaprzestawać angażowania się w ich rozwiązanie. W tym przypadku należy kierować się zasadą zawartą w starej modlitwie, w której modlący zwraca się do Boga:" Daj mi siłę, abym mógł zmienić to co mogę, cierpliwość, abym zaakceptował to czego zmienić nie mogę, mądrość, abym odróżnił jedno od drugiego".

5.1.2. Prewencja wtórna nakierowana jest na stres, na napięcie, jakie powstaje w jednostce w wyniku oddziaływania na nią jednego lub wielu stresorów. Celem zabiegów zaliczanych do tego rodzaju prewencji jest osłabienie napięcia przekraczającego optymalny u danej jednostki poziom, które prowadzi do negatywnych konsekwencji zdrowotnych i zakłóceń w zachowaniu. Istnieje kilka sposobów redukowania napięcia. Wśród nich są takie, które mogą przynosić chwilową relaksację, ale w efekcie ich częstego stosownia mogą prowadzić do szkodliwych dla zdrowia uzależnień. Na przykład picie alkoholu, zażywanie środków farmakologicznych, palenie tytoniu może przynosić zestresowanej osobie ulgę, ale jeżeli będą stosowane zbyt często, mogą doprowadzić do powstania nałogu, który będzie bardziej szkodliwy dla organizmu niż sam stres.

Istnieją również takie sposoby redukowania napięcia, które nie prowadzą do uzależnień. Do takich sposobów należy zaliczyć:

- Różne techniki medytacyjne, które rozwinęły się w świecie Wschodu i które służyły jednostce do uzyskania "oświecenia" umysłowego oraz

rozwoju jej osobowości. Techniki te umożliwiają jednostce uzyskanie spokoju wewnętrznego i pewnego dystansu do zdarzeń i problemów ją otaczających, a tym samym zmniejszają poziom jej stresu, jakiego doświadcza w toku codziennego życia.

- Relaksację neuromięśniową, polegającą na wykonywaniu szeregu ćwiczeń prowadzących do zmniejszenia aktywności nerwowej oraz napięcia skurczowego w prążkowanych mięśniach szkieletowych. Celem relaksacji jest doprowadzenie do sytuacji, w której jednostka nauczy się rozróżniać napięcie od relaksacji oraz uświadomi sobie istnienie impulsów neuromięśniowych i potrafi dowolnie kontrolować ich przepływ. Impulsy mięśniowe są głównymi wyznacznikami chronicznego, nieokreślonego lęku oraz ogólnego stresowego pobudzenia, występującego w autonomicznym układzie nerwowym.

- Trening oddechowy stanowiący formą ćwiczenia, w którym jednostka świadomie zmienia swój rytm oddychania i w ten sposób wytwarza stan większej relaksacji, ponieważ w trakcie ćwiczenia osoba zaczyna stosować tzw. oddech przeponowy, niezmiernie rzadko lub wcale nie stosowany na co dzień. Oprócz relaksacji jednostka uzyskuje jeszcze inne korzyści, tj.: a) doprowadza powietrze do dolnych części płuc, które są najbardziej ukrwione i przez to dotlenia się największa ilość krwi; b) przepona, obniżając się w trakcie oddechu, masuje narządy wewnętrzne i splot słoneczny, który jest ważnym elementem autonomicznego układu nerwowego.

- Rozładowanie napięcia poprzez aktywność fizyczną, tj. sport, jogging, areobik, rąbanie drzewa itp. Dzięki tym ćwiczeniom jednostka uzyskuje lepszą sprawność fizyczną, jej organizm jest lepiej przystosowany do znoszenia gwałtownych zmian w wysiłku fizycznym, poprawia się jej samopoczucie i ocena własnej osoby. Najważniejszy jednak efekt polega na tym, że dzięki ćwiczeniom fizycznym zmobilizowane przez stresory substancje przygotowujące organizm do zwiększonego wysiłku, ulegają naturalnemu procesowi spalania się podczas treningu, a nie ulegają przemianie na substancje szkodliwe dla organizmu.

- Emocjonalne wyładowanie się jest kolejnym sposobem obniżania napięcia związanego ze stresem. Może ono przyjmować różne formy, np. rozmowy z kolegami, przełożonymi ujawniające przeżywane emocje, a równocześnie tworzące poczucie społecznego wsparcia w trudnych sytuacjach życiowych. Dobrym sposobem emocjonalnego wyładowania się

jest pisanie listów, pamiętników, dzienników; w pracy może przyjmować ono postać pisania różnorodnych petycji i próśb. Również krótkotrwałe wybuchy złości, gniewu, płaczu i radości są korzystniejsze niż utrzymywanie tych emocji w sobie. Należy jednak przestrzegać zasady, że wszelkie formy wyładowania emocjonalnego nie mogą mieć charakteru agresji skierowanej wobec innych ludzi. Badania psychologów wykazały, że przejawianie agresji nie prowadzi do rozładowania emocji, lecz czyni jednostkę bardziej skłonną do ponowienia agresywnego zachowania (Aronson i inni, 1997).

Dokonany powyżej przegląd różnorodnych sposobów redukowania stresu i usuwania jego skutków świadczy o tym, że można z nim sobie skutecznie radzić na różnych poziomach jego rozwoju, wykorzystując w tym celu bogaty zestaw środków. Podstawowym jednak warunkiem skutecznego zwalczania stresu jest wiedza o samym zjawisku i jego skutkach oraz uświadomienie sobie faktu, że można pomóc sobie samemu i innym, i że zależy to od nas samych.

6. Dwa rodzaje podejść do zwalczania stresu w miejscu pracy

Bardzo ważną rolę w zwalczaniu stresu mogą i powinny odegrać przedsiębiorstwa. Przemawiają za tym następujące argumenty. Po pierwsze, kadra kierownicza przedsiębiorstw organizuje pracę, ustala zadania robocze, kształtuje warunki pracy. Wszystkie te elementy istotnie wpływają na poziom doświadczanego przez pracowników stresu i ich zdrowie, a to z kolei warunkuje ilość i jakość wykonywanej pracy oraz koszty, jakie pracodawcy ponoszą na ochronę zdrowia pracowników. Tak więc, kierownicy powinni być bardzo zainteresowani redukcją stresu. Po drugie, czas, jaki poświęca się na pracę, znaczenie, jakie ona ma dla człowieka, możliwości informacyjnego oddziaływania na ludzi oraz dysponowanie przez instytucję środkami umożliwiającymi walkę ze stresem powodują, że zakład pracy jest dogodnym miejscem do organizowania odpowiedniej działalności prewencyjnej.

Wszelkie próby zmierzające do osłabiania stresu pracowników można ukierunkować na dwa cele. Pierwszym celem jest pracownik, a za-

daniem, jakie stawiają przed sobą organizatorzy działalności prewencyjnej, jest dokonanie w nim odpowiednich zmian (w jego zachowaniach, poglądach, sposobach patrzenia na pracę i na rzeczywistość) oraz nauczenie go odpowiednich technik łagodzenia napięcia stresowego. Drugim celem może być instytucja zatrudniająca pracowników, a właściwym zadaniem zmniejszającym stres może być wprowadzenie szeregu zmian w zadaniach roboczych, w sposobach jej wykonywania, w warunkach pracy.

Oba cele, lub inaczej mówiąc, podejścia do zwalczania stresu w miejscu pracy nie są konkurencyjne wobec siebie. Najlepsze efekty można uzyskać wówczas, gdy zorganizuje się i przeprowadzi program prewencyjny realizujący oba cele. Są badacze i praktycy, którzy twierdzą, że najwłaściwszą metodą zwalczania stresu jest nauczenie pracownika odpowiednich sposobów radzenia sobie ze stresem. W efekcie opanowania takich sposobów pracownik uczy się radzenia sobie ze stresem spowodowanym różnymi czynnikami, które napotyka nie tylko w miejscu pracy, ale również w domu czy środowisku lokalnym. Ponieważ nie wiadomo co kogo stresuje i co będzie go jeszcze stresowało, dzięki opanowaniu skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem pracownik zyskuje ogólną umiejętność przyczyniającą się do zwiększenia jego odporności na stres. Natomiast usuwając poszczególne stresory, lub zmniejszając siłę ich oddziaływania, likwidujemy tylko nieliczne źródła stresu, a tym samym nie dokonujemy istotnego obniżenia stresu u pracownika i nie powinniśmy spodziewać się znaczących pozytywnych skutków.

W literaturze spotkać można zwolenników poglądu, zgodnie z którym ograniczanie zwalczania stresu tylko do działań skierowanych na jednostkę jest podejściem błędnym (Karasek, Theorell, 1990). Wysuwają oni następujące argumenty popierające swoje stanowisko: 1) Uczenie ludzi sposobów radzenia sobie ze stresem jest zabiegiem konserwującym stresogenne środowisko i prowadzącym do tego, iż jednostka przystosowuje się, niepotrzebnie, do otoczenia, które jest dla niej szkodliwe. 2) Próby dokonywania zmian w zachowaniu i widzeniu środowiska pracownik może odbierać jako zabiegi obarczające tylko jego odpowiedzialnością za swój stan zdrowia i zdejmujące odpowiedzalność z pracodawców i kadry kierowniczej. Taki stosunek do programów prewencyjnych może obniżyć motywację pracowników do uczestniczenia

w nich, a to jest przecież podstawowy warunek efektywności tych programów. 3) Długoterminowy efekt programów antystresowych nastawionych tylko na jednostkę zależy od tego, czy będzie ona chciała stosować relaksację, trening oddechowy lub inne sposoby łagodzenia stresu, natomiast efektywność programów nastawionych na dokonywanie zmian w miejscu pracy nie zależy od motywacji pracowników i dlatego ich pozytywny skutek jest pewniejszy. 4) Wysuwane są również argumenty bazujące na wynikach badań empirycznych, które wykazują, że zmiana w systemie wynagradzania czy sposobach wykonywania pracy (praca przy taśmie lub na oddzielnych stanowiskach) powodowało większe obniżenie wydzielania adrenaliny i noradrenaliny niż nauczenie pracowników różnych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Powyższe argumenty nie rozstrzygają, które stanowisko z wyżej przedstawionych jest słuszne. Jest to bowiem problem z gatunku tych, które obrazuje pytanie: co bardziej przyczyni się do utrzymania naszego zdrowia, mycie rąk czy nóg? W przypadku programów antystresowych najlepszym rozwiązaniem jest przyjęcie stanowiska, że oba sposoby walki ze stresem powinny być stosowane równocześnie. Programy prewencyjne nastawione jednocześnie na jednostkę i organizację są programami komplementarnymi, a ta cecha jest postulowana pod adresem wszystkich programów promocyjnych i prewencyjnych, ponieważ wówczas zyskują one na efektywności (Gniazdowski, 1997).

Programy zwalczające stres mogą mieć różne formy i mogą być mniej lub bardziej rozbudowane. Zależeć to będzie od wielkości zakładu pracy, rodzaju występujących w nim stresorów oraz środków, jakie kierownictwo może poświęcić na prowadzenie programu. Bez względu na te różnicujące czynniki, dobry program prewencyjny musi spełnić następujące warunki: 1) powinien przebiegać w kilku fazach; 2) do jego realizacji powinny być włączone osoby z najwyższego kierownictwa zakładu; 3) pracownicy i związki zawodowe powinni być włączeni w proces jego opracowywania i ocenę jego skutków.

Każdy program prewencyjny powinien składać się z czterech faz (Gniazdowski, 1997).

Inicjowanie. Głównym celem tej fazy jest pozyskanie poparcia dla programu ze strony kierownictwa przedsiębiorstwa. Dobrze wróży

programowi, jeżeli potrzebę jego wprowadzenia kierownictwo uświadomi sobie samo na podstawie pewnych negatywnych sygnałów (np. zwiększonej absencji, wzrostu liczby wypadków, zakłóceń w organizacji pracy itp). Wówczas kierownictwo, jeżeli nie w całości, to przynajmniej jego ważni reprezentanci, będzie motywowane do zorganizowania środków potrzebnych do przeprowadzenia programu i do osobistego włączenia się w jego realizację, a więc da mu wsparcie swoim autorytetem. W tej fazie należy również dokonać oceny stresogenności pracy oraz pomiaru wskaźników stresu wykorzystując do tego celu metody analizy pracy i metody kwestionariuszowe pozwalające ustalić jak pracownicy postrzegają swoją pracę. Zebrane oceny dostarczą wskazówek do właściwego opracowania treści programu prewencyjnego, a równocześnie mogą posłużyć jako dodtakowe argumenty przemawiające za potrzebą wprowadzenia programu.

Planowanie. W tej fazie należy uformować zespół, który zajmować się będzie wdrażaniem opracowanych programów prewencyjnych. Zespół powinien składać się z reprezentantów kierownictwa zakładu, przedstawicieli związków zawodowych, pracowników oraz ekspertów. Zadaniem zespołu będzie: opracowanie programu i harmonogramu jego wdrażania, ustalenie celów, jakie program powinien osiągnąć, wspieranie programu przed i w trakcie jego realizacji i cykliczne oceny jego przebiegu. Od aktywności i zaangażowania się zespołu zależy skuteczność programu.

Wdrożenie. Działania profilaktyczne w tej fazie powinny być nastawione zarówno na jednostki jak i na organizację. Powinny być komplementarne i na tyle różnorodne i rozbudowane, na ile stać zakład pracy. Powinny być prowadzone z poszanowaniem swobody co do uczestniczenia w nich i powinny być prowadzone tak, aby nie zakłócać normalnego toku pracy. Należy objąć nimi możliwie duże grupy pracowników, a przede wszystkim tych, których zdrowie może być zagrożone z powodu stresu.

Ocena - to etap końcowy, w którym uzyskuje się informacje o tym, czy udało się osiągnąć założone efekty i czy koszty związane z realizacją programu są lub w określonym terminie mogą być odzyskane. Zwykle się ocenia, czy poziom doświadczanego stresu obniżył się po zakończeniu programu, biorąc pod uwagę różne jego przejawy, takie jak subiektywne odczucia, fizjologiczne wskaźniki, zmniejszenie częstotliwości zgłaszanych

dolegliwości zdrowotnych, zmniejszenie absencji, wzrost satysfakcji i zaangażowania się w pracę.

Każdy program zwalczania stresu powinien uwzględniać wymienione powyżej etapy, lecz treść i metody w nich stosowane muszą być dostosowane do potrzeb i specyfiki pracy w danej instytucji. Najlepszych przykładów zróżnicowania programów antystresowych oraz tego, że mimo różnicy są one organizowane według tego samego etapowego schematu, dostarcza raport Międzynarodowej Organizacji Pracy pt. *Kompendium wrunków pracy: Zapobieganie stresowi w pracy* (1992). Z 19 opisanych w nim programów przedstawione zostaną dwa, aby ukazać ich specyfikę oraz elementy wspólne.

Pierwszy z programów zrealizowano w przedsiębiorstwie wytwarzającym części samochodowe, zlokalizowanym w Michigan, w USA (Israel i inni, 1992). Inicjatorami programu byli naukowcy z Uniwesytewtu w Michigan, którzy otrzymali trzyletni grant w celu prowadzenia badań nad zastosowaniem partycypacyjnych metod do redukcji stresu w pracy. Rozpoczęli oni projektowanie programu od opracowania teoretycznego modelu stresu, który stanowił przewodnik wyznaczający cele do realizacji, umożliwiał planowanie logicznie uporządkowanego programu i pozwalał lepiej rozumieć zależności między podejmowanym działaniem a ewentualnymi skutkami. Dysponując tym modelem oraz posiadając bogatą wiedzę na temat stresu, badacze przekonali dyrekcje przedsiębiorstwa do wprowadzenia programu antystresowego. Celem proramu było: usunięcie źródeł stresu w pracy, wzmocnienie takich antystresowych sił jak wsparcie społeczne i poczucie kontroli nad pracą oraz osiągnięcie trwałych zmian w organizacji oraz w zachowaniach ludzi, które poprawią zdrowie i jakość życia pracowników. Założono, że program będzie miał charakter: 1) partycypacyjny i kooperacyjny, tzn. że w jego realizacji będą uczestniczyć eksperci (naukowcy), kierownicy, pracownicy i przedstawiciele związków zawodowych; 2) rozwojowy, tzn. że będzie budowany zgodnie z teoretyczną wiedzą oraz na bieżąco uzyskiwanymi informacjami o stresorach występujących w miejscu pracy i 3) nastawiony na realizację celów naukowych i praktycznych.

Realizacja programu rozłożona była na cztery etapy. W pierwszym etapie powołano i szkolono zespół (komitet), który składał się z repre-

zentantów pracowników, kierownictwa i naukowców. Autorzy programu uważali, że powołanie odpowiedniego zespołu jest kluczową sprawą dla skutecznego wprowadzenia programu. Dlatego zadbali wraz z dyrekcją o to, aby w skład zespołu weszli odpowiedni pracownicy z różnych działów fabryki i różnych szczebli zarządzania, którzy bardzo dobrze orientowali się we wszystkich problemach występujących w przedsiębiorstwie.

Członków zespołu przeszkolono w zagadnieniach stresu i stworzono im warunki do uzyskania wiedzy i rozwinięcia sprawności, które będą potrzebne im w planowaniu, wprowadzaniu i ocenie programu antystresowego.

W drugiej fazie przeprowadzono badania pracowników, na zasadzie dobrowolnego uczestnictwa, które pozwoliły ustalić główne przyczyny doświadczanego przez nich stresu, ich samopoczucie, motywację i stan zdrowia. Na podstawie uzyskanych wyników przygotowano raport przedstawiony zespołowi, nad którym przeprowadzono dogłębną dyskusję i ustalono główne przyczyny stresu. Stwierdzono, że są nimi: 1) niewłaściwy przepływ informacji; 2) problemy z przełożonymi; 3) brak uczestnictwa w procesie podejmowania decyzji istotnych dla pracowników; 4) konflikty wynikające z chęci utrzymania wysokiego poziomu jakościowego i ilościowego produkcji. Dla rozwiązania każdego z wymienionych stresogennych problemów powołano oddzielny podkomitet, którego celem było dokładne określenie problemu i zaproponowanie jego rozwiązania.

W trzeciej fazie naukowcy próbowali oddziaływać na zespół w taki sposób, aby jego członkowie zrozumieli złożoność i wzajemną zależność problemów ustalonych w poprzedniej fazie. W konsekwencji doprowadzono do współpracy między podkomitetami, do uzgodnienia między nimi proponowanych bardziej ogólnych zaleceń i do zaprojektowania przez zespół pilotażowego projektu polegającego na tym, że na jednym z wydziałów powołano grupę zajmującą się rozwiązaniem problemu powodującego stres na tym wydziale. Zespół pełnił wobec tej grupy rolę nadzorczo-wspierającą, a naukowcy uczestniczyli w spotkaniach grupy, podczas których rozwiązywała ona swój problem. Następnie wykorzystując zdobyte doświadczenia powołano takie same grupy na innych wydziałach.

W czwartej fazie członkowie zespołu koordynacyjnego, dzięki nadzorowaniu pilotażowego projektu, a następnie działalności innych grup

zorganizowanych na poszczególnych wydziałach, uzyskiwali coraz lepsze zrozumienie problemów powodujących stres oraz tego, jak można je rozwiązać. Członkowie zespołu i dyrekcja przedsiębiorstwa uświadomili sobie wyraźnie fakt, że czynniki powodujące stres wśród pracowników przyczyniają się równocześnie do obniżenia efektywności pracy. Członkowie zespołu nauczyli się rozpatrywać problemy całościowo, w skali całego przedsiębiorstwa, oraz przekonali się, korzystając z efektów działań grup zajmujących się rozwiązywaniem problemów na poszczególnych wydziałach, że partycypacyjny sposób redukcji stresu jest bardzo efektywny.

Eksperci uznali, że mogą już przestać uczestniczyć w pracach zespołu, który samodzelnie prowadził dalsze działania nastawione na zmniejszanie stresu wśród pracowników przedsiębiorstwa.

Ostatnim przedsięwzięciem ekspertów było przeprowadzenie badań oceniających skutki zwiększenia partycypacji w rozwiązywaniu stresogennych problemów. Uzyskano dzięki realizacji programu antystresowego obniżenie stresu, wzmocnienie wsparcia społecznego wśród załogi oraz poczucie większego niż poprzednio stopnia kontroli nad swoją pracą. Obniżyły się również negatywne emocje doświadczane w pracy i zmniejszyła się liczba skarg zdrowotnych.

Inaczej powstał i przebiegał program zwalczania stresu realizowany w urzędach pocztowych w Wielkiej Brytanii (Cooper i inni, 1992). W tym przypadku dyrekcja poczty sama doszła do wniosku, że stres był jedną z głównych przyczyn odchodzenia pracowników na renty z powodu złego stanu zdrowia. Powołano zespół, który miał za zadanie rozwiązanie tego problemu. Zespół przeprowadził odpowiednie badania angażując do tego specjalistów i opracował raport, w którym zalecił zorganizowanie w przedsiębiorstwie odpowiednich służb udzielających pracownikom pomocy w ich problemach psychologicznych. Zalecono zatrudnienie psychologów doradców jako pracowników etatowych firmy. Uznano bowiem, że zlecenie tego zadania zewnętrznej, specjalistycznej agencji nie będzie najlepszym rozwiązaniem, gdyż psychologowie z tych agencji, choć mają wysokie, profesjonalne kwalifikacje nie będą dobrze zorientowani w realnych problemach jakie napotykają pracownicy w swojej pracy. Zatrudnieni psychologowie-doradcy mieli do wykonania trzy zadania: 1) pomagać poszczególnym pracownikom w rozwiązywaniu ich psychologicznych,

osobistych problemów związanych z pracą; 2) wzmacniać umiejętności pracowników w radzeniu sobie ze stresem i 3) redukować stresory doświadczane przez pracowników.

Zanim psychologowie przystąpili do udzielania porad, przez pierwszy miesiąc zapoznawali się z pracą instytucji. Następnie rozpoczęli swoją działalność w ramach służb medycyny pracy. Zapewniono dzięki temu poufność świadczonych porad i zyskano zaufanie, jakim zwykle pracownicy darzą personel medyczny.

Porad udzielano wszystkim chętnym oraz tym pracownikom, którzy zostali skierowani przez lekarza lub kierowników oddziałów. Początkowo oczekiwano, że minie ok. 6 miesięcy zanim pracownicy nabiorą zaufania do psychologów i zaczną zgłaszać się ze swoimi problemami. Okazało się jednak, że już po miesiącu liczba pracowników zgłaszających się po poradę była bardzo wysoka.

Przedstawiony program zwalczania stresu w brytyjskich urzędach pocztowych poddano ocenie. W tym celu przeprowadzono dwukrotne badania pacjentów przed i po uzyskaniu porady i porównano te wyniki z dwukrotnym badaniem grupy kontrolnej (czyli pracowników nie zgłaszających się po poradę). Wśród pacjentów swierdzono poprawę ich stanu psychicznego (poziom lęku, depresji i samooceny) oraz zachowań zdrowotnych. Nie zaobserwowano takich zmian w grupie kontrolnej.

Powyższe dwa przykłady pokazują, że programy antystresowe mogą przyjmować różną formę, ale niezależnie od niej prowadzą do skutków korzystnych dla pracowników i zatrudniających ich organizacji. Są zatem warte polecenia i upowszechnienia. Aby to nastąpiło potrzebny jest wzrost świadomości i wiedzy kadry kierowniczej na temat natury stresu i jego negatywnych skutków. Należałoby również podjąć akcję edukacyjną na temat stresu wśród kadry kierowniczej związków zawodowych aby wywierały one większy nacisk na pracodawców w kierunku zmniejszania stresu w pracy.

Piśmiennictwo

1. Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M., *Psychologia społeczna, Zysk i Ska,* Warszawa 1997.
2. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R., *A global measure of perceived stress,* "Journal of Health and Social Behavior" 1983, 24, 385-396.
3. Cooper C.L., Marshall J., *Źródła stresu w pracy kierowniczej i umysłowej, w: Stres w pracy,* C.L. Cooper, R. Payne (red.), PWN, Warszawa 1987, 123-163.
4. Cooper, C.L., Allison, T., Reynolds, P., Sadri, G., *An individual-ba-sed counselling approach for combating stress in British Post Office emploees,* w: *"Conditions of work digest. Preventing stress at work"*, vol. 11, No.2, 1992, International Labour Office, Geneva.
5. Cox T., Cox S., *Psychosocial and Organizational Hazards at Work,* European Occupational Health, Series No.5, 1993, WHO, Copenhagen.
6. Dudek B., Waszkowska M., *Zagrożenie zdrowia pracowników czynnikami psychospołecznymi związanymi z pracą - wyzwanie dla służb medycyny pracy,* "Medycyna Pracy" 1996, 1, 63-72.
7. Ellis A., *Co można zrobić, aby poradzić sobie ze stresem, w: Stres w pracy,* C.L. Cooper, R. Payne (red.), PWN, Warszawa 1987, 306-327.
8. Everly G.S.Jr., Rosenfeld R., *Stres. Przyczyny, terapia i autoterapia,* PWN, Warszawa 1992.
9. Fletcher B., *Work, Stress, Disease and Life Expectancy,* John Wiley & Sons, Chichester 1991.
10. Fontana D., *Managing Stress*, The British Psychological Society and Routledge LTD, London 1990.
11. Frączek A., Kofta M., *Frustracja i stres psychologiczny, w: Psychologia,* T. Tomaszewski (red.), PWN, Warszawa 1975, 628-678.
12. Gniazdowski, A., *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne,* Instytut Medycyny Pracy, wyd. II, Łódź 1997.
13. Israel, B.A., Schurman, S.J., Hugentobler, M.K., House, J.S., *A participatory action research approach to reducing occupational stress in the United States, w: "Conditions of work digest. Preventing stress at work"*, Vol.11, No.2, 1992, International Labour Office, Geneva.
14. Karasek R., Theorell T., *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life,* Basic Book ,1990.

15. Lazarus R.S., *Cognitive and coping processes in emotion, w: Stress and coping,* Monat A., Lazarus R.S. (red.), Columbia University Press, New York 1977.
16. Lazarus R.S., Folkman S., *The concept of coping, w: Stress and Coping. An Anthology*, Monat A., Lazarus R.S. (red.), Columbia University Press, New York 1991, 189-206.
17. Quick J.C., Quick J.D., *Organizational Stress and Preventive Management*, McGraw-Hill Publishing Company, New York 1984.
18. Rantanen J., *Opieka zdrowotna w miejscu pracy,* "Medycyna Pracy" 1995, 1 (3), 91.
19. Schaufely W.B., Maslach K., Marek T., *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research,* Taylor and Francis, Washington 1993.
20. Sędek G., Bezradność w środowisku zawodowym: przyczyny i skutki, w: Psychologiczny model efektywności pracy, X. Gliszczyńska (red.), PWN, Warszawa 1991, 87-101.
21. Szewczuk W., *Psychologia, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne,* Warszawa 1990.
22. Terelak J.F., *Stres psychologiczny*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1995.
23. *W trosce o przyszłość Europy. Zdrowie i środowisko w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia* (Streszczenia), "Medycyna Pracy" 1995, 1, Suplement 3, 11.