

Elżbieta Korzeniowska
Krzysztof Puchalski

KWESTIONARIUSZ OCENY JAKOŚCI PROGRAMÓW PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY*

WORKPLACE HEALTH PROMOTION PROGRAM QUALITY EVALUATION QUESTIONNAIRE

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

STRESZCZENIE Istnieją bardzo poważne powody przemawiające za stosowaniem procedur ewaluacyjnych w ramach promocji zdrowia, w tym w środowisku pracy. Najważniejsze z nich to zapewnianie sprawnego przebiegu programów tego rodzaju, możliwość oceny projektów prozdrowotnych w sytuacji, gdy stają się one usługami oferowanymi np. pracodawcom na rynku świadczeń zdrowotnych, wspieranie społecznego marketingu idei promocji zdrowia, udział w rozwoju tej koncepcji i wreszcie możliwość analizy procesu upowszechniania działań tego rodzaju.

Realizacja procedur ewaluacyjnych o rodowodzie naukowym jest jednak niezwykle ograniczona, jeśli idzie o programy promocji zdrowia realizowane w normalnie funkcjonujących przedsiębiorstwach. Stąd wzrost zainteresowania procedurami oceny jakości, które są znane i akceptowane na gruncie przedsiębiorstw. Stosowanie rozwiązań tego rodzaju zaleca WHO, a na gruncie Unii Europejskiej w ramach European Network for Workplace Health Promotion upowszechniono kwestionariusz oceny jakości zakładowych programów prozdrowotnych.

Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, animujące i koordynujące Ogólnopolską Sieć Ośrodków Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, opracowało adekwatny do warunków polskich kwestionariusz tego rodzaju. Artykuł charakteryzuje najważniejsze rozwiązania, które legły u jego podstaw, przyjęte założenia, kategorie kryteriów oraz sam kwestionariusz w postaci do zastosowania przez organizatorów programów promocji zdrowia w przedsiębiorstwach, w procesie samooceny jakości realizowanego przedsięwzięcia. Wskazuje też na przyjętą przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia strategię oceny efektów programów prozdrowotnych dla pracujących, polegającą na uproszczeniu procedur tego rodzaju. W szczególności rezygnacji z obserwacji grup kontrolnych, dobór których jest praktycznie nie do przeprowadzenia w ramach koncepcji „miejsca pracy promującego zdrowie” i który bardzo często spotyka się z niezrozumieniem ze strony kierownictwa zakładów pracy, podejmujących się wdrożenia projektów promujących zdrowie załóg. Med. Pr. 2002, 53, 5, 361–368

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

ABSTRACT There are substantial reasons for undertaking the evaluation of workplace health promotion (WHP) programs. The most important ones are: (a) the need to guarantee a competent organization of programs; (b) the feasibility to evaluate WHP programs, which take the form of medical services offered to employers on the health service market; (c) the need to disseminate the idea and support the workplace health promotion lobby; and (d) the use of evaluation as a tool for analyzing WHP promulgation process.

The implementation of the scientifically-based evaluation of health promotion programs carried out in regularly functioning enterprises is very limited, hence the increasing interest in procedures of quality assessment already known and accepted by enterprises. This approach is recommended by the World Health Organization (WHO). In the European Union countries, a questionnaire on the workplace health promotion program evaluation is promulgated within the European Network for Workplace Health Promotion.

The National Center for Workplace Health Promotion that coordinates the activities of the National Network for Workplace Health Promotion Centers in Poland has developed a Polish version of the questionnaire adopted to local conditions.

The author presents the criteria and the most essential solutions that provided the ground for designing the questionnaire to be used by the organizers of WHP programs in enterprises for self-assessment of their own activities. It reflects the views on the strategy of the WHP evaluation presented by the National Center, and contains a simplified procedure that does not involve control groups so difficult to gather under the concept of „health promoting enterprise”. The idea of control groups is usually misunderstood and disapproved by the management of enterprises involved in the implementation of WHP programs. Med Pr 2002, 53, 5, 361–368

KEY WORDS: health promotion, workplace health promotion, evaluation of workplace health

WPROWADZENIE

Promocja zdrowia, jako koncepcja działań ułatwiających ludziom podejmowanie prozdrowotnych wyborów i ich trwałą realizację, a w konsekwencji umacnianie zdrowia, na dobre znalazła swe miejsce w polityce zdrowotnej krajów wysoko rozwiniętych. (1,2).

Szczególnie dogodnym miejscem do realizacji programów tego typu są zakłady pracy. Na ich terenie dzięki odpowiedniemu sprofilowaniu wpływów środowiska organizacyjnego i społecznego można relatywnie najskuteczniej nie tylko kreować, ale i wspierać prozdrowotne style życia osób dorosłych (3,4).

W Polsce proces systematycznego upowszechniania koncepcji promocji zdrowia pracujących rozpoczął się w połowie lat dziewięćdziesiątych. Krajowe Centrum Promocji

Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi zainicjowało wtedy, i konsekwentnie realizuje do chwili obecnej, cały szereg działań związanych zarówno z popularyzacją samej idei promocji zdrowia jak i tworzeniem warunków do szerokiego, praktycznego wdrażania programów tego rodzaju w firmach funkcjonujących na terenie kraju. Szczególne znaczenie w tym procesie odgrywa animowana i rozwijana przez Centrum Ogólnopolską Sieć Ośrodków Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, grupująca przede wszystkim organizatorów programów prozdrowotnych (tzw. terenowych bądź zakładowych liderów promocji zdrowia), ośrodki medycyny pracy oraz przedsiębiorstwa realizujące ponadobligatoryjne przedsięwzięcia na rzecz zdrowia swoich załóg.

Stymulując rozwój promocji zdrowia zatrudnionych Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy podejmu-

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

je m.in. różnorakie działania mające na celu stałe doskonalenie metodologii inicjowania, konstruowania i wdrażania zakładowych programów promocji zdrowia, jak również zajmuje się kwestiami oceny takich programów, czyli problematyką ewaluacji promocji zdrowia w miejscu pracy.

Celem niniejszego artykułu jest prezentacja szczegółowych rozwiązań związanych właśnie z problematyką oceny zakładowych programów prozdrowotnych, przyjętych przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy na potrzeby upowszechniania w naszym kraju promocji zdrowia pracujących, w tym szczególnie kwestionariusza oceny takich programów.

ROZWÓJ PROBLEMATYKI EWALUACJI PROJEKTÓW PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY

Pierwsze przedsięwzięcia w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy, nakierowane głównie na osiąganie pozytywnych zmian w obszarze zachowań zdrowotnych poszczególnych pracowników, realizowane były przez przedstawicieli środowiska naukowego w zgodzie z zasadami właściwymi dla procedur badawczych. Ocenie poddawano więc przede wszystkim merytoryczne efekty pojedynczych interwencji (5). Bardzo szybko jednak okazało się, że ewaluacja w promocji zdrowia w miejscu pracy to kwestia bardzo skomplikowana, tak ze względu na sam przedmiot i naturę ocenianych zjawisk, jak i trudności ze stosowaniem procedur naukowych na gruncie normalnie funkcjonujących przedsiębiorstw i grup pracowniczych. Do dylematów pierwszego rodzaju można zaliczyć problem określenia czasu w jakim należy obserwować zdrowotne skutki interwencji, czy dotrzymania kryteriów powtarzalności procesu, w związku z występowaniem zmiennych, które nie dają się kontrolować, a mogą modyfikować osiąganie celów programu (takich jak np.: wpływ na uczestników norm i zwyczajów związanych z życiem rodzinnym czy przynależnością do wspólnot religijnych, zmian w ich stanie zdrowia i sposobie korzystania z usług medycznych, czy wreszcie ekspozycji na przekazy medialne) (6). Sytuacja w tym względzie skomplikowała się jeszcze bardziej, gdy koncepcja promocji zdrowia pracujących rozwinęła się w kierunku realizacji programów integralnie związanych ze specyfiką danej firmy, stanowiących element jej funkcjonowania, a traktujących środowisko społeczno – organizacyjne zakładu pracy jako istotny wyznacznik stosunku do zdrowia członków załogi. Okazało się bowiem, że znalezienie dobrej grupy kontrolnej (zakładu, a nawet zbiorowości w obrębie jednej firmy) gwarantującej dotrzymanie warunków powtarzalności przebiegu interwencji jest praktycznie niemożliwe. Trudności te pogłębiały się jeszcze, gdy pod uwagę wzięto potrzebę oceny innych niż zmiany w stylach życia pracowników efektów takich programów, jak np.: poprawa sytuacji ekonomicznej firmy, rozwój metod zarządzania zasobami ludzkimi, czy sfera public relations przedsiębiorstwa.

Jeśli idzie o ograniczenia drugiego rodzaju, to barierą stała się zdecydowana niechęć przedsiębiorstw realizujących własne programy promocji zdrowia do prowadzenia czasochłownych, jak również często dość kosztownych prac ewaluacyjnych. Szczególny opór wywołuje postulat obserwacji grup kontrolnych, oznacza to bowiem, np. wyłączenie części załogi spod oddziaływania programu, co spostrzegane jest jako sprzeczne z interesem firmy. W wielu przypadkach za niepotrzebny wydatek i kłopot uznaje się też złożone procedury diagnostyczne, stosowane na początku programu, a umożliwiające ocenę jego efektów. Pracodawcy interesują się bowiem jedynie ogólną charakterystyką sytuacji wyjściowej, a głównie osiągnięciem pożądanego skutku, z myślą o którym zainwestowali w program. Nie jest dla nich istotna metodologiczna poprawność procesu jego uzyskania czy określenie w precyzyjnych miarach zmian wybranych parametrów lub wskaźników (6,7).

Jak na ironię natomiast, nie osiągnięto znaczących postępów w ocenie ekonomicznych aspektów promocji zdrowia w miejscu pracy, pomimo dużego zainteresowania tą problematyką ze strony przedsiębiorców. Jak dotąd pomimo wysiłków specjalistów nie udało się stworzyć dobrego i w miarę uniwersalnego modelu ekonomicznej oceny przedsięwzięć tego rodzaju. Od szeregu lat, bez jednoznacznych efektów, dyskutuje się nad stosowaniem analiz typu koszt – korzyść, koszt – efektywność, koszt – użyteczność, wskazując na różnego rodzaju trudności i ograniczenia tych ujęć związane np. z określeniem w pieniądzu, jako jednostce, takich efektów programu, jak: pozytywne zmiany w stanie zdrowia, czy morale pracowników albo liczenie kosztów i efektywności w projektach nakierowanych na szereg celów (8,9,6,10,11).

Pomimo wymienionych problemów i ograniczeń teza o potrzebie i ważności stosowania procedur ewaluacyjnych w odniesieniu do projektów, wdrażanych programów promocji zdrowia, jak i ich efektów, jest jednak wciąż silnie akcentowana. Wskazać można co najmniej 5 głównych powodów, które uzasadniają potrzebę rozwoju tej problematyki.

Po pierwsze, dobrze prowadzone działania ewaluacyjne są niezbędne do prawidłowego przebiegu programu. Jest on bowiem procesem innowacyjnym, dlatego też analiza sytuacji wyjściowej, samego projektu, procesu jego wdrażania i efektów oraz włączanie wniosków z tej oceny do bieżącego planowania i realizacji kolejnych działań staje się niezbędnym warunkiem ich powodzenia. Twierdzi się nawet, że program, który nie jest oceniany właściwie nie istnieje (12). Proces oceny danego programu jak i jego wyniki przydatne są też w takich kwestiach szczegółowych, jak: uzasadnienie potrzeby przeprowadzenia przedsięwzięcia, przekonanie dyrekcji firmy, że jest to zabieg kontrolowany, dostosowywanie rozwiązań programu do pojawiających się w jego trakcie potrzeb pracowników i możliwości przedsiębiorstwa, poszerzenie wiedzy o organizacji zakładu i zachowaniach zdrowotnych pracowników, uzasadnienie konieczności jego

kontynuacji. WHO podkreśla też, że ocena programu pomaga firmie w procesach public relations (4).

Po drugie procedury ewaluacyjne nabierają znaczenia w sytuacji, gdy projekty prozdrowotne stają się usługami oferowanymi pracodawcom na rynku świadczeń zdrowotnych. Dotyczy to szczególnie małych zakładów pracy (które zatrudniają przecież coraz większy odsetek siły roboczej) oraz sytuacji, w których projekty prozdrowotne dla pracujących są finansowane (lub współfinansowane) za środków społecznych. Dzięki zastosowaniu dobrych narzędzi oceny można kreować zaufanie klientów do wartościowych propozycji tego rodzaju oraz eliminować projekty słabe lub oferowane po zawyżonych cenach.

Po trzecie pojawiają się propozycje inicjowania prac związanych z oceną samych projektów jak i wdrażanych programów w aspekcie bardziej uniwersalnym, pozwalającym oceniać je z punktu widzenia zgodności z ogólnymi założeniami i procedurami modelowej koncepcji promocji zdrowia w przedsiębiorstwie (13). Refleksję związaną z ewaluacją uznaje się więc za element doskonalenia tejże koncepcji, a nawet czynnik budowania teorii promocji zdrowia w miejscu pracy.

Po czwarte dzięki działalności ewaluacyjnej można dokonywać porównań pomiędzy programami realizowanymi w różnych firmach i, w przypadku badań jakości procesu, podporządkowanych odmiennym celom. Dzięki temu powstaje możliwość śledzenia przebiegu upowszechniania promocji zdrowia w miejscu pracy w skali np. kraju, regionu czy branży.

I wreszcie doskonalenie ewaluacji oraz popularyzowanie jej wyników to trudny do przecenienia element społecznego marketingu samej idei promocji zdrowia, w tym promocji zdrowia w sferze pracy, tym cenniejszy, że jego zakres oddziaływania nie ogranicza się do personelu medycznego, czy polityków, ale obejmuje też pracodawców. Dane uzyskane w toku oceny są bowiem rodzajem „poświadczonej reklamy” w przypadku dobrze zaplanowanych i przeprowadzonych projektów, a tym samym silnie motywują przedsiębiorców do podejmowania decyzji o realizacji w ich firmach zakładowych programów prozdrowotnych.

Niekwestionowana potrzeba prowadzenia ewaluacji promocji zdrowia, jak i trudności związane z badaniem efektów przedsięwzięć tego rodzaju, przyczyniły się niewątpliwie do zainteresowania się grona specjalistów – promotorów zdrowia – nowymi koncepcjami związanymi z oceną jakości, które pojawiły się w latach osiemdziesiątych w sektorze przemysłu i usług. Generalnie polega to na przeniesieniu centrum zainteresowania z kontroli efektu końcowego na rzecz monitorowania procesu jego powstawania, czyli przyjęciu założenia, że właściwy przebieg etapów tworzenia produktu gwarantuje jego dobrą jakość końcową. Proces ten został nazwany zapewnieniem jakości (Quality Assurance). To rozszerzenie zainteresowania z analiz ilościowych na rzecz jakościowych spotkało się, co oczywiste, ze szczególnie dużym zainteresowaniem środowiska zajmującego się promocją zdrowia w miejscu pracy.

Z perspektywy firmy promocja zdrowia i zarządzanie jakością to koncepcje, używając terminu informatycznego, kompatybilne. Szybko okazało się, że włączenie działań prozdrowotnych w system zarządzania jakością powoduje większe zainteresowanie i akceptację kadry kierowniczej dla procesów promowania zdrowia w przedsiębiorstwie. Tak więc w latach 90. wielu zwolenników znalazła teza, by promocję zdrowia, szczególnie w ujęciu „miejsca pracy promującego zdrowie” (workplace health promotion – koncepcja ta zostanie omówiona w dalszym fragmencie niniejszego tekstu) traktować jako element zarządzania jakością (Quality Menegment), czy strategii firmy na rzecz jakości (Total Quality Menegment), co z kolei gwarantować miało osiągnięcie celów programów tego rodzaju (14). Tym samym m.in. normy ISO 9000 czy nawet ISO 14 000 stały się pewnymi ogólnymi podstawami do wypracowywania rozwiązań w dziedzinie promocji zdrowia w miejscu pracy (15), a w konsekwencji zainicjowano prace nad opracowaniem kryteriów, standardów i wskaźników oceny jakości, które można odnosić do struktury, procesu i wyników promocji zdrowia w miejscu pracy (14).

ROZWIĄZANIA POLSKIE W ZAKRESIE OCENY JAKOŚCI PROGRAMÓW PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY

Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, animując i monitorując proces upowszechniania promocji zdrowia pracujących problematyką ewaluacji zajęło się w 1995 r. Opracowano wówczas podstawowe zalecenia i metody monitorowania przebiegu wdrażania i oceny efektów programu dla jego bezpośrednich organizatorów. W latach 1999–2000 w ramach Projektu badawczo-rozwojowego IMP 8.5 opracowano kryteria, narzędzia i metodykę oceny programów promocji zdrowia, realizowanych w przedsiębiorstwach funkcjonujących w warunkach polskich. Zgodnie ze zidentyfikowanymi tendencjami w tym zakresie, o których była mowa wcześniej, skoncentrowano się na ocenie zapewnienia jakości. W ujęciach tego rodzaju zakłada się, że jakość usługi (gdy promocja zdrowia w miejscu pracy traktowana jest jako świadczenie zdrowotne) lub produktu (gdy traktowana jest jako element strategii rozwoju przedsiębiorstwa) jest efektem procesu poprzedzającego ich osiągnięcie, który obejmuje planowanie i systematyczne działania, niezbędne do stworzenia odpowiedniego stopnia zaufania, że dana usługa czy produkt spełni ustalone wymagania (definicja wynikająca z normy PN EN2840). Skoncentrowano się zatem na tym w jaki sposób sprawdzać czy uczyniono wszystko, by osiągnąć cele właściwe promocji zdrowia pracujących, albo na ile zastosowana procedura jest gwarantem wysokiej jakości promocji zdrowia w miejscu pracy.

Podstawę dla procesu opracowania przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy kryteriów i narzędzi oceny jakości zakładowych programów prozdrowotnych, adekwatnych do warunków polskich stanowiły:

a) analiza koncepcji promocji zdrowia w miejscu pracy i przyjęcie jej modelowego ujęcia, jako podstawy do identyfikacji kryteriów tej oceny,

b) analiza doświadczeń Centrum i Sieci Ośrodków Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy w zakresie wdrażania zakładowych programów prozdrowotnych w przedsiębiorstwach w Polsce,

c) analiza narzędzi oceny jakości promocji zdrowia w miejscu pracy, stosowanych w Unii Europejskiej.

Jeśli idzie o promocję zdrowia w miejscu pracy, to powszechną praktyką w sytuacji, gdy potrzebne jest odwołanie się do tego pojęcia jest powielanie deklaracji ideologicznych, wypracowanych najczęściej na międzynarodowych konferencjach. Czasem wręcz brak ostatecznego dopracowania tej koncepcji uznaje się za jej immanentną cechę. Promocję zdrowia (w tym w miejscu pracy) zalicza się bowiem do tzw. teorii w działaniu i w związku tym definiuje się ją jako naukę, ale i zarazem sztukę (16). Oznacza to, że ogólne założenia koncepcji każdorazowo poddaje się weryfikacji ze względu na specyfikę środowiska, w którym zostaje praktycznie zastosowana. Najstarsza próba określenia czym jest promocja zdrowia w miejscu pracy pochodzi z raportu technicznego ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia z 1988 r. (17). W propozycji tej wskazuje się po prostu zachowania (zresztą głównie ze sfery życia codziennego), które winny być kształtowane w programach tego typu oraz mówi się o tym, że zakłady pracy to szczególnie dogodne miejsca do kreowania prozdrowotnego stylu życia pracowników. Najwcześniejsze propozycje zdefiniowania pojęcia promocji zdrowia w miejscu pracy na gruncie polskim z 1994 i 1998 r. są autorstwa A. Gniazdowskiego. Pierwsza (18) to odzwierciedlenie stanowiska ekspertów WHO, w drugiej autor zaznaczył, że w promocji zdrowia w miejscu pracy idzie o te działania na rzecz zdrowia pracowników, których firma nie musi realizować na mocy przepisów prawa oraz określił cztery ich zespoły, a mianowicie: a) interwencje w zakresie stylów życia realizowanych poza pracą, jak również w zachowania w miejscu pracy, b) interwencje medyczne, związane z profilaktyką, c) interwencje w środowisku pracy, d) możliwe interwencje w środowisku życia codziennego pracowników oraz e) przedsięwzięcia organizacyjne związane z przeprowadzeniem programu. W definicji tej znalazło się też stwierdzenie, że działania promujące zdrowie charakteryzują się tym, że są realizowane na rzecz, ale też i wspólnie z pracownikami zakładów pracy, a więc pojawił się aspekt partycypacji zatrudnionych, ich pozycji nie tylko adresata, ale i partnera w ramach zakładowych przedsięwzięć prozdrowotnych (19).

Nowy impuls do rozwoju koncepcji promocji zdrowia w miejscu pracy pojawił się wraz z tzw. siedliskowym podejściem do spraw zdrowia. Dąży się w nim do przeniesienia zainteresowania z choroby na zdrowie oraz z indywidualnej aktywności na życie społeczne i instytucje (8). Tym samym promocję zdrowia traktuje się jako sztukę interweniowania w systemy społeczne i zachęcanie do przekształcania się w środowiska zdrowe (12,20). Zgodnie z tym sposobem

myślenia w UE zaczęto różnicować dwa możliwe ujęcia (które traktować można też jako kolejne etapy rozwoju) działań na rzecz zdrowia pracowników: „promocję zdrowia w miejscu pracy” (health promotion at the workplace) i „miejsce pracy promujące zdrowie” (workplace health promotion) (14). W pierwszym zakład pracy traktowany jest po prostu jako dogodne miejsce do realizacji zadań innych służb, szczególnie medycznych. W grę wchodzi przede wszystkim takie działania, jak badania przesiewowe, edukacja zdrowotna, trening umiejętności, a ich celem jest kształtowanie zachowań zdrowotnych poszczególnych członków załogi. W drugim samo przedsiębiorstwo (czyli jego środowisko materialne i społeczno-organizacyjne), bardziej niż indywidualni pracownicy, staje się przedmiotem oddziaływań. Efektem, który chce się osiągnąć w ramach tego ujęcia jest trwale wkomponowanie spraw związanych ze zdrowiem w logikę funkcjonowania firmy, co z kolei ma stanowić podstawę do kreowania dobrego samopoczucia zatrudnionych i ich odpowiedzialnego stosunku do zdrowia. Ideę koncepcji „miejsca pracy promującego zdrowie” dobrze oddaje hasło I Konferencji European Network for Workplace Health Promotion – „Zdrowy pracownik w zdrowej organizacji” (21). Takie rozumienie działań prozdrowotnych w sferze pracy jest też podstawą tzw. Deklaracji Luksemburskiej (22), dokumentu programowego tej Sieci, w której aspekty organizacyjne środowiska pracy uznane są za jeden z bardziej istotnych wyznaczników zdrowia współczesnego człowieka.

Przychylając się do tendencji związanych z definiowaniem promocji zdrowia w miejscu pracy w ramach Unii Europejskiej koncepcję „miejsca pracy promującego zdrowie” uczyniono rozwiązaniem modelowym, do którego będzie się dążyć upowszechniając programy prozdrowotne w firmach funkcjonujących na terenie Polski. Na potrzeby określenia kryteriów oceny jakości tych programów promocję zdrowia w miejscu pracy zdefiniowano zatem jako proces tworzenia i realizowania na możliwie wielu poziomach organizacji społecznej zakładu pracy (i w jego otoczeniu) zharmonizowanej polityki przekształceń materialnych, organizacyjnych, kulturowych i mentalnych, umożliwiających i ułatwiających jednostkom, grupom i sformalizowanym strukturom diagnozowanie i ocenianie sytuacji zdrowotnej, uzgadnianie i podejmowanie decyzji i inicjatyw pozytywnie wpływających na zdrowie oraz stymulujących i wspierających ich aktywność na rzecz ochrony, umacniania i rozwoju zdrowia, a jednocześnie wzmacniających osiągnięcie podstawowych wartości i celów przedsiębiorstwa (7). Ponadto zdecydowano, że za przedsięwzięcia o charakterze promującym zdrowie uznaje się takie, które podejmowane są przez firmę dodatkowo, w ramach ponadobligatoryjnej troski o zdrowie pracowników i które zgodne są z paradygmatem socjoekologicznym (23).

Opracowując koncepcję pomiaru jakości zakładowych programów promocji zdrowia w miejscu pracy realizowanych w Polsce uwzględniono też wnioski z doświadczeń praktycznych Centrum w zakresie upowszechniania projektów tego rodzaju w ramach Sieci Ośrodków Promocji

Zdrowia w Miejscu Pracy oraz dane pochodzące z badań na temat aktywności dużych przedsiębiorstw w tej dziedzinie, zrealizowanych w latach 1998–2000. Generalnie idzie tu o:

a) mniejszą niż w krajach wyżej rozwiniętych znajomość koncepcji promocji zdrowia wśród środowisk strategicznych z punktu widzenia jej wdrażania (w tym pracodawców) (7);

b) relatywnie niski odsetek firm mających już własne doświadczenia w realizacji programów prozdrowotnych oraz posiadających specjalnie przeszkoloną kadrę na ich potrzeby (7,24);

c) istniejącą w naszym kraju tradycję podejmowania przez przedsiębiorców działań prozdrowotnych w sposób paternalistyczny lub altruistyczny, bez powiązań z celami biznesowymi zakładu (25);

d) realizację działań prozdrowotnych w firmach w sposób fasadowy, bądź uprzedmiotawiający pracowników lub jako „cel sam w sobie”, niewkomponowany w strategię funkcjonowania przedsiębiorstwa (26);

e) ograniczenie aktywności ponad połowy firm podejmujących przedsięwzięcia z zakresu promocji zdrowia do rozszerzania zakresu ponadobligatoryjnych usług medycznych dla załogi i udoskonalen związanych z wyposażaniem stanowisk pracy, czy pomieszczeń socjalnych, przy relatywnie niskim poziomie zainteresowania działaniami kreującymi prozdrowotne style życia pracowników, czy ograniczającymi ich ekspozycję na stres (7).

W toku analizy narzędzi do oceny jakości programów promocji zdrowia, funkcjonujących na gruncie europejskim stwierdzono, że na uwagę zasługują dwie propozycje w tym zakresie. Pierwsza z nich opracowana została w latach 1997–1999 w ramach European Network for Workplace Health Promotion, druga jest dziełem specjalistów fińskich, a została zaprezentowana na obradach International Symposium on Occupational Health for Europeans w 1999 r. w Helsinkach. Oba te narzędzia to kwestionariusze samooceny opierające się na koncepcji „miejsca pracy promującego zdrowie”. Kwestionariusz Europejskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy składa się z 27 pytań, które pogrupowane są w 6 kategorii. Uwzględniono w nich takie kryteria oceny jakości, jak: a) polityka firmy w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy, b) zasoby ludzkie i organizacja pracy, c) planowanie promocji zdrowia w miejscu pracy, d) odpowiedzialność firmy wobec społeczeństwa, e) wdrażanie promocji zdrowia w miejscu pracy i f) jej rezultaty. Przedstawiciele firmy mogą określić poziom realizacji każdego z kryteriów na czterostopniowej skali, stwierdzając czy ich zakład osiągnął go w pełni, uzyskał znaczny postęp, pewien postęp czy też w ogóle nie rozpoczął działań tego rodzaju. Stosując odpowiednie wskaźniki procentowe może też określić swoją pozycję na drodze do wysokiej jakości promocji zdrowia w miejscu pracy (27,28).

W fińskiej matrycy samooceny jakości zakładowego programu promocji zdrowia wyróżniono również 6, ale inaczej pomyślanych kryteriów. Dotyczą one: a) organizacji i działań zespołowych, b) zdrowia i dobrego samopoczucia pra-

cujących, c) środowiska pracy, d) organizacji pracy, e) rozwoju kompetencji, f) organizacji promocji zdrowia. Ocena poziomu osiągnięcia tych kryteriów dokonuje się na trzystopniowej skali (dobra praktyka, wysoki standard praktyki, najwyższy jej standard), co przekłada się na wartości punktowe od 1 do 6. Zakwalifikowanie się do danego stopnia nie opiera się jednak na spełnieniu ogólnie sformułowanych warunków typu „wzorowe działania”, „jasne wskaźniki dobrego działania”, „pewne oznaki rozwoju” – jak ma to miejsce w kwestionariuszu Europejskiej Sieci, ale odbywa się poprzez odniesienie do sytuacji, pełniących rolę wskaźnika.

Analiza wyżej wymienionych kwestionariuszy wykazała, że aczkolwiek są to interesujące propozycje, to nie nadają się do bezpośredniego zastosowania w warunkach polskich. Ich twórcy wychodzili bowiem z założenia, że w przedsiębiorstwach, które będą je stosować nie tylko doskonale znana jest koncepcja promocji zdrowia i niuanse terminologiczne stosowane w jej ramach, ale również, że ich kadra posiada umiejętność rozróżniania stadiów zbliżania się do rozwiązań modelowych. Wątpliwości budziły też same zastosowane kryteria oceny jakości. Idzie tu np. o traktowanie na równych zasadach kwestii tak różnych, jak: dostęp do urzędzeń socjalnych z jednej strony i posiadanie przez firmę opracowanej w formie dokumentu strategii promocji zdrowia i stosowanie jej w codziennej praktyce – z drugiej – czy, (wydające się nabyt wyrafinowane dla naszej sytuacji) uznawanie za kryterium faktu koordynowania przez organizację pracy życia zawodowego z życiem rodzinnym pracownika. Nie przyjęto tych narzędzi do oceny jakości programów promocji zdrowia, wdrażanych w Polsce także ze względu na ich niedociągnięcia metodologiczne. Powodem było tu przede wszystkim mieszanie (z założenia) pytań o fakty i pytań o opinie przy pomiarze stopnia realizacji kryteriów czy też stosowanie w wielu przypadkach konwencji pytania o dwie sprawy równocześnie (np. czy jest coś analizowane i czy wyciąga się z tego wnioski).

KWESTIONARIUSZ OCENY JAKOŚCI ZAKŁADOWYCH PROGRAMÓW PROMOCJI ZDROWIA REALIZOWANYCH W WARUNKACH POLSKICH

W oparciu o przeprowadzone analizy sformułowano założenia i opracowano kryteria oceny jakości promocji zdrowia w sferze pracy w Polsce.

Po pierwsze jak już nadmieniono powyżej, kryteria te będą nawiązywać do rozwiązań stosowanych w UE, co oznacza przede wszystkim przyjęcie jako ich podstawy koncepcji „miejsca pracy promującego zdrowie” oraz uznanie, że promujący zdrowie charakter mają przedsięwzięcia podejmowane przez firmę dodatkowo, w ramach ponadobligatoryjnej troski o zdrowie. Oznacza to też, że akcentuje się potrzebę integrowania działalności ze sfery bezpieczeństwa i higieny pracy oraz medycyny pracy z programami promocji zdrowia w ramach szerszej, prozdrowotnej polityki przedsiębiorstwa i powołanych na jej potrzeby struktur organizacyjnych.

Po drugie założono, że mają być adekwatne do istniejących w Polsce rozwiązań prawno-organizacyjnych w dziedzinie szeroko rozumianej ochrony zdrowia pracujących i uwzględniać charakterystyczny dla naszych firm poziom znajomości koncepcji promocji zdrowia i doświadczeń w tym zakresie.

Po trzecie konstruowano je zgodne z zaleceniami dotyczącymi cech dobrych kryteriów jakości (tzw. RUMBA) (3).

I po czwarte, ze względów metodologicznych, odnoszą się bezpośrednio do faktów, konkretnych sytuacji (nie opinii), uwzględniając istniejący poziom doświadczeń personele firm na temat promocji zdrowia i metod jej oceny.

Ostatecznie sformułowano 6 głównych kategorii kryteriów decydujących o jakości działań promujących zdrowie, odpowiadających najważniejszemu obszarom realizacji zakładowego programu tego rodzaju.

Uwzględnione kategorie oceny to:

1) Polityka firmy w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy.

2) Struktury organizacyjne dla promocji zdrowia.

3) Planowanie procesu promocji zdrowia.

4) Wdrażanie działań z zakresu promocji zdrowia.

5) Zasoby ludzkie i warunki pracy.

6) Oceny w procesie promowania zdrowia.

W każdej z przedstawionych kategorii uwzględniono 3 szczegółowe kryteria, uznane na gruncie teoretycznym za najistotniejsze dla osiągnięcia dobrej jakości działań promocyjnych. Następnie przypisano każdemu z kryteriów opisujących określony stan rzeczy (czy jego aspekty) 3 poziomy jego realizacji, a więc możliwość wskazania na sytuację w której:

a) Został on już osiągnięty w danej firmie.

b) Trwają dopiero prace w tym kierunku.

c) W ogóle nie rozpoczęto działań w tym zakresie.

Każdej z sytuacji przypisano wartości punktowe. W pierwszym przypadku firma otrzymuje 2 pkt., w drugim 1 pkt., w trzecim 0 pkt. Uwzględnione aspekty jakości potraktowano równoważnie, co oznacza, że poszczególne punkty można prosto sumować. Im wyższa wartość punktowa, tym program zakładu pracy charakteryzuje się wyższą jakością. W ten sposób powstał kwestionariusz oceny jakości działań z zakresu promocji zdrowia w miejscu pracy, do wykorzystania przez zakłady pracy realizujące swoje przedsięwzięcia tego rodzaju, celem monitorowania ich przebiegu (samooceny jakości wdrażanego programu), jak również pozwalający na globalną (punktową) ocenę jakości zakładowych projektów tego rodzaju np. w skali kraju.

Wskazano również, jakie parametry winien spełniać program, by uznać go za tzw. „wzór dobrej praktyki”. Musi uzyskać minimum 24 punkty wg kwestionariusza o którym mowa, przy czym w każdej z wyróżnionych 6 kategorii kryteriów liczba uzyskanych punktów nie może być mniejsza niż 4. Oznacza to, że w każdym podstawowym obszarze realizacji programu firma musi mieć osiągnięte w pełni przynajmniej jedno z przyjętych tam kryteriów, a dwa kolejne w fazie

realizacji (lub dwa kryteria osiągnięte w pełni przy możliwym braku działań w zakresie trzeciego).

A oto omawiany kwestionariusz oceny jakości promocji zdrowia w miejscu pracy opracowany przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi i na potrzeby realizowanego w kraju procesu upowszechniania promocji zdrowia pracujących.

1. Polityka firmy dotycząca promocji zdrowia

1.1. Firma posiada aktualny dokument określający jej strategię dotyczącą promocji zdrowia

- tak, w firmie osiągnięto już ten etap rozwoju 2 pkt.

- w firmie trwają prace w tym zakresie 1 pkt.

- nie podjęto jeszcze działań w tym kierunku 0 pkt.*

1.2. Kierownictwo firmy wymaga regularnego składania raportów z realizacji promocji zdrowia (częściej niż raz w roku)

1.3. Firma uwzględni fakt promowania zdrowia swojego personelu w strategii marketingowej idziałaniach z zakresu public relations

Ogółem w p. 1. (1.1.-1.3) uzyskano pkt.

2. Struktury dla promocji zdrowia

2.1. Wśród personelu firmy znajduje się osoba lub zespół (a- le inny niż komisja ds. bezpieczeństwa i higieny pracy) do której zadań należy organizacja i kierowanie procesem promocji zdrowia.

2.2. Wybrane komórki organizacyjne firmy mają przypisane szczegółowe zadania z zakresu promocji zdrowia

2.3. Osoby zaangażowane w organizację procesu promocji zdrowia w firmie są systematycznie szkolone w tym zakresie

Ogółem w p. 2 (2.1.-2.3) uzyskano pkt.

3. Planowanie w promocji zdrowia

3.1. Działania z zakresu promocji zdrowia w firmie planowane są w oparciu o systematycznie prowadzoną analizę danych dotyczących przynajmniej trzech spośród następujących obszarów: ergonomicznej charakterystyki stanowisk pracy, poziomu i czynników stresu w miejscu pracy, subiektywnych potrzeb zdrowotnych i oczekiwań personelu, zachowań zdrowotnych personelu, wskaźników stanu zdrowia, przyczyn wypadków i absencji

3.2. Firma posiada zatwierdzony do realizacji na okres przynajmniej 1 roku precyzyjny plan działań dotyczących promocji zdrowia (zawierający m.in. zakres działań, harmonogram, wykonawców, koszty, sposoby oceny)

3.3. Różne działania zaplanowane w obszarze promocji zdrowia zostały dostosowane do potrzeb wszystkich grup personelu i nikt z pracowników nie jest pozbawiony możliwości uczestniczenia w programie

Ogółem w p. 3. (3.1.-3.3) uzyskano pkt.

*analogiczna możliwość odpowiedzi i punktacja przy każdym, kolejnym kryterium.

4. Cele promocji zdrowia

4.1. Firma zaplanowała i systematycznie realizuje działania służące doskonaleniu ergonomicznej charakterystyki większości stanowisk pracy

4.2. Firma zaplanowała i systematycznie realizuje działania zmierzające do poprawy komunikacji wewnętrznej, relacji międzyludzkich i wprowadzania rozwiązań organizacyjnych obniżających poziom stresu personelu

4.3. Firma zaplanowała i systematycznie prowadzi działania wspierające pracowników w realizacji prozdrowotnych zachowań w czasie wolnym od pracy

Ogółem w p. 3. (3.1.–3.3) uzyskano pkt.

5. Wdrażanie promocji zdrowia

5.1. Cały personel jest systematycznie i w skuteczny sposób informowany o wszystkich zaplanowanych działaniach z zakresu promocji zdrowia (o ich potrzebie, możliwościach i zasadach uczestnictwa)

5.2. Rozwiązywanie większości spraw dotyczących zdrowia w firmie polega na połączeniu działań edukacyjnych z organizowaniem warunków wspierających pracowników w podejmowaniu zachowań korzystnych dla zdrowia (tj. np. treningami umiejętności, nagrodami za prozdrowotne działania, sponsorowaniem usług rekreacyjnych i medycznych)

5.3. Działania z zakresu promocji zdrowia są systematycznie doskonalone w oparciu o prowadzoną ocenę ich przebiegu, w tym analizy opinii personelu na ich temat

Ogółem w p. 5. (5.1.–5.3) uzyskano pkt.

6. Ocena efektów promocji zdrowia

6.1. Firma systematycznie ocenia wpływ promocji zdrowia na zmiany w przynajmniej trzech wybranych parametrach stanu zdrowia personelu (np. absencji, wypadkach przy pracy, poziomie stresu, subiektywnej ocenie zdrowia i samopoczucia, stanie zachowań zdrowotnych)

6.2. Firma systematycznie analizuje relacje nakładów ponoszonych na promocję zdrowia w stosunku do korzyści wynikających z jej wdrożenia

6.3. Firma systematycznie i skutecznie informuje cały personel o efektach realizacji promocji zdrowia

Ogółem w p. 6 (6.1.–6.3.) uzyskano pkt.

Ogółem w p. 1–6 firma uzyskała pkt.

OMÓWIENIE I WNIOSKI

Istnieje powszechna zgoda w środowisku promotorów zdrowia, że ocena tego typu programów jest niezwykle ważna zarówno dla ich przebiegu jak i rozwoju koncepcji promocji zdrowia oraz procesu jej upowszechniania. Jeśli idzie o ocenę efektów projektów promocji zdrowia w miejscu pracy, to postuluje się potrzebę elastycznego stosowania kryteriów

dobrej ewaluacji, w tym przede wszystkim, jeśli jest to konieczne, rezygnację z grup kontrolnych na rzecz traktowania w tym charakterze danych zebranych przed interwencją (4,6). W dyskusjach na temat oceny jakości wdrażania zakładowych programów promocji zdrowia coraz częściej zwraca się uwagę już nie tylko na stosowanie dobrego zestawu kryteriów, ale przede wszystkim na parametry określające optymalne metody przeprowadzenia takiego procesu. Zatem punkt ciężkości przenosi się z problemu, co oceniać na to, jak oceniać (4). Dobrze zorganizowany proces ewaluacji uznawany jest więc za czynnik zapewnienia jakości programu. Szczególnie dużym wyzwaniem dla promocji zdrowia w sferze pracy jest ocena ekonomicznych efektów przedsięwzięć prozdrowotnych. Skuteczne i proste procedury liczenia ile firma może zyskać dbając o zdrowie załogi stanowiłyby trudny do przecenienia czynnik reklamy zakładowych programów prozdrowotnych, ułatwiając szczególnie prace inicjujące realizację przedsięwzięć tego rodzaju.

Z doświadczeń Krajowego Centrum Promocji Zdrowia wynika, że ewaluacja zakładowych programów prozdrowotnych jest poważnym problemem na gruncie polskim. Firmy na ogół nie są zainteresowane realizacją prac tego rodzaju, koncentrując się na działaniach bezpośrednio warunkujących realizację celów, dla których zdecydowały się na wdrożenie przedsięwzięć prozdrowotnych. Stąd na potrzeby Ogólnopolskiej Sieci Ośrodków przyjęto strategię polegającą na popularyzowaniu rozwiązań związanych z oceną jakości procesu wdrażania oraz stosowaniu uproszczonej metodyki ewaluacji efektów. Opracowany przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia kwestionariusz oceny jakości zakładowych programów prozdrowotnych jest niezwykle prosty, a jego zastosowanie nie wymaga szczególnych wysiłków ze strony organizatorów ani firmy, która przeprowadza przedsięwzięcie tego typu. Jednocześnie jest on pomyślany w taki sposób, że korzystanie z niego na różnych etapach realizacji procesu wdrożenia inspirowanie wprowadzanie, a następnie rozwój istotnych z punktu widzenia koncepcji promocji zdrowia procedur (takich jak np. przygotowanie prozdrowotnej strategii przedsiębiorstwa, dostosowanie działań objętych programem do potrzeb personelu, podejmowanie wysiłków usprawniających obieg informacji i relacje interpersonalne). Pomaga też w wyciąganiu wniosków, które mogą wpływać na doskonalenie założeń i rozwiązań programu w taki sposób, by najlepiej dostosować go do możliwości przedsiębiorstwa i oczekiwań pracowników. W tym sensie ocena nie polega jedynie na sprawdzeniu, czy zrealizowano określone kryteria, ale staje się procesem wspierającym realizację programu. Równocześnie sam wyżej zaprezentowany kwestionariusz poprzez kryteria, zawarte w trzeciej kategorii (poz. 3.1) oraz szóstej, zachęca liderów Ogólnopolskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy oraz przedsiębiorstwa wdrażające własne projekty prozdrowotne do dokonywania oceny ich efektów. W ramach szkoleń i konsultacji prowadzonych przez Centrum zalecane jest – szczególnie jeśli idzie o ocenę efektów w zakresie zachowań i świadomości zdrowotnej – stosowanie prostych i niekosztownych metod gromadzenia danych sprzed i po interwencji

z równoczesnym dokładnym selekcjonowaniem obszarów takiej analizy oraz rezygnowaniem z obserwacji grup kontrolnych, gdy nie ma zewnętrznych środków na tę procedurę, a firma nie jest nią zainteresowana.

PIŚMIENNICTWO

1. Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion. Charter for Health Promotion, Ottawa 1986.
2. Traktat z Maastricht: Health Promotion Program 1996–2000. European Commission, Public Health in the European Community, 2000, s. 2.
3. Parish R.: Quality of Health Promotion in the Workplace. W: Proceedings of the Workshop Quality of Health Promotion in the Workplace, 27–29 listopada 1996, Berlin. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin 1997, s. 53–65.
4. Dugdill L., Springett J.: Evaluating health promotion programmes in the workplace. W: Rotman J., Goodstadt M., Hyndman B., McQueen D.U., Potwin L., Spingett J., Ziglio E. [red.]. Evaluation in health promotion. European Series, No. 92. WHO Regional Publications, Copenhagen 2001.
5. Springett J.: Participatory approaches to evaluation in health promotion. W: Proceedings of the Workshop Quality of Health Promotion in the Workplace, 27–29 listopada 1996, Berlin. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin 1997.
6. Springett J., Dugdill L.: Health promotion programmes and policies in the workplace. A new challenge for evaluation. European Health Promotion Series, No. 7. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1999.
7. Puchalski K.: Promocja zdrowia w dużych zakładach pracy w Polsce. Aktualny stan i niektóre uwarunkowania. Prom. Zdr. Nauki Społ. Med. 2000, 7, 19, 68–87.
8. Karski J.B., Tomaszewska E.: Teoria i praktyka wzmocnienia działań w promocji zdrowia. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1997.
9. Cost – Benefit Analysis of Health Promotion Measures, WHP-NET-News. Wyd. specjalne. Federal Institute for Occupational Safety and Health, Dortmund 1998.
10. Goetzel R.: The Financial Impact of Health Promotion and Disease Prevention Program. Am. J. Health Prom. 2001, 15, 5, 272–280.
11. Golaszewski T.: Why is it so hard to prove value? Am. J. Health Prom. 2001, 15, 5, 332–340.
12. Grossman R., Scalla K.: Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1993.
13. Noack H.: Conditions of successful health promotion: conclusions from evaluation of health promotion interventions and actions. Referat wygłoszony na konferencji „Promocja zdrowia – terażniejszość i przyszłość”, 3–4 grudnia 1998, Warszawa [maszynopis].
14. Schroer, A.: Quality Management and Workplace Health Promotion. W: Proceedings of the Workshop Quality of Health Promotion in the Workplace, 27–29 listopada 1996, Berlin. Schriftenreihe der Bundestalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin 1997, ss. 7–22.
15. Quality Management in Workplace Health Promotion. W: Quality Management in Workplace Health Promotion. Schriftenreihe der Bundestalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin 1997, s. 148.
16. Rootman J., Goodstadt M., Potvin L., Springett J.: A framework for health promotion evaluation. W: Rootman J. i wsp. [red.]. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. European Series No. 92. WHO Regional Publications, Copenhagen 2001.
17. Health Promotion for Working Populations. Report of a WHO Expert Comitee. WHO, Geneva 1998.
18. Gniazdowski A.: Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1994.
19. Gniazdowski A.: Rola lekarza medycyny pracy w promowaniu zdrowia pracowników. W: Krasucki P., Kuczkowska-Dominas H. [red.]. Medycyna dla lekarzy rodzinnych. Skrypt t. II. AM, Warszawa 1998.
20. Karski J. B.: Organizacja ośrodka promocji zdrowia. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1994.
21. Korzeniowska E.: Zdrowi pracownicy w zdrowej organizacji. Konferencja Europejskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. Med. Pr. 1999, 50, 6, 601–604.
22. Luxemburg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union, 1997.
23. Capra F.: Punkt. zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura. PIW, Warszawa 1987.
24. Puchalski K, Korzeniowska E.: Rozwiązywanie problemu palenia tytoniu w zakładach pracy w Polsce. Med. Pr. 2001, 52, 6, 459–464.
25. Gniazdowski A., Sibiński J.: Stan aktywności przedsiębiorstw w dziedzinie promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem działalności antytytoniowej. Raport z tematu IMP 8.5. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1998 [maszynopis].
26. Korzeniowska E.: Czynniki sukcesu zakładowego programu promocji zdrowia. W: Miller M., Cianciara D. [red.]. Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej. Zakład Promocji Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 1999.
27. Quality Criteria of Workplace Health Promotion: Healthy Employees in Healthy Organizations, Good Practice in Workplace Health Promotion in Europe. BKK, Bundesverband, Essen 1999.
28. Questionnaire for self-assessment: Healthy Employees in Healthy Organizations, Good Practice in Workplace Health Promotion in Europe. Bundesverband, Berlin 1999.

Adres autorów: Św. Teresy 8, 92-950 Łódź, e-mail: whpp@imp.lodz.pl

Nadesłano: 28.08.2002

Zatwierdzono: 24.09.2002