

Rozdział 8

Zarządzanie różnorodnością w kontekście zróżnicowania zasobów ludzkich ze względu na stopień uzależnienia od nikotyny

Małgorzata Striker, Katarzyna Wojtaszczyk

Różnorodność zasobów ludzkich organizacji wynika na przykład z różnic między członkami instytucji, zachodzących na gruncie tożsamości wtórnej człowieka. Na wymiary tej tożsamości człowiek ma wpływ i może je kształtować. Tożsamość wtórna zmienia się zatem w czasie wraz z przemianami w życiu i otoczeniu jednostki.

Tożsamość wtórna obejmuje szereg czynników, a jednym z nich jest styl życia (Borowska, Branka, 2010: 12; Lubas-Bartoszyńska, 2003: 141), czyli „zespół praktyk, które podejmuje jednostka, nie tylko dlatego, że są użyteczne, ale także dlatego, że nadają materialny kształt poszczególnym narracjom tożsamości” (Giddens, 2001: 113). Styl życia oznacza powtarzalne, codzienne zachowania (sposoby postępowania, aktywność życiową), które odróżniają daną jednostkę lub zbiorowość od innych. Na całość, jaką stanowi styl życia, składają się: zachowania ludzi zróżnicowane co do zakresu i formy, motywy podejmowania owych zachowań, a także pewne funkcje rzeczy będących rezultatami, celami bądź instrumentami owych działań (Siciński, 1976: 15; Siciński, 2002: 22–23).

Jedną ze zmiennych, które kształtują styl życia człowieka, są uzależnienia. Przyjmuje się, iż uzależnienie to stan przewlekłej choroby charakteryzujący się okresowymi stanami abstynencji i nawrotów. Uzależnienie, jeśli związane jest z konkretnymi czynnościami i gratyfikacjami, ma charakter niechemiczny. Do tego typu uzależnień zalicza się wszelkie nałogowe zachowania człowieka, wśród których najczęściej wymieniane są: patologiczny hazard, uzależnienie od jedzenia, pracy, komputera lub gier komputerowych, od Internetu, telefonu komórkowego, zakupów, od innego człowieka, tanoreksja czy uzależnienie od seksu (Kowalewska, Jędrzejko, 2009: 13).

W przypadku uzależnienia od substancji mówi się o uzależnieniu chemicznym. Charakteryzuje się ono zmianami zachowania i innymi reakcjami organizmu, do których należy konieczność przyjmowania danej substancji

w sposób ciągły lub okresowy w celu doświadczenia jej wpływu na psychikę lub uniknięcia przykrych objawów towarzyszących brakowi substancji (Zajączkowski, 2003: 39–40). Jako uzależnienia chemiczne klasyfikowane są: alkoholizm, lekomania, przyjmowanie dopalaczy, sterydomania, narkomania i nikotynizm (Jędrzejko, Kowalewska, 2010: 14).

Istota uzależnienia od nikotyny

Nikotynizm to uzależnienie od palenia papierosów lub używania tytoniu w innej formie. Nikotynizm, obok alkoholizmu, narkomanii i lekomanii, jest jedną z form toksykomanii, czyli uzależnienia od substancji toksycznej (Jędrzejko, Kowalewska, 2009: 42). Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia nikotynizm to zespół objawów behawioralnych, fizjologicznych oraz zmian procesów poznawczych, które pojawiają się w toku wielokrotnego używania środka.

Nikotynizm wywołany jest przez dwa wzajemnie oddziałujące na siebie uzależnienia: uzależnienie farmakologiczne i uzależnienie behawioralne (psychiczne). Substancją prowadzącą do uzależnienia biologicznego jest nikotyna. Uzależnienie farmakologiczne związane jest z koniecznością utrzymania odpowiednich stężeń nikotyny w surowicy krwi. Uzależnienie behawioralne jest złożone i zależy od czynników psychologicznych, środowiskowych, kulturowych i społecznych. Polega ono na kompulsywnym przyjmowaniu nikotyny i powtarzaniu związanych z tym nawykowych czynności w celu osiągnięcia przyjemności lub uniknięcia złego samopoczucia z powodu jej braku (Samochowiec i wsp., 2001: 324; *Konsensus...*, 2008: 4).

Zespół uzależnienia od tytoniu uznany jest za postępującą, przewlekłą i nawracającą chorobę, wymagającą rozpoznania, rzetelnej diagnozy i leczenia (*Konsensus...*, 2008: 3). Zespół ten charakteryzuje się (Samochowiec i wsp., 2001: 325):

- 1) silną potrzebą przyjmowania nikotyny,
 - 1) trudnościami kontrolowania tego zachowania,
 - 2) uporczywym używaniem tytoniu wbrew szkodliwym następstwom,
 - 3) przedkładaniem przyjmowania nikotyny ponad inne zajęcia i zobowiązania,
 - 4) zwiększoną tolerancją (potrzebą zażycia coraz większej dawki substancji, w celu osiągnięcia podobnego stanu co wcześniej/coraz słabszym efektem działania dotychczasowej dawki substancji),
 - 5) występowaniem objawów zespołu abstynencyjnego.

Zaprzestanie palenia to złożony, wieloetapowy proces, do którego należy dostosowywać sposoby leczenia. W leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu stosuje się metody diagnostyczne i terapeutyczne o naukowo potwierdzonej skuteczności.

Zgodnie z szacunkami WHO w ubiegłym wieku palenie tytoniu było przyczyną śmierci 100 milionów osób, a w XXI wieku liczba ofiar nikotynizmu może wzrosnąć do miliarda (*Światowa epidemia...*, 2009).

Obecnie na świecie pali około 1,2 miliarda ludzi, czyli jedna trzecia ludności powyżej 15. roku życia (Korzyścin, Markwitz, 2014: 5). Między poszczególnymi państwami występuje dość znaczne zróżnicowanie pod względem częstości palenia oraz proporcji między palącymi mężczyznami i kobietami. Odmienne są też dane dotyczące zmian liczby palących w czasie. Z tego punktu widzenia w Europie wyróżnić można trzy grupy państw (Kaleta i wsp., 2013: 368–369). Pierwszą stanowią kraje skandynawskie i państwa Europy Zachodniej, które charakteryzują się niskim i stale malejącym odsetkiem palących oraz małym zróżnicowaniem palaczy ze względu na płeć. Drugą grupą są kraje Europy Centralnej i Południowej, w których częstość palenia jest stosunkowo wysoka, utrzymuje się na względnie stałym poziomie, a mężczyźni palą częściej niż kobiety. Trzecią grupą są kraje Europy Wschodniej z najwyższym odsetkiem palących oraz utrzymującą się tendencją rosnącą częstości palenia, zwłaszcza wśród kobiet.

W Polsce pali ponad 30% dorosłej populacji, co stanowi około 9 mln ludzi. Wyniki przeprowadzonych w 2007 roku ogólnopolskich badań ankietowych pokazują, że odsetek codziennie palących mężczyzn wynosi 34%, a kobiet 23% (*Stan zagrożenia...*, 2009: 9). Największy odsetek uzależnionych stanowią osoby w wieku 20–39 lat – około 35% wszystkich palących Polaków (Szpringer, Makowska, Olędzka, 2016: 44). Od trzech dekad obserwuje się w kraju stopniowe ograniczenie palenia tytoniu, jednak w ostatnich latach zmniejszyło się tempo spadku częstości palenia u mężczyzn oraz nastąpiło zahamowanie trendu spadkowego u młodych dorosłych kobiet (*Stan zagrożenia...*, 2009: 9). Z kolei badania prowadzone wśród osób czynnych zawodowo¹ pokazują, że w tej grupie odsetek palących regularnie jest wyższy niż w całej populacji dorosłych (37,3% mężczyzn i 28,2% kobiet czynnych zawodowo). Dodatkowo podkreśla się, że po początkowym spadku, obserwowanym na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku, od dwudziestu lat częstość palenia przez osoby pracujące pozostaje na względnie stałym poziomie (Kaleta i wsp., 2013: 368).

¹ Badania GATS (Global Adult Tobacco Survey) zostały przeprowadzone w Polsce w latach 2009–2010.

Rezultaty badań empirycznych wskazują ponadto, że 46% palaczy pali w miejscu pracy, co powoduje z kolei, iż niemal 30% osób niepalących narażonych jest na bierny kontakt z dymem papierosowym (Kuźmicka i wsp., 2013: 44).

Palenie/niepalenie papierosów a różnice osobowościowe

Jak dotąd rozpoznano przynajmniej kilka czynników sprzyjających uzależnieniu się od nikotyny. Choć podstawowe znaczenie ma tu ekspozycja na nikotyne – zarówno czas ekspozycji, jak i ilość substancji aktywnej (Bidzan, 2013: 144), to „wykazano, że czynniki genetyczne wpływają w około 50% na rozpoczęcie palenia, a w 70% na utrwalanie się nałogu” (Siemińska, 2005: 69). Z determinantami genetycznymi korespondują predyspozycje osobowościowe jednostki, co oznacza, że cechy osobowości człowieka mogą być traktowane jako predyktory palenia papierosów (Fronczyk, 2004: 45).

Przegląd rezultatów badań psychologicznych dotyczących związków między czynnikami osobowości a zachowaniami osób uzależnionych od tytoniu, dowodzi, że (Bętkowska-Korpała i wsp., 2009: 58):

- 1) palący papierosy są bardziej ekstrawertyczni, zewnętrze zorientowani, okazują więcej antysocjalnych tendencji (brak ugodowości) oraz charakteryzują się słabszym zdrowiem psychicznym;
- 2) osoby palące osiągają wyższe wyniki w poziomie neurotyzmu i impulsywności, a niższe w ugodowości i sumienności;
- 3) osoby z wysokim poziomem neurotyzmu palą, aby zredukować napięcie i niepokój, podczas gdy osoby z wysokim poziomem ekstrawersji sięgają po papierosy w celu stymulacji.

Analizy wyników badań zrealizowanych przez A.A. Terracciano i P.T. Costę (2004: 472–481) dowodzą także (w odniesieniu do modelu Wielkiej Piątki) różnic między osobowością nigdy niepalących, byłych palaczy oraz osób aktualnie palących. Różnice dotyczą dwóch czynników: neurotyzmu oraz sumienności. W przypadku neurotyczności różnice mają związek głównie z poziomem impulsywności (najniższy poziom u niepalących, najwyższy u aktualnie palących), a w przypadku sumienności z obowiązkowością oraz dążeniem do osiągnięć (najwyższy poziom obu zmiennych odnotowano u osób niepalących, najniższe dotyczyły obecnie palących).

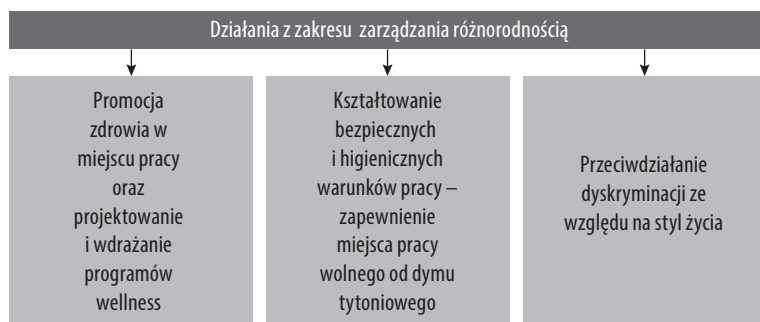
Przedstawione powyżej wyniki badań można uzupełnić o rezultaty analiz dotyczących związku palenia papierosów z cechami pokrewnymi czynnikom osobowości Wielkiej Piątki. Warto między innymi zwrócić uwagę na potwierdzony związek palenia ze schizotypią oraz wrogością (Fronczyk, 2004: 48, 51).

Pałacy i niepałacy członkowie organizacji – konsekwencje dla zarządzania różnorodnością

Palenie tytoniu oraz narażenie na środowiskowy dym tytoniowy (palenie bierne) wywołują poważne konsekwencje zdrowotne, wśród których wymienia się wzrost zachorowania na nowotwory złośliwe, choroby układu oddechowego czy układu krążenia (Kaleta i wsp., 2013: 360). Rezultatami palenia tytoniu (zarówno czynnego, jak i biernego) może więc być pogorszenie wyników pracy, wzrost absencji chorobowej, obniżenie poziomu kwalifikacji oraz ryzyko trwałej niezdolności do pracy (*Instituting...*, 2012: 5). Miejsce pracy stanowi ważny obszar wdrażania programów, które mają na celu zapobieganie przewlekłym chorobom niezakaźnym wywołanym paleniem. Działania podejmowane w tym zakresie dotyczą poprawy warunków pracy przez całkowite uwolnienie miejsc pracy od dymu tytoniowego oraz zmniejszenia wśród pracowników odsetka osób pałących.

Podkreśla się, że podejmowanie kroków zmierzających do ograniczenia palenia w społeczeństwie jest działaniem pożądanym i uzasadnionym z punktu widzenia polityki zdrowia publicznego (*Equality...*, 2007: 49). Zdaniem K. Puchalskiego i E. Korzeniowskiej (2009: 440) jednym z najlepszych miejsc do prowadzenia tego typu działań są zakłady pracy – przez to, że regularnie gromadzą w jednym miejscu przez dłuższy czas stosunkowo liczne grupy osób, które mogą być poddane kontroli przez określanie wobec nich wymagań i stosowanie procedur organizacyjnych.

Niejednolitość zasobów ludzkich organizacji w kontekście uzależnienia lub nie od palenia papierosów implikuje konieczność podejmowania przez kierownictwo szeregu decyzji mieszczących się w sferze zarządzania różnorodnością i dotyczących przynajmniej trzech obszarów działania (rysunek 1).



Rysunek 1. Działania z zakresu zarządzania istotne z punktu widzenia zarządzania zasobami ludzkimi zróżnicowanymi ze względu na stopień uzależnienia od nikotyny

Źródło: opracowanie własne.

Przyjmując, że palenie/niepalenie papierosów jest zmienną kształtującą styl życia człowieka, który w zależności od występowania/niewystępowania uzależnień określić można jako zdrowy bądź niezdrowy, rolą pracodawcy jest pomoc osobom uzależnionym w walce z nałogiem oraz jednoczesna ochrona niepalących przed szkodliwością dymu tytoniowego. Inicjatywy tego typu zaliczane są do działań charakterystycznych dla promocji zdrowia w miejscu pracy oraz projektowania i wdrażania programów wellness (Sharma, 2009: 139), których zasadniczym celem jest kształtowanie optymalnego stanu zdrowia jednostek w wymiarze fizycznym, społecznym, emocjonalnym, intelektualnym i duchowym (Wojtyła i wsp., 2012: 490–497).

Promowanie zdrowia w miejscu pracy lub idei wellness w odniesieniu do osób palących papierosy polega między innymi na ogólnym zachęcaniu do poprawy stylu życia przez uświadamianie szkodliwości palenia tytoniu. Pracodawca, mając na uwadze rolę rozpoznania stopnia uzależnienia w procesie leczenia z nałogu, może także wspierać działania diagnostyczne. Innym ważnym zagadnieniem w przypadku rzucenia nałogu jest przygotowanie współpracowników byłego palacza na jego zachowania wynikające z „odstawienia” nikotyny. Efektami ubocznymi odstawienia papierosów, które mogą negatywnie wpływać na relacje interpersonalne w miejscu pracy, są między innymi rozdrażnienie i wybuchy gniewu (Szpringer, Makowska, Olędzka, 2016: 48).

W zakresie wprowadzania programów promocji zdrowia ograniczających palenie papierosów ważne jest też zwrócenie uwagi na jeden z kluczowych czynników zwiększających prawdopodobieństwo palenia przez pracowników, jakim jest stres. Zwiększony poziom stresu powoduje, że pracownicy częściej sięgają po używki, co jest dla tych osób sposobem walki ze stresem (Tucker, 2006). Pracodawcy z jednej strony powinni zatem skoncentrować swoje wysiłki na ograniczaniu stresu w miejscu pracy, a z drugiej w proponowanych pracownikom programach zdrowotnych zadbać o wykształcenie „zdrowszych” sposobów radzenia sobie z nim.

Jednocześnie organizacja musi dbać o ochronę praw niepalących. Szczególną rolę odgrywa tu respektowanie zakazu palenia w miejscu pracy. Rosnąca świadomość skutków ekonomicznych i społecznych palenia tytoniu sprawia, że na całym świecie coraz powszechniej wprowadzany jest zakaz palenia w miejscach publicznych i zakładach pracy (Håkansta, 2004: 36). W Polsce kwestia ta regulowana jest Ustawą z dnia 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 1996 r. Nr 10, poz.55 ze zm.). Zgodnie z nią od 2010 roku w kraju istnieje całkowity zakaz palenia w miejscach publicznych. Ustawa przewiduje

jednak możliwość niewprowadzania zakazu palenia w niektórych miejscach pracy lub wydzielenia w nich miejsc, gdzie palenie jest dozwolone. Wyniki przytaczanych wcześniej analiz GATS (Kaleta i wsp., 2013: 369), wskazują, że w Polsce w około połowie miejsc pracy nie wprowadzono całkowitego zakazu palenia i zorganizowano palarnie. Warto też zaznaczyć, że część badanych wskazywała, że w ich miejscu pracy palenie dozwolone jest wszędzie (13,4% mężczyzn i 5,2% kobiet) lub też nie są określone żadne zasady dotyczące palenia (7,3% mężczyzn i 2,1% kobiet).

Analizy prowadzone w Polsce w 2014 roku, w ramach szóstej edycji międzynarodowego badania dotyczącego promocji zdrowia i jakości środowiska pracy, dowodzą, iż walka z nałogiem palenia stanowi istotny obszar zainteresowania rodzimych pracodawców. Na podstawie rezultatów tego badania stwierdzić można, że (*Working...*, 2014: 12): 43% badanych pracodawców organizuje szkolenia (w formach tradycyjnych lub coachingowych) mające na celu zaprzestanie palenia, 48% organizacji oferuje wsparcie środowiskowe w postaci zakazu palenia w miejscu pracy. K. Puchalski i E. Korzeniowska (2016: 611–613) zwracają jednak uwagę, że o ile pracodawcy dość chętnie włączają się w działania informacyjno-edukacyjne dla pracowników oraz stosują regulacje dotyczące palenia tytoniu w miejscu pracy, to nie gromadzą informacji pozwalających na ocenę skuteczności podejmowanych działań: nie wiedzą, ilu w ich organizacjach jest pracowników palących tytoń, jak ta liczba zmienia się w czasie i jak palenie tytoniu wpływa na działalność organizacji. Trudno więc mówić o świadomym podejmowaniu przez pracodawców działań zarządczych w badanym zakresie.

Zachęcanie pracodawców do podejmowania działań związanych z ograniczaniem palenia wśród pracowników wiąże się z przedstawieniem im wyników badań dotyczących skutków uzależnienia od papierosów. Na przykład w kampanii skierowanej do kierowników wskazano na cztery potencjalne źródła zwiększonych kosztów związanych z paleniem papierosów przez pracowników (tabela 1). Jednocześnie podkreślano, że opisanych problemów nie rozwiąże wyznaczenie miejsc do palenia i wprowadzenie zakazu palenia poza nimi. Skuteczne jest całkowite wyeliminowanie nałogu.

Wzrost świadomości wśród pracodawców dotyczącej potencjalnych kosztów ponoszonych z tytułu zatrudnianiem osób palących może zachęcać ich do wykorzystania łatwiejszego sposobu rozwiązania problemu nikotyny w miejscu pracy – niezatrudniania osób palących. W takiej sytuacji palenie papierosów staje się w niektórych przypadkach jednym z kryteriów w procesie selekcji kandydatów do pracy i podejmowania decyzji o dalszym zatrudnieniu (*No smoking?...*, 2011: 22)

Tabela 1. Przykładowe argumenty zachęcające pracodawców do wprowadzania programów ograniczania palenia w miejscu pracy

Źródła wyższych kosztów ponoszonych przez pracodawców w związku z nałogowym paleniem papierosów przez załogę:
Zwiększenie absencji chorobowej – wśród palaczy absencja chorobowa rośnie o 30–50% w porównaniu do pracowników niepalących.
Skrócenie efektywnego czasu pracy wynikające z tzw. przerw na papierosa – pięciominutowe przerwy jednego pracownika wypalającego 6 papierosów dziennie w czasie pracy to 10 godzin w skali miesiąca.
Nasilenie się zjawiska nieefektywnej obecności w pracy – obniżenie wydajności z powodu odczuwania dolegliwości spowodowanych paleniem papierosów.
Zwiększenie zagrożenia pożarowego, wzrost kosztów ochrony przeciwpożarowej i kosztów remontów pomieszczeń.

Źródło: opracowanie własne na podstawie http://alkoholizm.eu/pub/palenie_w_pracy.pdf
[dostęp: 2.03.2016].

Przedstawiciele Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) podkreślają jednak, że działania prewencyjne związane ze szkodliwością palenia przez pracowników organizacji nie mogą stać w sprzeczności z przepisami zakazującymi dyskryminacji w miejscu pracy. Zgodnie z raportem tej organizacji (*Equality...*, 2007: 49) w ciągu ostatnich lat pojawiają się bowiem „nowe” kryteria niesprawiedliwego traktowania, związane z szeroko rozumianym niezdrowym stylem życia, które stosowane są w procesach oceny kandydatów do pracy oraz osób już zatrudnionych.

Styl życia człowieka nie może stanowić kryterium ewaluacji aplikanta czy pracownika. Praktycznie bowiem każdy wybór stylu życia, na przykład zamiłowanie do szybkiej jazdy samochodem, wiązać się może z konsekwencjami dla zdrowia człowieka. Powstaje zatem pytanie, gdzie przebiega granica między tym, co potencjalny lub aktualny pracodawca może sprawdzać i regulować, a działaniami organizacji, które ograniczają swobodę pracowników związaną z życiem według własnego wyboru (*Equality...*, 2007: 49).

Odpowiedź na powyższe pytanie nie jest oczywista. Przykłady ze Stanów Zjednoczonych pokazują, że w praktyce stosowane są różnorakie rozwiązania dotyczące palących pracowników. Część pracodawców wprowadza zatem niekorzystne, z punktu widzenia osób uzależnionych od nikotyny, procedury, zgodnie z którymi nie zatrudnia się byłych lub aktualnych palaczy lub zobowiązuje się ich do opłacania wyższych składek na ubezpieczenia zdrowotne. Z drugiej strony, w odpowiedzi na antynikotynowe praktyki pracodawców, niektóre stany USA uchwaliły przepisy zakazujące dyskryminacji palaczy w oparciu o kryterium ich stylu życia (*Equality...*, 2007: 49). Zwraca się uwagę, że uzależnienie od nikotyny jest w porównaniu do innych „niezdrowych” zachowań jednym z najłatwiejszych do wykrycia przez pracodawcę (zwłaszcza ze względu na charakterystyczny i trudny do zamaskowania zapach).

W raporcie MOP podkreśla się, że podstawą stosowania zasady niedyskryminacji i równości w pracy jest to, że wszystkie decyzje personalne są oparte na ocenie zdolności danej osoby do wykonywania pracy, a nie na potencjalnych czynnikach zwiększających ryzyko wystąpienia określonych zachowań. Jeśli palenie tytoniu poza godzinami pracy wpływa na realizację zadań związanych z pracą, może stanowić uzasadnioną podstawę do zwolnienia. Również łamanie regulaminu dotyczącego zakazu palenia w miejscu pracy i przez to narażanie innych na kontakt z dymem nikotynowym lub stwarzanie zagrożenia pożarowego jest uzasadnioną, zdaniem ekspertów MOP, przesłanką rozwiązania umowy o pracę. Z drugiej strony branie pod uwagę w decyzjach personalnych (np. dotyczących przyjmowania, zwalniania, awansowania) samego faktu palenia może prowadzić do dyskryminacji palącego i nieuprawnionej ingerencji pracodawcy w życie prywatne (*Equality...*, 2007: 50). Społeczne przyzwolenie na takie działania, w imię walki z nałogiem, tolerowanie dyskryminacji palaczy może otworzyć drzwi do innych rodzajów niesprawiedliwego traktowania, na przykład ze względu na sposób odżywiania się, spędzania wolnego czasu, uprawiane hobby.

Rozwiązania antydyskryminacyjne, choć niemające mocy prawnej, przyjmowane są także przez europejskie organizacje – sygnatariuszy *Karty różnorodności*. Pracodawcy, przystępując do projektu i „mając na uwadze poszanowanie dla różnorodnego, wielokulturowego społeczeństwa oraz kładąc szczególny nacisk na politykę równego traktowania ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, stan zdrowia, rasę, narodowość, pochodzenie etniczne, religię, wyznanie, bezwyznaniowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, orientację psychoseksualną, tożsamość płciową, status rodzinny, styl życia, formę, zakres i podstawę zatrudnienia, inny typ współpracy oraz inne przesłanki narażone na zachowania dyskryminacyjne” (*Karta różnorodności*), zobowiązują się do wdrażania zasad zarządzania różnorodnością i polityki równego traktowania oraz ich promowania i upowszechniania wśród wszystkich interesariuszy organizacji.

Również w Polsce specjaliści z zakresu medycyny podkreślają, że: „interwencje dotyczące palenia tytoniu nie są żadną formą walki z nim [...] Wspierają firmę w wyborze i wdrażaniu rozwiązań, które chronią niepalących, sprzyjają ograniczeniu palenia, a jednocześnie nie są skierowane przeciwko palącym pracownikom” (Puchalski, Korzeniowska, 2016: 607).

Innym aspektem zarządzania różnorodnością w kontekście palenia lub niepalenia papierosów przez zatrudnionych mogą być działania organizacji nastawione na dostosowywanie zadań i obowiązków zawodowych do predyspozycji osobowościowych pracownika. Efekty pracy człowieka zależą bowiem

nie tylko od czynników obiektywnych, takich jak wyposażenie stanowiska czy organizacja pracy, lecz również od czynników subiektywnych, do których zalicza się osobowość pracownika. Biorąc pod uwagę doniesienia psychologów o różnicach w osobowości osób uzależnionych od nikotyny i tych, które nie sięgają po papierosy, postulować można (o ile to możliwe) powierzanie palaczom zadań, których realizacja przebiega w miarę stabilnych warunkach, w których podwyższony poziom neurotyczności nie będzie powodował nadmiernych stanów lękowych. Warto także, by pracodawcy mieli na uwadze, że osoby uzależnione od nikotyny, w porównaniu z niepalącymi, mogą mieć problemy z nawiązywaniem i utrzymywaniem zróżnicowanych kontaktów interpersonalnych.

Podsumowanie

Zarządzanie różnorodnością, oparte na poszanowaniu odmiennych stylów życia członków organizacji, niewątpliwie powinno wiązać się z zarządzaniem przez wartości. Współcześnie bowiem podkreśla się konieczność uwzględniania w działalności organizacji wartości innych niż tylko ekonomiczne (Lachowski, 2011: 236), a część z nich (np. równość czy jakość życia) zajmuje poczesne miejsce w hierarchii wartości większości ludzi. K. Puchalski i E. Korzeniowska (2016: 607) używają pojęcia zarządzania zdrowiem (lub szczegółowym problemem, np. zarządzania paleniem), które nie jest tylko organizowaniem akcji profilaktycznych, ale planowym, długookresowym, zracjonalizowanym procesem opartym na konkretnych działaniach, konsekwentnie realizowanych zgodnie z przyjętymi założeniami i stale monitorowanych (Puchalski, Korzeniowska, 2016: 607).

Zróżnicowanie zasobów ludzkich ze względu na stopień uzależnienia od nikotyny stawia przed pracodawcami konkretne wyzwania z zakresu zarządzania. Mają oni obowiązek chronić swoich pracowników przed narażeniem na dym tytoniowy – zapewnić miejsce pracy wolne od dymu tytoniowego oraz wspierać tych, którzy chcą zerwać z nałogiem. Istotnie jest również podejmowanie działań, które prowadziłyby do lepszego zrozumienia wprowadzanych rozwiązań i zmniejszały napięcia między palącymi i niepalącymi pracownikami przy jednoczesnym wyeliminowaniu dyskryminacji związanej z paleniem bądź niepaleniem.

Bibliografia

- Bętkowska-Korpała B., Olszewska K., Gierowski J.K., Ryniak J., Zawadzka B., Jankowski P., Kawecka-Jaszcz K. (2009), *Obraz psychologicznego funkcjonowania osób uzależnionych od tytoniu – badania własne*, „Psychoterapia”, nr 2(149).
- Bidzan L. (2013), *Konsekwencje psychiatryczne palenia tytoniu w populacji wieku podeszłego*, „Geriatrics”, nr 7.
- Borowska M., Branka M. (red.) (2010), *Równość szans kobiet i mężczyzn a rynek pracy. Poradnik dla instytucji rynku pracy*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- Equality at work: Tackling the challenges, Global Report under the follow-up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work* (2007), International Labour Office, Geneva.
- Fronczyk K. (2004), *Palenie papierosów a cechy osobowości – przegląd badań*, „Roczniki Psychologiczne”, nr 2.
- Giddens A. (2001), *Nowoczesność i tożsamość*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Håkansta C. (2004), *Workplace smoking. Working Paper: A Review of National and Local Practical and Regulatory Measures*, International Labour Office, Geneva.
- http://alkoholizm.eu/pub/palenie_w_pracy.pdf [dostęp: 2.03.2016].
- Instituting CHANGE in the Workplace* (2012), ILO country Office for the Philippines, Manila.
- Jędrzejko M., Kowalewska A. (2009), *Toksykomania i jej zakres przedmiotowy*, [w:] M. Jędrzejko (red.), *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Fundacja PEDAGOGIUM, Warszawa.
- Jędrzejko M., Kowalewska A. (2010), *Narkomania i uzależnienie – zjawisko i podstawowe pojęcia*, [w:] M. Jędrzejko (red.), *Człowiek wobec uzależnień*, Szkolny Związek Sportowy „Wielkopolska”, Poznań.
- Kaleta D., Korytkowski P., Makowiec-Dąbrowska T. (2013), *Palenie papierosów w Polsce w populacji osób czynnych zawodowo*, „Medycyna Pracy”, nr 64(3).
- Karta różnorodności*, <http://odpowiedzialnybiznes.pl/karta-roznorodnosci/dokument/> [dostęp: 9.12.2016].
- Konsensus dotyczący rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu* (2008), „Gazeta Lekarska”, nr 12(216).
- Korzyściń M., Markwitz W. (2014), *Tytoń a ciąża. Perinatologia*, „Neonatologia i Ginekologia”, nr 1.
- Kowalewska A., Jędrzejko M. (2009), *Konsekwencje wynikające z przyjmowania substancji psychoaktywnych*, [w:] M. Jędrzejko (red.), *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Fundacja PEDAGOGIUM, Warszawa.
- Kuźmicka P., Jasińska M., Grzegorzczak M., Karakiewicz B. (2013), *Palenie tytoniu a jakość życia*, „Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine”, nr 1.
- Kuźmicka P., Karakiewicz B., Rotter I. (2012), *Czym różni się palenie tytoniu u kobiet i mężczyzn? – implikacje dla profilaktyki*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 93(3).
- Lachowski S. (2011), *Droga ważniejsza niż cel*, Studio EMKA, Warszawa.
- Lubas-Bartoszyńska R. (2003), *Tożsamość i autobiografia*, „Przestrzenie Teorii”, nr 2.
- No smoking? Smoke free workplaces light up smoker rights discussion* (2011), „World of Work, The Magazine of ILO”, no. 72.
- Puchalski K., Korzeniowska E. (2009), *Stosunek przedsiębiorstw w Polsce do problemu palenia tytoniu w kontekście polityki państwa*, „Medycyna Pracy”, nr 60(6).
- Puchalski K., Korzeniowska E. (2016), *Zarządzanie paleniem tytoniu w jednostkach służby więziennej – opis i efekty programu promocji zdrowia*, „Medycyna Pracy”, nr 67(5).

- Samochowiec J., Rogoziński D., Hajduk A., Skrzypińska A., Arentowicz G. (2001), *Diagnostyka, mechanizm uzależnienia i metody leczenia uzależnienia od nikotyny*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 3.
- Sharma S.K. (2009), *Handbook of HRM practices. Management policies and practices*, Global India Publications PVT Ltd., New Delhi.
- Siciński A. (1976), *Styl życia – problemy pojęciowe i teoretyczne*, [w:] A. Siciński (red.), *Styl życia. Koncepcje, propozycje*, PWN, Warszawa.
- Siciński A. (2002), *Styl życia, kultura, wybór. Szkice*, IFiS PAN, Warszawa.
- Siemińska A. (2005), *Genetyczne uwarunkowania uzależnienia od tytoniu*, „Alergia. Astma. Immunologia”, nr 10(2).
- Stan zagrożenia epidemią palenia tytoniu w Polsce* (2009), Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raport_epidemia_16082010.pdf [dostęp: 8.03.2017].
- Szpringer M., Makowska A., Oleńska M. (2016), *Uzależnienie od nikotyny i ocena skuteczności rzucania palenia u dorosłych*, „Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine”, nr 1.
- Światowa epidemia palenia tytoniu – raport WHO 2008 Pakiet MPOWER* (2009) WHO, <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=102&wid=14&wai=&year=&back=%2Faktualnosci.php%3Fwid%3D14> [dostęp: 8.03.2017].
- Terracciano A.A., Costa P.T. (2004), *Smoking and the 5-Factor Model of Personality*, „Addiction”, no. 99(4).
- Tucker P. (2006), *Compressed working weeks, Conditions of Work and Employment Programme*, ILO, Geneva.
- Wojtyła A., Wojtyła-Buciora P., Wojtyła C., Marcinkowski J.T. (2012), *Zdrowie optymalne („wellness”) w opinii młodzieży gimnazjalnej i jej rodziców*, „Hygeia Public Health”, nr 47(4).
- Working Well. 6. Międzynarodowe badanie dotyczące promocji zdrowia i jakości środowiska pracy* (2014), Xerox Corporation and Buck Consultants, http://odpowiedzialnybiznes.pl/wp-content/uploads/2015/09/Raport-WORKING-WELL-2015_09_02.pdf [dostęp: 8.03.2017].
- Zajączkowski K. (2003), *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.