

Krzysztof Puchalski¹, Elżbieta Korzeniowska¹,
Ewa Kaczanowska-Burker², Krystyna Kurkowska³

EWALUACJA KUJAWSKO-POMORSKIEGO PROGRAMU PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO W MIEJSCU PRACY W OPARCIU O KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY ORGANIZACJI — DOŚWIADCZENIA, WYNIKI I WNIOSKI Z REALIZACJI PIERWSZEGO ETAPU WDROŻENIA

THE EVALUATION OF THE KUJAWSKO-POMORSKI PROGRAM OF MENTAL HEALTH PROMOTION AT WORK
BASED ON THE INSTITUTIONS' SELF-ASSESSMENT QUESTIONNAIRE: RESULTS OF AND EXPERIENCE GAINED
FROM THE FIRST STAGE OF IMPLEMENTATION

¹ Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź; Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejsku Pracy

² Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, Bydgoszcz

³ Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, Toruń

STRESZCZENIE

Wstęp: Program realizowany jest na dwóch poziomach: zakładu pracy i województwa. Zakłady opracowują i wdrażają programy zdrowotne dostosowane do własnych potrzeb i możliwości. Ich działania stymulują, wspierają merytorycznie i szkoleniowo trzy wojewódzkie ośrodki medycyny pracy, finansowane w tym zakresie przez Urząd Marszałkowski. Przebieg pierwszego etapu programu został poddany ewaluacji przy wykorzystaniu kwestionariusza samooceny organizacji. **Cel pracy:** Celem pracy jest omówienie kwestionariusza ewaluacyjnego oraz wyników uzyskanych w zakładach pracy uczestniczących w programie. Na tej podstawie dokonano analizy przebiegu programu w skali województwa oraz przedstawiono wnioski dla jego doskonalenia. **Materiał i metody:** Kwestionariusz pomaga firmie oszacować główne czynniki stresu i dyskomfortu, potrzeby i plany dotyczące działań interwencyjnych, możliwości i uwarunkowania ich realizacji oraz stan dotychczasowych przedsięwzięć dotyczących redukcji stresu. Przy jego zastosowaniu zgromadzono informacje pochodzące od 30 firm (głównie z dziedziny ochrony zdrowia, administracji, edukacji) uczestniczących w programie. **Wyniki:** W zakładach stwierdzono niechęć do prowadzenia rzetelnej ewaluacji problemów zdrowia psychicznego. Przed przystąpieniem do programu tylko co druga organizacja uwzględniła stres w ocenie ryzyka zawodowego, niespełna 2/3 organizacji zrealizowało jakiegokolwiek działania redukujące stres, a 1/2 konsultowała je z personelem. Firmy dwukrotnie częściej oceniają, że szanse opanowania głównych problemów są niewielkie, niż że są duże. Jako swoje mocne strony najczęściej (w co drugiej organizacji) wskazują kadrę, a także pracowników zainteresowanych problemem. **Wnioski:** Należy poprawić rzetelność prowadzenia ewaluacji i zwiększyć wykorzystanie jej wyników. Strategia programu w skali województwa wymaga modyfikacji w kierunku kreowania przychylnych i aktywnych postaw pracodawców wobec redukcji stresu oraz wzmocnienia kompetencji liderów w zakładach pracy. Narzędzia i wnioski z ewaluacji wdrożenia mogą być wykorzystane w podobnych programach. Med. Pr. 2011;62(6):609–622

Słowa kluczowe: promocja zdrowia, ewaluacja, zdrowie psychiczne, stres w pracy, wypalenie zawodowe

ABSTRACT

Background: The program has been organized at two levels: (1) institution and (2) voivodeship. Institutions have prepared programs adapted to their needs. Their actions were supported by voivod coordinators. The implementation of the first stage of the program has been evaluated. The evaluation was based on the data gathered by using the institutions' self-assessment questionnaire. **The aim** of the study was to present main results obtained by the institutions participating in the program. Based on these the implementation strategies at the voivodeship level were analyzed. **Material and Methods:** The questionnaire helps to identify stress risk factors, as well as to initiate intervention plans, assess determinants of their implementation, and also to evaluate the status quo of already completed ventures aimed at reducing stress. It helped to gather the information from all 30 institutions, which have participated in the program. **Results:** Before joining the program only 50% of institutions had considered stress at work in their evaluation of occupational risks. Only two third of them have been involved in any activities aimed at reducing stress, and only half of them have consulted them with employees. Twice as many institutions assessed the opportunities for reducing stress problems as small. **Conclusions:** It is needed to improve the reliability of data and increase the utilization of the evaluation results by the institutions. The program strategy at the voivod level should be modified, employers' attitudes toward the problem of reducing stress at work properly shaped and the competence and involvement of leaders increased. Med Pr 2011;62(6):609–622

Key words: health promotion, evaluation, mental health, workplace stress, burnout

Adres 1. autora: Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejsku Pracy,
Instytut Medycyny Pracy im. prof. Nofera, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź; e-mail: puchal@imp.lodz.pl
Nadesłano: 29 listopada 2011
Zatwierdzono: 29 listopada 2011

WSTĘP

Ewaluacja w promocji zdrowia ma wiele znaczeń. Zazwyczaj bywa rozumiana jako systematyczne badanie wartości bądź cech konkretnego programu. Jest ono prowadzone z punktu widzenia przyjętych kryteriów dobrej jakości (adekwatności celów, prawdopodobieństwa lub stopnia ich osiągnięcia, skuteczności metod, efektywności interwencji, zasad etyki, zgodności z założeniami, akceptacji przez uczestników itd.) w celu usprawnienia tego programu, jego rozwoju lub lepszego zrozumienia (1). Ewaluacja może odnosić się m.in. do samego planu działania, przebiegu wdrożenia i wykorzystanych zasobów, skutków i efektów osiągniętych w wyniku interwencji, społecznego odbioru działań bądź uzyskanych zmian (2,3). Jednocześnie może ona być bardzo rozbudowanym i złożonym przedsięwzięciem (bywa, że nawet bardziej niż sam ewaluowany projekt), ale może też opierać się na względnie prostych, lecz dobrze przemyślanych rozwiązaniach. W odniesieniu do wdrażanych programów prozdrowotnych najprościej ewaluację można określić jako proces zbierania informacji o przebiegu programu i uzyskiwanych efektach oraz ich analizowania w celu udoskonalenia działania i osiągnięcia zamierzonych skutków (4). Kluczem do jej dobrego zaplanowania i przeprowadzenia jest określenie, jakie informacje o programie lub działaniu będą potrzebne oraz kiedy, dla kogo i w jakim celu. Odpowiedni dobór metod i narzędzi oceny jest wtórny w stosunku do odpowiedzi udzielonych na te pytania.

Ewaluacja może być prowadzona w oparciu o model:

- **scjencyzno-technokratyczny** (tzw. twardy) — zmierza się w nim do uzyskania precyzyjnego, ilościowego i zestandaryzowanego pomiaru, dającego się powtórzyć przez różnych obserwatorów z podobnym efektem. Jest zazwyczaj stosowany w ocenach skutków programu lub działania, a zwłaszcza w pomiarach osiągnięcia jego policzalnych celów. Bywa też używany wtedy, gdy problem będący przedmiotem interwencji daje się opisać w ramach jednej spójnej teorii i gdy dostępne są standaryzowane narzędzia jego pomiaru. Dąży się tu do gromadzenia informacji służących nie tyle rozwojowi samowiedzy uczestników programu (animatorów, adresatów), ile dających możliwość zewnętrznego sterowania jego przebiegiem, a także danych pozwalających weryfikować naukowe hipotezy;
- **humanistyczno-rozumiejący** (tzw. miękki) — akcentuje się w nim raczej niepowtarzalność, wyjątkowość każdego ocenianego przedsięwzięcia. Chodzi

tu głównie o lepsze zrozumienie, dlaczego jego realizacja przebiega w taki, a nie inny sposób, jak można wzbogacić lub rozwinąć tę realizację zgodnie z przyjętymi wartościami, jak można usprawnić lub uczynić bardziej akceptowanym jej przebieg. Tu stosuje się głównie metody typu jakościowego oraz (inter)subiektywną, lecz krytyczną interpretację ustaleń. Do ewaluacji tej włącza się możliwie szeroko uczestników ocenianych programów i działań, zakładając, że ich punkty widzenia mają kluczowe znaczenie oraz że dokonywane ustalenia służyć będą rozwojowi ich samoświadomości i całego programu. Ten model wykorzystuje się zwłaszcza w ocenach przebiegu i uwarunkowań ewaluowanej interwencji (co w dużym stopniu decyduje o uzyskiwanych efektach — zarówno tych zakładanych, jak i nieplanowanych).

Tak rozumiana ewaluacja nie tylko wykorzystuje różnorodne, zwłaszcza „miękkie” metody i narzędzia oceny (5), ale sama niejako staje się narzędziem w programie. Staje się nim, bo zazwyczaj mobilizuje uczestników do namysłu nad podjętym problemem, ukazuje im jego różne nieprzewidywane strony, stymuluje do poszukiwania rozwiązań, czyli kształtuje świadomość oraz ukierunkowuje działania. Ponadto — poprzez rozwój mechanizmów współpracy oraz wsparcia społecznego, dowartościowanie uczestników, podnoszenie ich poczucia wpływu itd. — sprzyjać może promowaniu ich zdrowia psychicznego (6).

Powszechny brak ewaluacji zarówno efektów, jak i przebiegu programów promocji zdrowia lub jej istotne niedostatki to jedna z podstawowych barier w upowszechnianiu wdrożeń takich programów w środowisku pracy. Niedobór rzetelnie prowadzonych ocen programów prozdrowotnych znacząco ogranicza możliwość ustalenia i rekomendowania skutecznych (w określonych warunkach) interwencji, ale też osłabia argumentację dotyczącą realnych korzyści płynących z promocji zdrowia (7). Brak potwierdzonych danych o jej efektach wpływa niekorzystnie na motywację osób decydujących o podjęciu wdrożenia programu prozdrowotnego w przedsiębiorstwie (pracodawców, menadżerów) oraz zarządzających takim wdrożeniem. Z kolei w przypadku realizowanych już programów brak bieżąco gromadzonych danych o ich przebiegu i uwarunkowaniach utrudnia przewidywanie przeszkód, które bardzo często pojawiają się w tego typu działalności. Ogranicza też możliwości korygowania aktualnie prowadzonych działań, kiedy wymagają one wprowadzenia takiej korekty. W efekcie promocja zdrowia w praktyce częściej staje się ogólną ideologią lub zbiorem dość

przypadkowych i mało skutecznych działań niż zweryfikowaną, efektywną metodą osiągnięcia ważnych celów zdrowotnych i społecznych.

Nie będzie oryginalne stwierdzenie, że aby przeciwdziałać powyższemu negatywnemu procesowi, niezbędne jest możliwie powszechne uwzględnienie w realizowanych wdrożeniach promocji zdrowia pracujących (i nie tylko) rzetelnie przygotowanej ewaluacji, a także konsekwentne jej prowadzenie. Z tym wiąże się potrzeba ujawniania i upowszechniania informacji na temat procedur, metod i narzędzi oceny stosowanych w tych programach, uzyskiwanych wyników i wszelkich towarzyszących temu doświadczeń (również tych bardziej praktycznych niż naukowych, a także informacji o niepowodzeniach, a nie tylko o sukcesach) oraz wynikających z nich rekomendacji dla innych podmiotów zainteresowanych działalnością wdrożeniową. Być może realizacji tych zgłaszanych wciąż postulatów sprzyjać będzie rozwijająca się „moda na ewaluację”, związana z coraz szerszym stosowaniem działań o charakterze projektowym, w których badania ewaluacyjne stają się nieodłącznym, bo zazwyczaj formalnie wymaganym, elementem.

Z innej strony, w praktyce promocji zdrowia pracujących trzeba liczyć się z przeciwnymi zjawiskami, niesprzyjającymi stosowaniu ewaluacji. Wynikają one z różnorodności możliwych typów oceny i jej celów, potencjalnej złożoności jej procedur oraz metod, logistycznych utrudnień w jej realizacji w zakładzie pracy, ale także z niekorzystnych postaw i przekonań spotykanych zarówno wśród pracodawców (menadżerów) w firmach decydujących się na wdrożenie programu prozdrowotnego, jak i wśród osób (liderów, profesjonalistów) prowadzących takie wdrożenia (2,7).

Wieloletnie obserwacje pokazują, że osoby zaangażowane w praktykę wdrożeń programów promocji zdrowia pracujących mają zazwyczaj — z różnych powodów — słabe przygotowanie do badań ewaluacyjnych. Często skutkuje to albo rezygnacją z ich prowadzenia (bo teoretyczna złożoność tej dziedziny staje się dla nich barierą), albo stosowaniem mało miarodajnych pomiarów (nadmiernie ogólnych, nietrafnych względem przedmiotu oceny, robionych niesystematycznie, o niskiej rzetelności itp.). O ile jednak wdrożeniowcy coraz powszechniej są świadomi potrzeby oceniania końcowych efektów działań (głównie ich skutków zdrowotnych), o tyle potrzeba bieżącego monitorowania przebiegu tych działań (wykraczającego poza sprawozdawczą ocenę zrealizowania przez wykonawców zadań wynikających z harmonogramu) nadal

jest marginalizowana. Ocenę zastępuje przekonanie, że wystarczy rozpocząć wdrożenie, a później „jakoś to będzie”, i że jego przebieg będzie (bo „powinien być”) zgodny z zamierzeniami animatora programu.

Obserwuje się także dążenie do przedstawiania jedynie tych danych, które można zinterpretować jako sukces. Sprawia to, że ukrywane są wyniki dające podstawę do ambiwalentnych ocen, zwłaszcza te, które mogą świadczyć o jakiegokolwiek porażce. Powszechne jest też oczekiwanie gotowych, standaryzowanych metod, a zwłaszcza narzędzi ewaluacyjnych (których, obiektywnie biorąc, z różnych powodów brakuje), czemu towarzyszy niechęć do systematycznego stosowania „szytych na miarę” i „miękkich” procedur badawczych.

Z nieco innych powodów pracodawcy, u których realizowane są programy prozdrowotne, nie stymulują ich animatorów do ewaluowania wdrożeń. Często jest to niska ranga, jaką przypisują promocji zdrowia na tle innych obszarów działania firmy, co sprawia, że nie widzą potrzeby podejmowania niejako „dodatkowych” działań ewaluacyjnych. Z kolei u innych menadżerów przyczyną bywa wiara w skuteczność promocji zdrowia i brak potrzeby jej potwierdzenia — oczekiwanie danych dokumentujących efekty pojawia się zazwyczaj tylko na etapie podejmowania decyzji o zaangażowaniu się firmy w działania wspierające zdrowie. Inne przyczyny to obawy przed wygenerowaniem lub ujawnieniem w procesie ewaluacji tych danych, które z jakichś powodów są przez pracodawców uznane za „wrażliwe” lub mogące zagrażać ich interesom. Także sam proces gromadzenia danych traktowany czasem bywa jako zaburzający funkcjonowanie firmy, obcy jej kulturze organizacyjnej, naruszający rutynę, utarte sposoby zarządzania itp., co z oczywistych względów może budzić opór.

CEL PRACY

Celem artykułu jest przedstawienie jednej z metod oraz narzędzia zastosowanych w ewaluacji procesu wdrażania siedliskowego programu promocji zdrowia, ukierunkowanego na problematykę zdrowia psychicznego w zakładach pracy. Program animowany jest wspólnie przez trzy wojewódzkie ośrodki medycyny pracy w województwie kujawsko-pomorskim i we współpracy z nimi realizowany w kilkudziesięciu zakładach pracy na tym terenie. Tłem dla prezentacji metodyki ewaluacyjnej w tym artykule jest omówienie organizacji i przebiegu tego programu oraz niektórych wyników uzyskanych dzięki zastosowaniu badania ewaluacyjnego. Przedstawiono też zdiagnozowane uwarunkowania

realizacji wdrożenia, a także wnioski i rekomendacje (oparte na doświadczeniach eksperckich), które dotyczą doskonalenia kontynuacji programu i wynikają z dokonanej oceny. W artykule podjęto również próbę ich uogólnienia, by mogły stać się wskazówkami dla realizatorów innych, podobnych programów.

Zarówno sama ewaluacja, jak i prezentacja jej efektów wynika z zapotrzebowania dwóch grup odbiorców. Pierwsza, która miała możliwość zapoznania się z przedstawianymi ustaleniami również bezpośrednio¹, to podmioty związane z omawianym programem — głównie osoby animujące i koordynujące go w województwie oraz liderzy działań realizowanych w poszczególnych zakładach pracy. Druga, znacznie szersza grupa — do której głównie adresowany jest ten artykuł — to ci, którzy chcą wykorzystać pomysły, metody działania i doświadczenia zdobyte przy okazji omawianego wdrożenia w innych, podobnych przedsięwzięciach. Pozwoli im to wzorować się na sprawdzonych rozwiązaniach, a przede wszystkim łatwiej unikać zidentyfikowanych przeszkód i błędów, zazwyczaj pojawiających się we wszystkich tego typu działaniach.

Prezentacja ustaleń z ewaluacji dotyczy głównie nie tyle zdrowotnych aspektów omawianego programu, ile społeczno-organizacyjnej otoczki interwencji. Oznacza to, że przedmiotem uwagi będzie przede wszystkim ocena niektórych elementów samego procesu wdrożenia oraz jego wybrane uwarunkowania. Zwrócić też trzeba uwagę, że to właśnie owe społeczne uwarunkowania realizacji programów prozdrowotnych w kluczowym stopniu decydują o ich powodzeniu lub niepowodzeniu, a więc w perspektywie — o prawdopodobieństwie osiągnięcia ich celów. Przedstawiany w artykule zakres ewaluacji programu odwołuje się do wcześniej przywołanego modelu humanistyczno-rozumiejącego. Oznacza to, że omawiana metoda i narzędzie wykorzystane zostały w programie nie tylko do dokonania jego oceny, ale przede wszystkim do ukierunkowania i doskonalenia samego wdrożenia, co w wymienionym modelu jest głównym uzasadnieniem prowadzenia ewaluacji.

OPIS PROGRAMU

Omawiany „Kujawsko-pomorski program promocji zdrowia psychicznego w miejscu pracy — profilaktyka wypalenia zawodowego” (8) finansowany jest ze środków

Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Po okresie przygotowań został zainicjowany jesienią 2009 r. na terenie działania trzech wojewódzkich ośrodków medycyny pracy — w Bydgoszczy, Toruniu i Włocławku. Realizowany był przez cały rok 2010 i kontynuowany w roku następnym. Koordynatorzy² zakładają jego przedłużenie na kolejne lata (z nadzieją wpisania go do wojewódzkiej strategii promocji zdrowia do roku 2016, jako programu wieloletniego).

Celem długofalowym (misją) programu jest znaczące zredukowanie w możliwie dużej liczbie zakładów pracy województwa kujawsko-pomorskiego ryzyka destrukcyjnego oddziaływania stresu na zdrowie personelu. Ten cel ma być osiąganym poprzez wzmocnienie zdolności poszczególnych pracowników, a także całych organizacji do radzenia sobie ze stresem, jego przyczynami oraz związanymi z nim problemami. Efektem oczekiwanym przy tej okazji jest ograniczenie częstości występowania i nasilenia problemów zdrowotnych wynikających z nadmiernego stresu, a także związana z tym poprawa funkcjonowania pracowników w ich rolach zawodowych (m.in. lepsze działanie w sytuacjach trudnych, zmniejszenie absencji, wzrost wydajności). Początkowo program zorientowany był głównie na rozpoznanie, przeciwdziałanie i rozwiązywanie problemu wypalenia zawodowego, natomiast już w trakcie jego realizacji rozszerzony został o ogół zagadnień związanych z występowaniem nadmiernego stresu w miejscu pracy³.

Program o tak szerokim zasięgu zorganizowany i realizowany jest — zgodnie z rekomendacjami Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera (IMP) — na dwóch powiązanych poziomach strukturalnych:

- województwa — przedsięwzięcia z tego poziomu zmierzają w dwóch uzupełniających się kierunkach. Jeden to tworzenie w województwie społeczno-instytucjonalnego wsparcia (m.in. budowanie sprzyjającego klimatu społecznego i przywództwa, pozyskanie

² Personalnie są to: w Bydgoszczy — Ewa Kaczanowska-Burker i Lucyna Wichrowska, w Toruniu — Krystyna Kurkowska i Wioletta Król, we Włocławku — Joanna Zaremba i Ewa Korejwo.

³ Według danych Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy co czwarta firma w Polsce zatrudniająca powyżej 50 pracowników deklarowała, że szkoliła swój personel w zakresie umiejętności radzenia sobie ze stresem, a prawie co trzecia, że wprowadziła różne zmiany w organizacji i zarządzaniu, żeby zredukować narażenie personelu na nadmierny stres. Dane pochodzą z sondaży przeprowadzonych metodą wywiadu kwestionariuszowego w roku 2006 (N = 600) i 2010 (N = 1000) w ogólnopolskiej reprezentacji średnich i dużych przedsiębiorstw. W roli respondentów występowały osoby reprezentujące zarząd lub dyrekcję badanych zakładów pracy.

¹ W czasie spotkań roboczych koordynatorów programu i w czasie dorocznego konferencji podsumowujących jego kolejne etapy (8).

środków finansowych, przygotowanie kadr, narzędzi działania, oferty usług) w rozwiązywaniu problemów i wzmacnianiu zdrowia psychicznego w środowisku pracy. Drugi to stymulowanie kadry zarządzającej firm z obszaru województwa (m.in. poprzez kampanie informacyjne, warsztaty dla menadżerów, konferencje, konsultacje) do działań związanych z opanowaniem stresu w ich organizacjach;

- poszczególnych zakładów pracy — obejmuje on zakładowe programy promocji zdrowia psychicznego (nazywane też programami zarządzania stresem, prewencji stresu bądź profilaktyki wypalenia zawodowego) (9), które przygotowywane i realizowane są w poszczególnych firmach — przy wsparciu, głównie merytorycznym, ze szczebla wojewódzkiego.

Funkcję łączników między tymi dwoma poziomami pełnią osoby występujące w rolach zakładowych liderów, reprezentujące zakłady pracy, które uczestniczą w programie. Zadaniem tych osób jest m.in. organizacja i koordynowanie wewnątrzzakładowego programu (w zakresie uzgodnionym z pracodawcą) oraz współpraca w tym zakresie ze strukturą wojewódzką (m.in. korzystanie z wypracowanych tam rozwiązań, oferowanych materiałów, narzędzi diagnostycznych, konsultacji oraz szkoleń, a także usług edukacyjno-pomocowych przygotowanych dla firm).

Do końca 2010 r. — bo tego okresu dotyczy artykuł — na szczeblu wojewódzkim zrealizowane zostały m.in. następujące działania:

1. Ukonstytuował się zespół koordynujący program oraz wspierająca go koalicja instytucjonalna — grupująca Urząd Marszałkowski, trzy wojewódzkie ośrodki medycyny pracy, lokalne struktury Państwowej Inspekcji Pracy oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, lokalne media, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy IMP w Łodzi.
2. Opracowane zostały materiały informacyjne (notatki prasowe, ulotki, plakaty) oraz przeprowadzona w lokalnych mediach kampania inaugurująca program, kontynuowana przez inne cykliczne działania adresowane do społeczności (m.in. regularne przekazy prasowe, radiowe i telewizyjne, stronę internetową programu, kolportaż ulotek).
3. W zakładach pracy województwa upowszechniono adresowaną do pracodawców specjalnie w tym celu opracowaną informację o zagrożeniach zdrowia psychicznego w środowisku pracy, jego konsekwencjach dla firmy i o przygotowanym programie, a także zaproszenie do uczestnictwa w nim.

4. Przeprowadzono cykliczne szkolenia dla liderów reprezentujących te organizacje, które wstępnie zgłosiły akces do programu (początkowo 96 firm). Omawiano w ich trakcie problemy zdrowia psychicznego w miejscu pracy oraz zasady opracowania i realizacji zakładowych programów promocji zdrowia psychicznego, a także przygotowano te osoby do roli lidera programu (pełnienia jego zadań zarówno w skali zakładu, jak i województwa).
5. W zakładach, które zgłosiły swój akces do programu, w oparciu o ankietę przeprowadzoną wśród pracowników, wykonano — głównie w celu budowania motywacji firm do uczestnictwa — diagnozę skali wybranych problemów relacji człowiek-praca w kontekście wypalenia zawodowego i zdrowia psychicznego (10), a następnie poinformowano firmy o dokonanych w jej ramach ustaleniach.
6. Opracowany został — w Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy — kwestionariusz dla organizacji uczestniczących w programie (służący do samooceny zarówno występujących problemów stresu, jak i działań podejmowanych w celu ich rozwiązania), a także algorytm jego wykorzystania jako narzędzia wdrożeniowego i ewaluacyjnego w skali zakładu pracy. Przekazane firmom kwestionariusze po wypełnieniu skopiowano i przesłano koordynatorowi wojewódzkiemu w celu opracowania zbiorczych wyników⁴.
7. W trzech wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy zostały utworzone zespoły edukacyjne (złożone z koordynatora i grupy psychologów), przygotowane do prowadzenia interaktywnych wykładów i warsztatów na temat stresu w zakładach pracy (dostosowanych do nieco odmiennych potrzeb dwóch grup: kadry zarządzającej i personelu firm); opracowany został algorytm realizacji tych szkoleń w skali województwa.
8. W każdym z zakładów podtrzymujących swoje uczestnictwo w programie (w połowie 2010 r. były to już tylko 32 firmy) odbyło się spotkanie szkoleniowo-motywacyjne dla kadry zarządzającej, prowadzone przez zespół edukacyjny. Poruszano na nim problematykę źródeł i biznesowych skutków stresu w miejscu pracy (również stresu związanego z rolą menadżera), a także skutecznych sposobów osobistego radzenia sobie z tymi problemami i zarządzania nimi w organizacji.

⁴ Działanie to i jego efekty są przedmiotem niniejszego artykułu.

9. Zakładom uczestniczącym w programie zaoferowano szkolenia dla pracowników na temat radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania konfliktów, a także warsztaty umiejętności interpersonalnych, przygotowane specjalnie przez psychologów z wojewódzkich ośrodków medycyny pracy (pod kątem głównych problemów występujących w danej organizacji, zdiagnozowanych za pomocą wspomnianego kwestionariusza samooceny firm). Z oferty szkoleń skorzystały wszystkie 32 firmy nadal uczestniczące w programie (w tym blisko 1/3 ogółu ich personelu).
10. Dla pracowników, którzy nie radzą sobie z problemami i chcą uzyskać pomoc psychologiczną, opracowano procedurę niestygmatyzującego korzystania z niej w ramach programu. Zorganizowano też indywidualne porady, realizowane na terenie wojewódzkich ośrodków medycyny pracy (z porad skorzystało ok. 50 osób).
11. Na bieżąco organizowane były konsultacje i coroczne konferencje dla liderów zakładowych programów, którzy chcieli korzystać z merytorycznego wsparcia koordynatorów, doświadczeń innych liderów lub dzielić się własnymi doświadczeniami wdrożeniowymi. Regularnie prowadzone były także konsultacje dla koordynatorów programu wojewódzkiego z ekspertami Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy IMP.
12. Przez cały czas prowadzono działania planistyczne i organizacyjne dotyczące zarządzania programem, w tym jego PR, „miękki” monitoring przebiegu i efektów oraz raportowanie (dla potrzeb sponsora).
Analizując drugi poziom wdrożenia programu, który obejmował poszczególne zakłady pracy, trzeba wskazać cztery podstawowe zadania, które, zgodnie z założeniami przyjętymi na szczecblu województwa, powinny zostać — choć nie zawsze były — zrealizowane w 2010 roku w każdej z uczestniczących w nim firm:
 1. Rzeczywiste i formalne ukonstytuowanie roli lidera promocji zdrowia wewnątrz organizacji (o różnym statusie w poszczególnych firmach, np. stanowiska, komórki w strukturze, dodatkowego zakresu zadań) oraz zespołu współpracującego z liderem przy realizacji zakładowego programu.
 2. Przeprowadzenie w zakładzie pracy (w oparciu o wspomniany kwestionariusz samooceny) wstępnej diagnozy głównych problemów dotyczących stresu w organizacji, a także planów, możliwości oraz uwarunkowań ich rozwiązania.
 3. Opracowanie i wewnętrzne zatwierdzenie (także formalne) zakładowego programu promocji zdro-

wia psychicznego, opartego na wyżej przywołanej diagnozie.

Koordynatorzy wojewódzcy sugerowali, aby program jednocześnie zawierał dwojakiego rodzaju interwencje, opracowane indywidualnie w każdej organizacji, w zależności od jej potrzeb, możliwości i innych uwarunkowań:

- dotyczące szeroko pojętego środowiska pracy — redukujące generatory stresu i wzmacniające potencjał dobrostanu,
 - skierowane do pracowników dla wzmocnienia ich osobistego potencjału, w tym umiejętności radzenia sobie z problemami zdrowia psychicznego,
4. Wdrożenie (w oparciu o ogólną metodologię programów promocji zdrowia w pracy) pierwszych działań wynikających z powyższego programu, zbudowanego wewnątrz każdej organizacji. Rekomendacja ze szczecbla wojewódzkiego sugerowała, żeby wśród tych wdrażanych działań — obok (ale nie zamiast) kluczowych i specyficznych dla danego zakładu interwencji środowiskowych — znalazły się szkolenia i warsztaty zaoferowane przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (bezpłatne dla firm). Firmy mogły oczywiście poszerzać swoją aktywność szkoleniową oraz zakres udzielanego wsparcia, ale już we własnym zakresie.

METODA I NARZĘDZIA EWALUACJI

Wiosną 2010 roku zakłady deklarujące uczestnictwo w programie otrzymały za pośrednictwem swych liderów kwestionariusz samooceny firmy, opracowany w Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy IMP. Kwestionariusz zawierał pytania, które pomagały opisać sytuację dotyczącą poczucia dyskomfortu i stresu w danym zakładzie pracy, w tym postrzeganych jego uwarunkowań i związanych z nim działań podejmowanych w organizacji. Przeznaczony był do wewnętrznej samooceny każdego zakładu z osobna, a także miał stać się elementem zbiorczej oceny wdrożenia programu na poziomie województwa.

W każdej firmie, przy koordynacji lidera, kwestionariusz miał być wypełniony przez zebraną w tym celu grupę osób, które reprezentowały kluczowe struktury organizacji (zarząd lub dyrekcję, kierownictwo średniego szczecbla, rady i organizacje pracownicze, działy odpowiedzialne za zdrowie i bezpieczeństwo pracy, medycynę pracy, zarządzanie zasobami ludzkimi, wizerunek publiczny itd.). Udzielone odpowiedzi powinny były wyrażać stanowiska, opinie oraz oceny uzgodnione

większością głosów przez reprezentantów firmy. Kopie wypełnionych kwestionariuszy, bez danych identyfikacyjnych firmy, w sposób zapewniający anonimowość miały zostać przesłane koordynatorom programu wojewódzkiego zgodnie z przyjętym w tym celu algorytmem.

Zawartość kwestionariusza

Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące kwestii kluczowych z punktu widzenia przygotowania zakładowego programu, ważnych także dla późniejszej oceny jego wdrożenia.

Pierwszy element omawianego narzędzia miał na celu (i wspomagał) określenie prawdopodobnych źródeł obniżonego samopoczucia oraz stresu, które występują w danej organizacji. W pytaniu zostały podane liczne przykłady takich czynników (wskazywanych w opracowaniach dotyczących stresu w pracy), pogrupowanych w kilka ogólnych kategorii. Wyróżnione grupy stresorów to:

- mała elastyczność organizacji i czasu pracy,
- wadliwy obieg informacji wewnątrz firmy,
- mało przyjazne otoczenie socjalne i warunki fizyczne,
- nieadekwatne do nakładów gratyfikacje i zniechęcające mechanizmy nagradzania za pracę,
- wymagająca specyfika roli zawodowej oraz charakter wykonywanych zadań,
- wadliwe relacje między współpracownikami oraz w stosunkach przełożony–podwładny.

Zadaniem respondentów było określenie kolejno przy każdej z tych kategorii, czy w zakładzie pracy występują czynniki podobne do wskazanych. Następnie, jeśli występują, opisanie zjawisk, które są przypuszczalnym źródłem dyskomfortu wśród personelu.

Kolejnym krokiem był wybór spośród wszystkich samodzielnie wskazanych potencjalnych stresorów trzech uznanych za problemy, których rozwiązanie w największym stopniu mogłoby (hipotetycznie) przyczynić się do zredukowania negatywnego stresu w organizacji. Następnym zadaniem było uszeregowanie tych trzech problemów pod względem przypisanego im znaczenia oraz ocena przy każdym z nich realnych możliwości ich rozwiązania w zakładzie pracy w ciągu najbliższych 2 lat (w kategoriach: duże, raczej niewielkie, brak możliwości).

Następnie respondenci opisywali potencjał lub „mocne strony” organizacji, które w ich ocenie mogą sprzyjać rozwiązaniu przedstawionych wcześniej kluczowych problemów. Podobnie jak przy początkowej identyfikacji stresorów, respondenci mogli posiłkować się podanymi w kwestionariuszu przykładami potencjałów organizacyjnych, pogrupowanych w kilka kategorii — zasoby personelu, kadra zarządzająca, struk-

tury organizacyjne, algorytmy i procedury działania, infrastruktury i możliwości techniczno-materialne, wizerunek i misja organizacji, dotychczasowa tradycja.

Dalszym zadaniem była identyfikacja przeszkód, „słabych stron” w zakładzie pracy, utrudniających rozwiązywanie wskazanych kluczowych problemów, a następnie określenie, w jaki sposób można byłoby przezwyciężyć poszczególne, zidentyfikowane bariery. Tutaj odpowiedzi celowo nie były już wspomagane przykładami.

Kolejne zagadnienie to ocena zainteresowania organizacji poziomem, przyczynami i skutkami stresu odczuwanego przez personel oraz kadre. Tu należało określić (w odpowiedzi na pytania otwarte), czy w minionych 2–3 latach prowadzone były w firmie jakiegokolwiek diagnozy tych zjawisk, co i jak badano lub oceniano, jakie ustalono podstawowe przyczyny stresu oraz jakie skutki zdiagnozowano. Pytano też, czy przy sporządzaniu charakterystyk stanowisk pracy lub ocenie ryzyka zawodowego bierze się pod uwagę narażenie na stres.

Następny blok pytań odnosił się do postulatów personelu dotyczących redukcji stresu, reakcji firmy na te postulaty oraz — w przypadku podjęcia oczekiwanych działań — ich społecznego odbioru. Tu należało określić, czy w minionych 2–3 latach pracownicy zgłaszały jakieś postulaty związane z tym problemem, czego one konkretnie dotyczyły, a także czy i jakie działania podjęto na rzecz spełnienia tych postulatów (i czy były one konsultowane z załogą). Dalej trzeba było wskazać działania, które spotkały się z dobrym przyjęciem pracowników i które uznano za nietrafione.

Osobne miejsce (głównie z uwagi na ofertę pochodzącą z wojewódzkiego szczebla programu) poświęcone zostało szkoleniom dotyczącym problemów stresu i radzenia sobie z nim. Należało tu określić, czy w kilku minionych latach personel zgłaszał potrzebę takich szkoleń, a jeżeli tak, to konkretnie jakich. Następnym krokiem było ustalenie, czy zakład pracy organizował dla kadry lub pracowników takie szkolenia — jeżeli tak, jak one zostały przyjęte, czy przyczyniły się do poprawy funkcjonowania organizacji i na czym polegała ta poprawa.

Ostatnim zagadnieniem było ustalenie działań dotyczących zdrowia psychicznego (stresu, samopoczucia), które planowane są do realizacji w zakładzie pracy przeprowadzającym autodiagnozę w okresie najbliższych 12 miesięcy.

Funkcje kwestionariusza

W całym wdrożeniu programu wypełnienie przywołanego kwestionariusza (miał on formę graficzną stymulującą do rozbudowanych odpowiedzi) miało

spełnić kilka funkcji — nie tylko poznawczych, ale także praktycznych. Na poziomie zakładu pracy były to 3 podstawowe zadania:

- Po pierwsze — diagnoza dokonana w oparciu o zadane pytania mogła być potraktowana jako ukazanie głównych potrzeb w zakresie sprofilowania działań prozdrowotnych. Ustalenia te miały pomóc zaplanować prozdrowotne przedsięwzięcia tak, żeby były one dobrze dostosowane zarówno do występujących problemów zdrowotnych, jak i sytuacji społeczno-organizacyjnej w firmie — zwłaszcza doświadczeń wynikających z wcześniej przeprowadzonych działań. Innymi słowy, diagnoza ta powinna ukierunkować planowanie zakładowego programu promocji zdrowia.
- Po drugie — odpowiedzi udzielane w momencie przystępowania firmy do programu umożliwiły ukierunkowane zgromadzenie informacji „na wejściu”, które w późniejszym etapie, po powtórnym dokonaniu diagnozy z użyciem tego narzędzia, mogą stanowić punkt odniesienia dla ogólnej oceny efektów zrealizowanych działań (zarówno w zakresie ograniczenia ryzyka czy poprawy komfortu psychicznego pracowników, jak i zwłaszcza różnych aspektów stosunku firmy do problemu stresu i wynikających z tego działań).
- Po trzecie — sama procedura wspólnego gromadzenia w zakładzie pracy powyższych informacji, ich omawiania, oceniania i wyciągania wniosków miała za zadanie uaktywnić w firmie myślenie o problemach stresu, zwrócić uwagę na potencjalnie stresogenne czynniki, motywować do prób zorganizowanego rozwiązywania problemów, uświadamiać potrzeby i możliwości działania, budować mechanizmy komunikacji i współpracy w tym obszarze, stymulować do przezwycięzania barier itd.

Z kolei na poziomie wojewódzkim dane uzyskane od ogółu organizacji służyć miały innym celom:

- Po pierwsze — przeprowadzenie w firmie samooceny (oraz wypełnienie kwestionariusza i przekazanie jego kopii) można było interpretować jako rzeczywisty, a nie tylko deklaracyjny jej akces do uczestnictwa w programie i jako rozpoczęcie jego przygotowania w danej organizacji.
- Po drugie — można było rozpoznać w skali województwa wyrażone potrzeby, preferencje i oczekiwania firm dotyczące działań redukujących ryzyko stresu, co mogło być pomocne w planowaniu kierunków dalszego wsparcia (zwłaszcza w zakresie szkoleń oferowanych zakładom pracy) ze strony programu wojewódzkiego.

- Po trzecie — możliwe było rozpoznanie skali występowania różnorodnych (społecznych i organizacyjnych) wewnętrznych uwarunkowań związanych z wdrażaniem działań prozdrowotnych w zakładach pracy, co może pomóc w planowaniu dalszych kierunków doskonalenia kompetencji liderów programu i ewentualnego wsparcia oferowanego kadrze menadżerskiej firm.
- Po czwarte — na podstawie sposobu udzielania i zapisywania odpowiedzi na pytania kwestionariusza — ich rzetelności, kompletności, spójności itd. — można było (czytając między wierszami) wnioskować o różnych aspektach stosunku firm (i reprezentujących je liderów) do programu, a na tej podstawie (co prawda z ograniczonym prawdopodobieństwem) prognozować jakość wdrożeń planowanych i realizowanych w zakładach pracy.
- Po piąte — możliwe stało się zgromadzenie danych użytecznych przy próbach formułowania uogólnionych wniosków i rekomendacji dotyczących wdrażania programów promocji zdrowia psychicznego w miejscu pracy, zorganizowanych zgodnie z przyjętą tu strukturą.

WYNIKI

Główne ustalenia w skali województwa

Prezentacja i interpretacja ustaleń dokonanych za pomocą kwestionariusza samooceny firm ma tutaj dwa aspekty. Pierwszy, potraktowany jako tło dla głównego celu artykułu, to ukazanie wybranych ustaleń na temat stresorów i działań związanych ze stresem w zakładach pracy, które zostały zdiagnozowane w momencie startu programu. Drugi, zasadniczy, odnosi się do społeczno-organizacyjnej strony przedsięwzięcia na poziomie województwa.

Wojewódzka skala ewaluacji opartej na samoocenie firm pozwoliła przede wszystkim zweryfikować liczbę organizacji uczestniczących w programie. Okazało się, że spośród 96 zakładów pracy pierwotnie deklarujących swój udział, a później (na początku 2010 roku) 78 potwierdzających swoje zainteresowanie, do etapu przeprowadzenia samooceny dotrwało 30. Tylko tyle organizacji zadeklarowało, że wykonało zadanie i tyle kopii wypełnionych kwestionariuszy dotarło (po monitach) do koordynatorów.

Dalej prezentowane ustalenia odnoszą się więc do tej grupy firm, która pozostała w programie⁵. Blis-

⁵ W późniejszym czasie, już po terminie ustalonym dla zakończenia procesu samooceny, do programu dołączyły kolejne 4 organizacje.

ko 1/4 z nich to branża oświatowa, 1/3 to administracja, a kolejne 38% to służba zdrowia i tylko 2 zakłady z innych sektorów (11).

Przed przystąpieniem do programu rzadziej niż co druga organizacja dokonująca samooceny uwzględniała narażenie na stres w charakterystykach stanowisk pracy lub ocenach ryzyka zawodowego. Tylko co dziesiąta firma przyznaje, że w minionych 2–3 latach próbowała diagnozować przyczyny lub skutki nadmiernego stresu. Zakres tych diagnoz był jednak ograniczony, bo w jednej organizacji przeprowadzono ankietę tylko wśród kadry zarządzającej, a w dwóch pozostałych prowadzono mało usystematyzowane indywidualne rozmowy z pracownikami. Wśród ustalonych wówczas skutków stresu odnotowano jedynie problemy indywidualnie doświadczane przez pracowników (takie jak zniecierpliwienie, migreny, potliwość rąk, zmęczenie), natomiast nie zauważano skutków dotyczących całej organizacji (chyba że zaliczyć tu odnotowaną niechęć personelu do pracy).

Mniej niż 2/3 organizacji przyznało, że w minionych kilku latach zrealizowało jakiegokolwiek działania, których celem było redukcja występującego u ich pracowników stresu i jego generatorów. Warto tu odnotować, o czym była mowa powyżej, że działania te nie opierały się na wcześniej dokonanej diagnozie jego źródeł bądź skutków. Pozytywnym zjawiskiem może być jednak, że co druga firma spośród podejmujących jakiegokolwiek interwencje konsultowała je (potrzebę, wybór, sposób przeprowadzenia itp.) ze swoimi pracownikami. Z innej strony połowa oznacza, że równie powszechne było także odgórne ustalanie działań ukierunkowanych na stres (co samo w sobie może stać się jego generatorem).

Interwencje w celu redukcji nadmiernego stresu, prowadzone jeszcze przed przystąpieniem do programu, najczęściej dotyczyły następujących problemów:

- dostosowania regulaminów, zakresów zadań, procedur bądź organizacji pracy do oczekiwań personelu;
- poprawy czystości, wygody, estetyki pomieszczeń i wyposażenia miejsc pracy;
- poprawy relacji i współpracy między pracownikami;
- organizacji zajęć sportowych lub rekreacyjnych.

Odnotowano też, że niektóre działania okazały się nietrafione (m.in. nieudane spotkania z przełożonymi oraz wyjazdy integracyjne, niefunkcjonalne usprawnienia obiegu informacji czy nieakceptowany kolor malowanych ścian).

O ile przedstawione wyżej ustalenia uznać można za remanent wcześniejszych działań, czy szerzej — niektórych aspektów traktowania problemów stresu w fir-

mach przed ich przystąpieniem do programu — o tyle kolejne wyniki dotyczą już oceny sytuacji aktualnej (czyli w czasie prowadzenia samooceny).

Wśród czynników mogących generować stres związany z pracą — diagnozowanych we wszystkich 30 organizacjach w momencie wypełniania kwestionariusza samooceny — najczęściej wymieniane były (przywoływane przez minimum 2/3 firm):

- narażenie na agresję ze strony klientów,
- praca z trudnym klientem,
- okresowe spiętrzenia pracy.

Następnie — obecne w blisko co drugiej organizacji:

- duża odpowiedzialność,
- silne zaangażowanie emocjonalne w pracę,
- niezycliwe relacje międzyludzkie,
- wynagrodzenia niewspółmierne do zaangażowania lub po prostu niskie,
- przeciążenie ilością pracy,
- niedogodne warunki lokalowe.

Nieco częściej niż w co trzeciej firmie wymieniano:

- pracę w nienormowanym rytmie,
- pracę wymagającą przerzucania się od jednych zadań do innych,
- rzadkie okazywanie przez przełożonych zadowolenia z pracy personelu,
- brak jasnych kryteriów nagradzania za pracę,
- wzajemną nieufność wśród personelu,
- niedostatek bądź złą jakość materiałów lub sprzętów związanych z pracą,
- brak lub zły stan wyposażenia pomieszczeń socjalnych i sanitarnych.

Gdy uwzględnimy nie tylko te najczęściej wymieniane (i ukazane wyżej) pojedyncze stresory, ale także ich szerokie grupy (obejmujące pominięte tu, rzadziej przywoływane czynniki stresu), to można powiedzieć, że dominującymi ogólnymi problemami — bo obecny niemal w każdej organizacji — są:

- obciążająca specyfika roli zawodowej,
- sposób realizacji zadań (często uwarunkowany sposobem zarządzania i zorganizowania pracy),
- złe relacje między współpracownikami i z przełożonymi,
- mało przyjazne warunki fizyczne (pomieszczenia, ich wyposażenie, stan higieniczny) w organizacji.

Gdy respondenci zostali poproszeni o podanie najistotniejszych czynników stresu w ich zakładzie pracy, najczęściej wymieniali także tego typu zjawiska.

Szanse opanowania głównych źródeł stresu występujących w organizacji badane firmy oceniają raczej pesymistycznie. Zapytane o możliwości rozwiązania tych

problemów, które uznały za główne (maks. 3 wskazania), zdecydowanie częściej deklarowały, że są one niewielkie, niż że są duże. Spośród 80 problemów (które przez ogół firm zostały wymienione w punktach od 1 do 3) 31% uzyskało ocenę wskazującą duże możliwości ich rozwiązania, natomiast szanse pozostałych 60% ocenione zostały jako niewielkie, a 9% jako nieistniejące. Powszechne było więc przewidywanie niskiej skuteczności potencjalnych działań na rzecz redukcji najważniejszych czynników stresu. Nie dało się przy tym dostrzec różnic w ocenie szans opanowania poszczególnych stresorów — te same czynniki (np. agresja klientów, specyfika roli zawodowej, relacje podwładny–przełożony) wskazywane były zarówno jako możliwe do skutecznego rozwiązania, jak i niemożliwe. Może to oznaczać, że poszczególne firmy różnią się swoimi możliwościami działania. Może też wskazywać, że problem tkwi nie tyle w obiektywnych możliwościach oddziaływania na stres, ile w sposobie myślenia o nim, jaki dominuje w danej organizacji.

Zadeklarowane plany zakładów pracy na najbliższy rok dotyczące redukcji ryzyka stresu obejmowały najczęściej (w 2/3 organizacji dokonujących autodiagnozy) realizację działań szkoleniowych — ukierunkowanych zwłaszcza na umiejętności związane z rolą zawodową (np. postępowanie z agresywnym pacjentem) oraz radzenie sobie ze stresem. Oprócz szkoleń planowano działania integrujące pracowników, zmierzające do poprawy relacji międzyludzkich oraz wspierające rekreację i aktywność fizyczną personelu. Zamierzenia dotyczyły także poprawy warunków higienicznych, lokalowych bądź innych czynników fizycznych wewnątrz organizacji, które wywołują dyskomfort wśród personelu.

O ile plany szkoleniowe okazują się zbieżne z informacjami o oczekiwaniach personelu przedstawionymi w kwestionariuszach, podobnie jak działania ukierunkowane na warunki fizycznego środowiska pracy, o tyle inne zaplanowane przedsięwzięcia nie zawsze są z nimi zgodne. W tym rozbieżnym obszarze personel najczęściej oczekuje rozwiązania problemu nadmiaru obowiązków zawodowych i zmian w zorganizowaniu pracy — co nie pojawia się w przedstawionych planach.

Jako swoją mocną stronę w dotychczasowych i planowanych działaniach związanych ze zdrowiem psychicznym najczęściej, bo w co drugiej organizacji, wskazuje się kadre doceniającą znaczenie problemów i zainteresowaną ich rozwiązaniem. W tym miejscu pojawiają się też sami pracownicy — zainteresowani problemem i chętni do współpracy. Podobnie często

przywoływane są możliwości wykorzystania istniejących lub możliwych do wprowadzenia procedur wewnętrznych, a także przekonanie, że działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego będą korzystne dla wizerunku i ogólnego funkcjonowania zakładu. Blisko co druga firma widzi możliwości zorganizowania w godzinach pracy szkoleń dla personelu na temat stresu zawodowego.

Wśród przeszkód i słabych stron dotyczących interwencji ukierunkowanych na redukcję stresu firmy najczęściej wymieniały: niedostatki wewnętrznego przepływu informacji, zaburzone relacje międzyludzkie (m.in. słaba współpraca, konflikty), ograniczone środki materialne i złe warunki lokalowe.

PODSUMOWANIE

Wdrożenie omawianej procedury ewaluacyjnej dało poszczególnym zakładom pracy bodziec do namysłu nad problemami stresu w ich organizacji, a także materiał do późniejszej wewnętrznej samooceny postępu w rozwiązywaniu tych problemów. Ujawniło też kilka kwestii istotnych dla doskonalenia dalszego zarządzania programem na szczeblu wojewódzkim. Głównie tym dwóm praktycznym celom miała służyć zaprezentowana tu ewaluacja.

Warto zwrócić uwagę na liczbę organizacji, które dokonały samooceny, czyli blisko 1/3 tych, które początkowo zadeklarowały swój udział w programie. Opierając się na innych doświadczeniach związanych z realizacją podobnych przedsięwzięć, a także odwołując się do tzw. prawa Pareto, wynik można ocenić jako satysfakcjonujący, bo znacznie przekraczający oczekiwane 20%.

Z kolei analiza sposobu i jakości wypełnienia kwestionariuszy (m.in. kompletności i rzetelności odpowiedzi) pozwala jednak na ostrożnie optymistyczną ocenę uczestnictwa. O ile w niektórych organizacjach samoocena została przeprowadzona w bardzo dogłębny i rozbudowany sposób, z uwzględnieniem różnorodnych punktów widzenia, o tyle w innych jej jakość pozostawia wiele do życzenia. Czasami wyraźnie widać, gdzie kwestionariusz nie został wypełniony zgodnie z zalecaną procedurą, czyli przez zespół powołany wewnątrz firmy, ale np. wspólnie przez liderów z kilku różnych zakładów. W niektórych przypadkach widać, że odpowiedzi udzielano wyrywkowo i powierzchownie, że zamiast przemyśleń na temat rzeczywistych problemów w organizacji przepisywane były przykłady zamieszczone w pytaniach kwestionariusza. Można też

dostrzec, gdzie samoocena stała się głównie okazją do wyładowania negatywnych emocji pod adresem pracodawcy, lub odwrotnie — gdzie kwestionariusz został wypełniony w sposób „politycznie poprawny”. Ogólnie można przyjąć, że blisko w co drugiej organizacji dokonującej samooceny ujawniono niską jakość ewaluacji problematyki zdrowia psychicznego. W takiej sytuacji można oszacować — bo trudno określić to precyzyjnie — że „zaangażowane” uczestnictwo pozostało na typowym, oczekiwanym poziomie, czyli nieco poniżej 20%.

W powyższym kontekście pojawia się kilka pytań, z których trzy wydają się najbardziej istotne. Pierwsze dotyczy przydatności zgromadzonych danych do późniejszej oceny efektów programu. Drugie odnosi się do przyczyn niskiego odsetka „zaangażowanego” uczestnictwa i możliwości jego poprawy. Trzecie to pytanie o kierunki możliwego doskonalenia programu, jakie wynikają z przeprowadzonego etapu ewaluacji.

Funkcją zastosowanego narzędzia nie był precyzyjny pomiar obiektywnego zjawiska stresu, ale ujawnienie sposobów postrzegania go w organizacjach, planów i przewidywań związanych z jego ograniczaniem, oceny dotychczasowych działań itd. Wypełnienie części kwestionariuszy w sposób sugerujący ograniczoną rzetelność jest więc ważną informacją dla wojewódzkich koordynatorów programu. Ukazuje nie tylko ogólną liczbę organizacji w jakimś zakresie identyfikujących się z programem (poprzez samo przeprowadzenie samooceny), ale także pokazuje zróżnicowany stopień tej identyfikacji oraz, mówiąc inaczej, zjawisko „zaangażowania pozornego” i przybliżony jego rozmiar. Ustalenie to jest niewątpliwie jednym z ważnych efektów przeprowadzonej ewaluacji — ukazuje w skali województwa stan i zarazem problem zróżnicowania uczestnictwa zakładów pracy na starcie programu. Stan ten można będzie porównać z sytuacją ustaloną w kolejnym pomiarze. Ważniejsze wydaje się jednak, że uwidocznione zjawisko to impuls dla koordynatorów do zaplanowania taktyki działań wobec ujawnionego problemu oraz, być może, do skorygowania ogólnej strategii programu.

Co do późniejszych możliwości porównania w skali województwa szczegółowych danych zgromadzonych obecnie z danymi uzyskanymi w powtórnym badaniu z użyciem tego samego narzędzia, należy niewątpliwie zachować ostrożność. Na ich podstawie można będzie ogólnie wnioskować, jak zmieniły się m.in. dominujące w zakładach pracy przekonania na temat możliwości zredukowania głównych stresorów oraz działania podejmowane w związku z problemem (np. czy częściej

prowadzone są oceny źródeł bądź skutków stresu, czy uwzględnia się narażenie na stres w charakterystykach stanowisk pracy, czy angażuje się personel do konsultowania działań antystresowych). Zmiany w tych obszarach są oczekiwanymi skutkami programu, więc można będzie ocenić, czy zmierza on w zaplanowanym kierunku. Trudno jednak będzie — z racji jakości danych wyjściowych — wykazać to precyzyjnie.

Nieco inaczej i lepiej jest na poziomie poszczególnych organizacji. Tam możliwe będzie bezpośrednio zestawienie odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza i ocena, co się zmieniło w określonym czasie w związku z wdrożeniem programu. W zakładach, które dokonały rzetelnej samooceny, możliwa będzie szczegółowa analiza przemian⁶. Z kolei w nieco mniej rzetelnych (jeżeli będą kontynuować uczestnictwo) możliwa będzie weryfikacja, czy zmianie uległo ich ogólne nastawienie do problemu. Byłoby to niewątpliwie sukcesem samo w sobie, jeżeli nastąpi wzrost zainteresowania.

Zastanowienia wymaga liczba kwestionariuszy, których sposób wypełnienia sugerować może nie w pełni rzetelną samoocenę. Być może w przypadku niektórych zakładów pracy jest to efekt osobistej postawy samego lidera odpowiedzialnego za realizację ewaluacji. Może też świadczyć o niskiej pozycji, jaką ma osoba (lub rola) lidera w danej organizacji, i jej małych możliwościach realizowania zadań wynikających z programu. Obie sytuacje, a zwłaszcza ta druga, wiążą się jednak ze stosunkiem, jaki do programu (lub wężej: samooceny oraz jej wyników, bądź szerzej: problemów zdrowia psychicznego personelu) ma kierownictwo/zarząd tej organizacji. Bez znaczącego (rzeczywistego, a nie tylko deklarowanego) zainteresowania pracodawcy problemem, jego poparcia dla idei programu i niekiedy stymulacji działań z nim związanych (także kwestii doboru zakładowego lidera, ustalenia jego kompetencji, regulacji jego działań oraz współpracy z nim) szanse prawidłowego wdrożenia interwencji prozdrowotnej w zakładzie pracy są raczej niewielkie.

Można więc zalecać, żeby jednym z kluczowych zadań na szczelbu wojewódzkim było wzmoczenie kształtowania wśród pracodawców i menadżerów postaw sprzyjających systematycznej redukcji narażenia personelu na stres w pracy. Sprzyjać temu może zintensy-

⁶ Można zakładać, że w organizacjach, które poważnie zaangażują się we wdrożenie zakładowych programów, zostaną także przeprowadzone bardziej precyzyjne pomiary samego zjawiska stresu (wypalenia zawodowego, zdrowia psychicznego), przy zastosowaniu dostępnych i przeznaczonych do tego celu, zweryfikowanych technik ilościowych (12–15).

fikowanie bezpośredniej komunikacji koordynatorów programu z pracodawcami, przy równoległej kontynuacji działań wzmacniających kompetencje i motywację liderów. Wydaje się przy tym, że powody niskiej aktywności części liderów oraz przyczyny niewielkiego zainteresowania części pracodawców wymagają bliższego rozpoznania. Pozwoli to precyzyjniej ukierunkować działania zaradcze. Możliwe, że przyczyną tego problemu jest np. nie tyle stosunek do zagadnień stresu i jego redukcji, ile wspomniane lekceważenie znaczenia i potrzeby rzetelnego prowadzenia ewaluacji.

Uwagę zwraca także struktura branżowa organizacji zaangażowanych w program (służba zdrowia, administracja, oświata). Poszukując przyczyn, można stawiać hipotezy, że pozostały w nim głównie te, którym z racji profilu działalności problemy zdrowia psychicznego (bądź tylko stresu lub wypalenia zawodowego) mogą wydawać się szczególnie dokuczliwe lub z innych powodów bliskie, albo te, w których — inaczej niż w większości przedsiębiorstwach — wdrażanie programów prozdrowotnych może być traktowane jako rzecz znana lub w inny sposób „normalna”, a nie jako obca lub zakłócająca ich funkcjonowanie, albo wreszcie te, które znajdują się pod nadzorem patrona i sponsora wojewódzkiego przedsięwzięcia (Urzędu Marszałkowskiego). O ile prawdziwość pierwszej lub drugiej hipotezy może okazać się atutem dla dalszych działań, o tyle gdy jedynym wytłumaczeniem pozostanie trzecia, niezbędna stanie się próba wykreowania u pracodawców dodatkowych mechanizmów motywacyjnych. Na strukturę branżową uczestników można spojrzeć też od innej strony i — przy założeniu jej niezmienności — planować w programie głównie takie działania, które będą adekwatne do zdiagnozowanego i zarazem spójnego pod wieloma względami profilu działalności tych organizacji, w tym do występujących w nich problemów, często także homogenicznych.

W tym miejscu ewaluacja skłania do rozważenia, czy kontynuować pierwotnie przyjętą strategię zmierzającą do angażowania w wojewódzki program możliwie największej liczby zakładów pracy, czy — pod wpływem obserwacji jego przebiegu i realnej oceny szans — zogniskować działania na węższej grupie, intensyfikując współpracę.

Na koniec, w oparciu o przedstawione wcześniej zbiorcze wyniki samooceny, można sformułować kilka zaleceń, które wydają się zasadne w przypadku większości organizacji, a dotyczą ukierunkowania działań podejmowanych w ramach zakładowych programów:

1. Potrzeba budowania uprawomocnionych zespołów (raczej stałych niż powoływanych *ad hoc*) — złożonych z przedstawicieli zarządu, kadry sektora zarządzania sprawami zdrowia oraz pracowników zainteresowanych rozwiązywaniem problemów stresu w tych wszystkich firmach, w których nie udało się jeszcze tego zrobić. Tu pojawia się też miejsce na potwierdzenie lub weryfikację personalnego przydziału roli zakładowego lidera programu. W pozostałych organizacjach, gdzie zespoły takie już funkcjonują, aktualna jest potrzeba stymulowania, wspierania i wzmacniania ich działań.
2. Wdrożenie zasady konsultowania z personelem tych działań, które podejmowane są w związku z ograniczeniem stresu — ważne jest przy tym dążenie do konstruktywnego, rzeczowego, a nie emocjonalnego charakteru owych konsultacji.
3. Integrowanie wszelkich działań dotyczących problematyki stresu w zakładzie pracy — jednocześnie niezamykanie ich wyłącznie w granicach programu, lecz włączenie do innych wewnętrznych polityk czy procedur postępowania w organizacji (np. oceny ryzyka, obiegu informacji).
4. Wzmacnianie wśród personelu (na początku zwłaszcza wśród animatorów zakładowego programu) poczucia możliwości i skuteczności działania — pomocne w tym może być uruchomienie różnorodnych wewnętrznych kanałów komunikacji w celu wspólnego poszukiwania możliwości i sposobów redukcji najważniejszych stresorów w organizacji.
5. Przy wdrażaniu zakładowych programów prowadzenie diagnozy natężenia, przyczyn i skutków stresu w danej organizacji — mogą być one choćby cząstkowe, ale muszą być rzetelne. Podejmowane działania powinny być dostosowane do ich wyników. Przy tej okazji warto też zgłosić postulat, żeby w firmach, które w mało rzetelny sposób przeprowadziły samoocenę, powtórzyć to zadanie zgodnie z zalecaną procedurą.
6. Eliminowanie lub ograniczanie czynników uznanych za słabe strony organizacji (m.in. wadliwy obieg informacji, zaburzone relacje interpersonalne), które jednocześnie uznawane są za istotne stresory, a zarazem znacząco utrudniają realizację wdrożenia — czynniki te zazwyczaj można ograniczyć, nie angażując w tym celu znaczących środków finansowych i materialnych.
7. Kompleksowe podejście do planowania zakładowych programów — można zaryzykować stwierdzenie, że prawie wszystkie diagnozowane w firmach

generatory stresu mogą być, obiektywnie rzecz ujmując, przedmiotem skutecznych interwencji służących redukcji ich negatywnego oddziaływania. Są to zarówno interwencje ukierunkowane bezpośrednio na stresor obecny w materialnym lub społeczno-organizacyjnym środowisku pracy (np. warunki sanitarne, sposób zorganizowania pracy, dostęp do informacji), jak i — zazwyczaj łatwiejsze do podjęcia — działania kształtujące wśród personelu konstruktywne umiejętności radzenia sobie z danym stresorem (np. z agresywnym klientem, spiętrzeniem zadań, poczuciem odpowiedzialności), nie mówiąc już oczywiście o rozwijaniu umiejętności zdrowego radzenia sobie z samą reakcją stresową. Te ostatnie kompetencje mogą być trenowane i wzmacniane w czasie oczekiwanych przez personel i dobrze przyjmowanych szkoleń, które w większości organizacji mogą być realizowane w godzinach pracy.

Wskazane w oparciu o wyniki samooceny rekomendacje dla firm okazują się w dużym stopniu zbieżne z ogólnymi zasadami wdrażania programów promocji zdrowia i prewencji stresu, które są wypracowane w oparciu o badania naukowe i doświadczenia praktyków przy okazji innych tego typu interwencji (9,16). Doświadczenia te sugerują też, że efektywna realizacja programu na szczeblu województwa wymaga m.in. szybkiego reagowania na wnioski wynikające z bieżącej ewaluacji przebiegu i uwarunkowań wdrożenia, prowadzonej zarówno w skali poszczególnych organizacji, jak i ich ogółu. Wymaga także, w celu optymalizacji całego projektu, gruntownej (wewnętrznej i zewnętrznej) analizy uwarunkowań i możliwości działania zespołu koordynującego program wojewódzki⁷. Wzmocnienie potencjałów tego zespołu oraz wyeliminowanie barier w jego działalności to kwestie należące do podstawowych czynników sukcesu całego programu, nie mniej istotnych niż wyżej omówione zagadnienia.

PIŚMIENNICTWO

1. Korporowicz L.: Rozumienie ewaluacji: historia, która ma przyszłość. W: Grzelak J.Ł., Sochocki M.J. [red.]. Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży. Wyd. Fundacji ETOH, Pracownia Profilaktyki Problemowej, Warszawa 2001, ss. 101–116
2. Potvin L., Haddad S., Frohlich K. L.: Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. W: Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., McQueen D.V., Potvin L., Springett J. i wsp. [red.]. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications. Europ. Series 2001;92:45–62
3. Van der Klink J.J.L., Blonk R.W.B., Schene A.H., van Dyke F.J.H.: The benefits of interventions for work-related stress. *Am. J. Publ. Health* 2001;91(2):270–276
4. Brzezińska A., Brzeziński J.: Metodologiczne problemy ewaluacji programów profilaktycznych stosowanych wobec młodzieży. W: Grzelak J.Ł., Sochocki M.J. [red.]. Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży. Wyd. Fundacji ETOH, Pracownia Profilaktyki Problemowej, Warszawa 2001, ss. 117–145
5. Puchalski K.: Metody sondażowe i miękkie dane w badaniach zbiorowości. W: Bzdęga J., Gębska-Kuczerowska A. [red.]. Epidemiologia w zdrowiu publicznym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, ss. 64–82
6. Pyżalski, J., Puchalski, K., Korzeniowska, E.: Promocja zdrowia psychicznego w zakładach pracy w Polsce. W: Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. [red.]. Promocja zdrowia psychicznego, badania i działania w Polsce. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008, ss. 33–51
7. Dugdill L., Springett J.: Evaluating health promotion programmes in the workplace. W: Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., McQueen D.V., Potvin L., Springett J. i wsp. [red.]. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications. Europ. Series 2001;92:285–308
8. Kujawsko-Pomorski Program Promocji Zdrowia Psychicznego w Miejscu Pracy. Profilaktyka Wypalenia Zawodowego [cytowany 10 września 2011]. Adres: <http://www.kp-zdrowie-psychiczne.pl>
9. Waszkowska M., Merecz D., Drabek M.: Programy prewencji stresu zawodowego — strategie, techniki, ocena skuteczności. Część II. Prewencja stresu zawodowego na poziomie organizacji, *Med. Pr.* 2010;61(2):191–204
10. Aouil B.: Raport z badań nad skalą wypalenia zawodowego w regionie kujawsko-pomorskim. Prezentacja PowerPoint [cytowany 10 września 2011]. Adres: <http://www.kp-zdrowie-psychiczne.pl/index.php?tresc=form>
11. Kaczanowska-Burker E., Kurkowska K., Zaremba J.: Kujawsko-Pomorski Program Promocji Zdrowia Psychicznego w Miejscu Pracy. Profilaktyka Wypalenia Zawodowego. Konferencja pt. „Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie — wyzwania dla edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia” [prezentacja, materiały niepublikowane]. 1–3 grudnia 2010 r., Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź

⁷ Zagadnienia te wykraczają poza ramy tematyczne niniejszego artykułu.

12. Dudek B., Waszkowska M., Merecz D., Hanke W.: Ochrona zdrowia pracowników przed skutkami stresu zawodowego. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2004
13. Widerszal-Bazyl M., Cieślak R.: Monitoring psychosocial stress at work: Development of the Psychosocial Working Conditions Questionnaire. *Int. J. Occup. Ergon.* 2000;Spec. Issue:59–70
14. Pyżalski J., Plichta P.: Kwestionariusz obciążeń zawodowych pedagoga. Wydawnictwo UŁ, Łódź 2007
15. Dudek B., Hauk M.: Krótka skala do mierzenia stresu w pracy (KSSP). *Med. Pr.* 2010;61(4):479–487
16. Puchalski K., Korzeniowska E.: Struktura, strategie i metodologia programu promocji zdrowia psychicznego nauczycieli. W: Pyżalski J., Merecz D. [red.]. *Psychospołeczne warunki pracy polskich nauczycieli. Pomiędzy wypaleniem zawodowym a zaangażowaniem.* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010, ss. 133–155