



Stres w pracy oraz jego wpływ na występowanie wypadków przy pracy i stan zdrowia osób pracujących



2014

Autorzy:
Katarzyna Orlak

we współpracy z::

Dominikiem Gołuchem (przeгляд literatury)
Jarosławem Chmielewskim (Rozdział 4)

*Stres w pracy oraz jego wpływ na występowanie wypadków przy
pracy i stan zdrowia osób pracujących*



Stowarzyszenie Zdrowa Praca, Warszawa

Na zlecenie

Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Departament Prewencji i Rehabilitacji, Warszawa

WSTĘP

Niniejsze opracowanie powstało na zamówienie Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, którego przedmiotem było sporządzenie ekspertyzy poświęconej zagadnieniu prewencji negatywnych skutków stresu zawodowego dla zdrowia pracowników i bezpieczeństwa pracy. Zgodnie z zamówieniem, ekspertyza miała zawierać następujące elementy:

I. Omówienie następujących zagadnień:

- 1) Czynniki stresogenne występujące w miejscu pracy, z uwzględnieniem pracy zmianowej oraz zawodów najbardziej narażonych na stres związany z pracą,
- 2) Skutki psychospołecznych zagrożeń w miejscu pracy dla zdrowia osób pracujących oraz bezpieczeństwa pracy,
- 3) Koszty społeczne i ekonomiczne stresu występującego w miejscu pracy,
- 4) Analiza danych dotyczących stanu psychofizycznego jako przyczyny wypadków przy pracy w Polsce w latach 2008-2012,
- 5) Metody monitorowania zagrożeń psychospołecznych w celu ograniczenia występowania czynników wywołujących stres w miejscu pracy.

II. Zalecenia prewencyjne, obejmujące opracowanie katalogu dobrych praktyk mających na celu ograniczenie stresu związanego z pracą, w tym omówienie sposobów radzenia sobie ze stresem występującym w miejscu pracy.

Strukturę dokumentu podporządkowano powyższym wymaganiom Zamawiającego. Konsekwentnie zatem podzielono opracowanie na sześć rozdziałów. W pierwszym rozdziale omówiono 10 obszarów uznawanych w literaturze przedmiotu za stresogenne, a także przedstawiono wyniki badań, które dotyczą stresogenności poszczególnych branż i zawodów. Drugi rozdział poświęcono skutkom narażenia na zagrożenia psychospołeczne zaliczane do obszarów stresogennych pracy, wskazanych w Rozdziale 1. Trzeci rozdział dotyczy skutków społeczno-ekonomicznych narażenia na zagrożenia psychospołeczne i wynikający z nich stres związany z pracą, wskazując na skutki krótko- i długoterminowe. Kolejną część poświęcono omówieniu dostępnych danych statystycznych dotyczących niewłaściwego stanu psychofizycznego jako przyczyny wypadków przy pracy. W Rozdziale piątym zaprezentowano przegląd dostępnych metod i narzędzi monitorowania zagrożeń psychospołecznych i stresu zawodowego, z zachowaniem podziału na narzędzia rekomendowane w publikacjach Światowej Organizacji Zdrowia oraz narzędzia dostępne obecnie w Polsce. Opracowanie zamyka Rozdział 6, w którym przedstawiono wybrane dobre praktyki związane z zapobieganiem negatywnym skutkom stresu w pracy. Wszystkie praktyki zaprezentowane w tej części zostały wdrożone i mają potwierdzoną skuteczność. Większość z nich dotyczy prewencji pierwszego rzędu, a więc redukcji ryzyka źródła, bowiem ten rodzaj prewencji przynosi najlepsze rezultaty. W związku z wymaganiem poruszenia problematyki radzenia sobie ze stresem w części dotyczącej prewencji zaprezentowano również praktykę polegającą na oddziaływaniu psychologicznym skierowanym na zmianę stylów radzenia sobie ze stresem przez pracowników czynnych zawodowo (prewencja drugiego rzędu) oraz oddziaływania terapeutyczne poprawiające sposób radzenia sobie ze stresorami zawodowymi w warunkach rehabilitacji psychosomatycznej (prewencja trzeciego rzędu).

Całość opracowania oparto o recenzowane prace naukowe oraz oficjalne statystyki udostępniane przez podmioty publiczne.

Opracowanie odwołuje się do pojęć z zakresu psychologii oraz zarządzania, zatem dla ułatwienia percepcji treści przedstawionych w niniejszym dokumencie poniżej zdefiniowano kluczowe pojęcia użyte w pracy.

Stres – negatywny stan psychiczny o składnikach poznawczych i emocjonalnych (za: Cox, Griffiths i Rial-Gonzalez, 2006); rezultat wzajemnych oddziaływań między osobą a otoczeniem, ocenianych przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi (za: Lazarus i Folkman, 1984).

Stresor – czynnik (zdarzenie, bodziec) wywołujący stres ze względu na swoje obiektywne właściwości lub – najczęściej – ze względu na sposób interpretacji tych cech przez osobę (ocena w kategorii zagrożenia lub wyzwania); może mieć źródło w środowisku (stresor zewnętrzny, np. hałas) lub w podmiocie (stresor wewnętrzny, np. perfekcjonizm)

Skutki stresu – krótko- i długoterminowe konsekwencje stresu, zarówno dla osoby jak i dla jej otoczenia; krótkoterminowe konsekwencje obejmują w przypadku osoby jej reakcje w aspekcie fizjologicznym, poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym, zaś w odniesieniu do otoczenia rezultaty w/w reakcji osoby np. w postaci błędów w pracy, konsekwencje długoterminowe dla osoby oznaczają negatywne rezultaty zdrowotne (psychiczne, behawioralne i społeczne oraz somatyczne) a dla otoczenia wynikające stąd konsekwencje w postaci spadku produktywności, kosztów absencji, wypadków, społecznych kosztów nadużywania substancji etc.

Zagrożenie – stan środowiska pracy mogący spowodować wypadek lub chorobę (za PN-N-18002:2011)

Ryzyko – prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych zdarzeń, w szczególności związanych z wykonywaną pracą, powodujących straty, w szczególności wystąpienia u pracowników niekorzystnych skutków zdrowotnych w wyniku zagrożeń zawodowych występujących w środowisku pracy lub sposobu wykonywania pracy (na podstawie: PN-N-18002:2011).

Spis treści

1. CZYNNIKI STRESOGENNE WYSTĘPUJĄCE W MIEJSCU PRACY	7
2. SKUTKI ZAGROZEŃ PSYCHOSPOŁECZNYCH W MIEJSCU PRACY	14
2.1. Treść pracy	15
2.2. Ilość i tempo pracy	17
2.3. Harmonogram pracy: praca zmianowa i długie godziny pracy	18
2.4. Kontrola nad pracą	25
2.5. Fizyczne warunki pracy i wyposażenie	30
2.6. Kultura i funkcja organizacyjna	33
2.7. Relacje interpersonalne w miejscu pracy	34
2.8. Rola w organizacji	37
2.9. Przebieg kariery	39
2.10. Relacja praca-dom	44
3. KOSZTY SPOŁECZNE I EKONOMICZNE STRESU WYSTĘPUJĄCEGO W PRACY	48
4. ANALIZA DANYCH DOTYCZĄCYCH STANU PSYCHOFIZYCZNEGO JAKO PRZYCZYNY WYPADKÓW PRZY PRACY W POLSCE W LATACH 2008-2012	51
5. METODY MONITOROWANIA ZAGROZEŃ PSYCHOSPOŁECZNYCH	57
5.1. Kwestionariusze rekomendowane w ramach wydawnictw Światowej Organizacji Zdrowia	57
5.2. Metody obserwacyjne rekomendowane w wydawnictwach WHO	68
5.3. Kwestionariusze dostępne w wersji polskiej i ich podstawowe właściwości	71
5.3.1. Kwestionariusz Psychospołeczne Warunki Pracy	71
5.3.2. Kwestionariusz ERI	73
5.3.3. Kwestionariusz do Oceny Cech Pracy (KOCP) oraz Kwestionariusz do Subiektywnej Oceny Pracy (KSOP)	75
5.3.4. Krótka Skala do Mierzenia Stresu w Pracy	78
5.3.5. Kwestionariusz do Pomiaru Stresu w Pracy	79
5.3.6. Kwestionariusz „Czynniki psychospołeczne”	80
5.3.8. Kwestionariusz „Skala ryzyka psychospołecznego”	82
5.4. Uwagi dotyczące zasad wyboru metod do monitorowania zagrożeń psychospołecznych	85
6. ZALECENIA PREWENCYJNE	87

6.2.1. Przykłady skutecznych interwencji skierowanych na redukcję ryzyka u źródła	91
6.2.1.1. <i>Ocena i ograniczanie zagrożenia przemocą w miejscu pracy</i>	92
6.2.1.2. <i>Poprawa skuteczności przeprowadzania oceny ryzyka zawodowego dzięki zastosowaniu metody koła zdrowia (Health circle)</i>	93
6.2.1.3. <i>Lepsze wyniki pracy dzięki ograniczeniu stresu i mobbingu</i>	94
6.2.1.4. <i>Dobra praca – dłuższa kariera</i>	95
6.2.2. Prewencja drugorzędowa: Modyfikacja stylów radzenia sobie ze stresem wśród pracowników	97
6.2.3. Prewencja trzeciego rzędu: włączenie treningu przystosowania zawodowego do programu rehabilitacji psychosomatycznej	98
LITERATURA	99

1. CZYNNIKI STRESOGENNE WYSTĘPUJĄCE W MIEJSCU PRACY

Zgodnie z definicją zaprezentowaną przez Światową Organizację Zdrowia (2003) stres zawodowy rozumiany jest jako reakcja organizmu pracownika, która może wystąpić wówczas, gdy osoba ekspozycja jest na związane z pracą wymagania i presję, które nie są dostosowane do jej wiedzy i umiejętności i stanowią wyzwanie z punktu widzenia jej zdolności do poradzenia sobie. Przytoczona tu ogólna definicja stresu zawodowego sformułowana przez WHO wyraźnie nawiązuje do transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman (1984). W tym kontekście, analizując czynniki stresogenne występujące w pracy, w miejsce tradycyjnie stosowanego w psychologii terminu „stresor”, dla określenia elementów pracy mogących przyczynić się do wystąpienia u pracownika stanu stresu, posługujemy się pojęciem „zagrożeń psychospołecznych”¹. Międzynarodowa Organizacja Pracy definiuje zagrożenia psychospołeczne w kategoriach interakcji pomiędzy treścią pracy, organizacją i zarządzaniem procesem pracy oraz innymi organizacyjnymi i środowiskowymi uwarunkowaniami z jednej strony, a kompetencjami i potrzebami pracownika z drugiej (ILO, 1986). W tym sensie, zagrożenia odnoszą się do tych interakcji, co do których wykazano, iż ich doświadczanie i postrzeganie niesie ryzyko dla zdrowia pracowników (ILO, 1986).

Zagrożenia psychospołeczne można także zdefiniować prościej jako te aspekty projektowania i zarządzania procesem pracy oraz ich kontekst społeczno-organizacyjny, które potencjalnie mogą spowodować szkody psychologiczne lub fizyczne (Cox i Griffiths, 2005). Takie rozumienie zagrożeń psychospołecznych wydaje się lepiej przystawać do ogólnej definicji zagrożeń zawodowych opracowanej na potrzeby normalizacji procesu oceny ryzyka zawodowego, zgodnie z którą zagrożenie to „stan środowiska pracy mogący spowodować wypadek lub chorobę” (PKN, 1999). Ten sposób definiowania zagrożeń psychospołecznych pozostaje także bardziej spójny z obydwojema najpowszechniej stosowanymi w badaniach modelami stresu zawodowego, tj. modelem wymagania – kontrola- wsparcie (wcześniej wymagania – kontrola) Karaska i Theorella (DC, DCS) oraz modelem nierównowagi między wysiłkiem i wynagrodzeniem, zwanym inaczej modelem niesprawiedliwości organizacyjnej (ERI) Siegrista (Karasek i Theorell, 1990; Siegrist, 1996).

Przyjmując definicję zagrożeń psychospołecznych za Coxem (Cox i Griffiths, 2005) oraz wykorzystując wystandaryzowane metody pomiaru stresu w modelach DCS i ERI, badacze przedmiotu wypracowali rozsądne podejście umożliwiające systematyczny przegląd literatury, skupiając się na tych psychospołecznych czynnikach środowiska pracy, które doświadczane są przez pracowników jako stresujące lub – jeśli nie są tak postrzegane - są potencjalnie szkodliwe dla zdrowia. Takie podejście do badań nad stresem związanym z pracą i jego skutkami zaowocowało wyodrębnieniem dziesięciu oddzielnych kategorii dotyczących charakterystyki zawodu, organizacji pracy i zarządzania, a także innych organizacyjnych i środowiskowych czynników, które mogą nieść ryzyko zdrowotne. Pokrótkie kategorie te zaprezentowano w Tabeli nr 1.

¹ Warto tu jednak zauważyć, iż w istocie pojęcie „zagrożenia psychospołecznego” odpowiada pojęciu „stresora zewnętrznego” a nie stresora w ogóle; w ramach oceny ryzyka zawodowego jak dotąd pomija się zatem aspekt stresorów wewnętrznych, choć badania naukowe nie pozostawiają wątpliwości, że subiektywna ocena środowiska pracy wykazuje znacznie silniejsze związki ze stanem zdrowia pracowników niż ocena obiektywna (por. np. Dudek i wsp., 2004)

Tabela 1.1. Psychospołeczne czynniki ryzyka

PSYCHOSPOŁECZNE CZYNNIKI RYZYKA	
Treść pracy	brak różnicowania lub krótkie cykle pracy, praca cząstkowa lub mało znacząca, praca poniżej kwalifikacji, wysoki poziom niepewności, stała ekspozycja na innych ludzi w trakcie pracy, itp.
Tempo i ilość pracy	przeciążenie lub niedociążenie pracą, wymuszone tempo pracy, znaczna presja czasu, nieprzekraczalne terminy jako stały element pracy
Harmonogram pracy	praca zmianowa, praca w nocy, sztywne godziny pracy, dyspozycyjność, długi dobowy czas pracy lub godziny pracy niedostosowywane do rytmów społecznych
Kontrola nad pracą	znikomy udział w procesach decyzyjnych, brak wpływu na obciążenie pracą, tempo pracy, itp.
Środowisko i wyposażenie	niewystarczająca dostępność potrzebnego wyposażenia, jego nieadekwatność lub niesprawność, utrudnione fizyczne warunki pracy, takie jak brak miejsca, niewłaściwe oświetlenie, nadmierny hałas
Kultura i funkcja organizacyjna	niewłaściwa komunikacja, niski poziom wsparcia w rozwiązywaniu problemów i rozwoju osobistym, nieokreślone cele organizacyjne lub brak akceptacji tych celów
Relacje interpersonalne w miejscu pracy	izolacja społeczna lub fizyczna, niewłaściwe relacje z przełożonymi, konflikty interpersonalne, brak wsparcia społecznego, zastraszanie, molestowanie
Rola w organizacji	niejednoznaczność roli, konflikt roli oraz odpowiedzialność za innych ludzi
Rozwój kariery	stagnacja zawodowa lub niepewność co do ścieżki rozwoju, brak awansu lub zbyt wysoki awans, niskie wynagrodzenie, niepewność zatrudnienia, niski prestiż społeczny pracy
Relacja praca-dom	konflikt wymagań praca-dom, niski poziom wsparcia w domu, problemy wynikające z podwójnej kariery

Źródło: Leka i Jain, 2013 (za zgodą wydawcy)

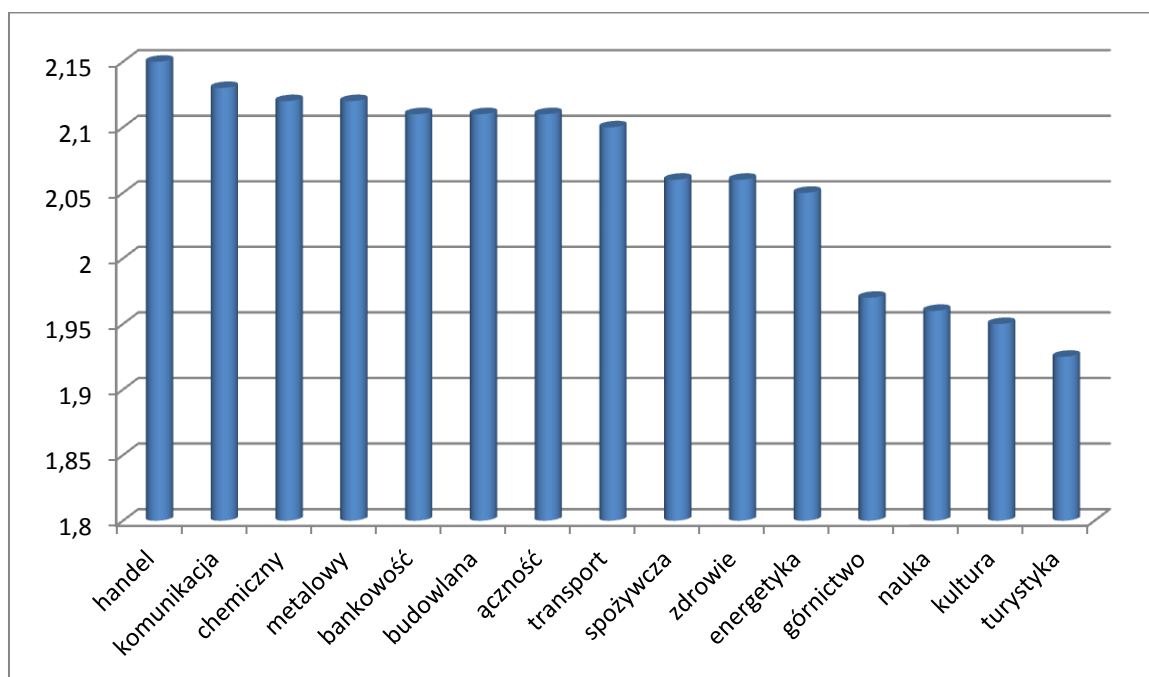
Leka i Jain (2010) wskazują, że w określonych warunkach każdy z tych 10 aspektów pracy jest stresogenny lub niesie bezpośrednie szkody zdrowotne. Szersze omówienie tych aspektów oraz badań obrazujących ich związki ze stanem zdrowia różnych grup zawodowych omówione zostały w Rozdziale 2 niniejszego opracowania, poświęconym skutkom narażenia na zagrożenia psychospołeczne w środowisku pracy. Związki zagrożeń psychospołecznych ze stresem w pracy zostały w literaturze przedmiotu wyczerpująco udokumentowane. Przykładowo, Lin i wsp. (2009) badali profil stresu zawodowego i jego determinanty, do których zaliczono charakterystykę pracownika oraz psychospołeczne środowisko pracy pracowników zatrudnionych w instytucjach

zajmujących się niepełnosprawnością na Tajwanie (n= 1243). Wyniki tych badań wskazują na liczne korelacje między stresem zawodowym a charakterystyką personelu, w tym takimi czynnikami jak: godziny pracy pracowników, wiek, płeć, tytuł zawodowy, poziom wykształcenia, religia, szkolenia zawodowe, staż pracy w instytucjach zajmujących się niepełnosprawnością oraz elementy braku sprawiedliwości organizacyjnej (nierównowaga między wysiłkiem a wynagrodzeniem). Czynniki organizacyjne, takie jak położenie geograficzne, struktura własnościowa oraz działalność akredytacyjna i wielkość również były związane ze stresem pracowników. Na podstawie modelu wielokrotnej regresji logistycznej, autorzy stwierdzili, że istotnymi predyktorami wysokiego poziomu stresu zawodowego są czynniki związane z gratyfikacją finansową (wysoka w porównaniu do niskiej, OR= 0,95, 95%, CI=0,928-0,975), spostrzegana stresogenność pracy (czasem stresująca w porównaniu do zupełnie bezstresowej, OR=2,305, 95%, CI=1,161-4,575; bardzo stresująca w porównaniu do zupełnie bezstresowej OR= 3,931, 95%, CI =1,738-8,893). Z kolei, badając źródła stresu zawodowego psychologów klinicznych Hannigan, Edwards i Burnard (2004) stwierdzili, że do stresorów w pracy psychologów klinicznych zalicza się: charakterystykę klienta, nadmierną ilość pracy, wątpliwości co do własnych kompetencji oraz złe zarządzanie. Stwierdzili oni, że praca w obszarze zdrowia psychicznego jest stresogenna a 40% brytyjskich psychologów klinicznych biorących udział w analizowanych badaniach doświadcza wysokiego poziomu dystresu. Strategie radzenia sobie obejmowały rozmowy z kolegami oraz inne „aktywne” sposoby zarządzania stresem osobistym, jednakże jak wskazują badacze, czynniki zawodowe i organizacyjne mogą niweczyć poszukiwanie i otrzymywanie wsparcia w miejscu pracy. Berg i in. (2005) oceniali natomiast najcięższe i najczęstsze stresory policyjne w policji norweskiej (n=3272). Uzyskane wyniki wskazują, że wypadki podczas służby należą do najsilniejszych, ale najrzadziej występujących stresorów, zaś presja zawodowa wskazywana była jako najczęściej występujący, ale i najłagodniejszy stresor. Starsi funkcjonariusze wskazywali na większą dolegliwość presji zawodowej i mniej wypadków podczas służby. Dzielnicowi pracujący w rejonach, gdzie planowano wdrożenia wsparcia patrolowego ale go nie wdrożono oraz ci, którzy pracowali w rejonie większym niż 50 000 mieszkańców, spostrzegali brak wsparcia jako bardziej dolegliwy niż inni policjanci.

Jak wynika z zawartości Tabeli 1, zjawisko stresogenności pracy wykracza dalece poza kwestie związane z samym tylko zawodem, stąd badacze tej problematyki skupiają się obecnie raczej na grupach zawodowych czy też branżach niż na konkretnym zawodzie, stąd nie prowadzi się zasadniczo rankingów „najbardziej stresujących zawodów”, można natomiast zaobserwować z jednej strony znaczną liczbę badań poświęconych tym grupom zawodowym, które tradycyjnie postrzegane są jako szczególnie wymagające, (np. policja i wojsko, służby ratunkowe (medyczne i straż pożarna), nauczyciele, pracownicy socjalni i inni narażeni na zagrożenia związane z pomaganiem lub odpowiedzialnością za innych ludzi), z drugiej zaś tendencję do porównywania stresogenności pracy wg branż, czego przejawem w Polsce może być normalizacja kwestionariusza Psychospołeczne Warunki Pracy (Cieślak i Widerszal-Bazyl, 2000) gdzie opracowano oddzielne normy dla urzędników administracji rządowej i samorządowej, średniego personelu medycznego, nauczycieli, pracowników bankowości i ubezpieczeń, kierowców komunikacji publicznej, robotników budowlanych, sprzedawców i informatyków. Zgodnie z danymi uzyskanymi podczas badania normalizacyjnego do Kwestionariusza Psychospołeczne Warunki Pracy (Cieślak i Widerszal-Bazyl, 2000), cytowanymi jeszcze całkiem niedawno przez Europejską Agencję ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracy (EU-OSHA, 2009) najwyższy poziom stresu obserwowano wśród nauczycieli, dalej uplasowały się kolejno następujące grupy: średni personel medyczny, urzędnicy rządowi i samorządowi, pracownicy bankowości, handlowcy, kierowcy komunikacji zbiorowej, specjaliści IT oraz robotnicy budowlani.

Najnowszym przykładem podejścia sektorowego do analizy ryzyka psychospołecznego w Polsce może być badanie przeprowadzone przez Instytut Medycyny Pracy w ramach projektu pn. „Wpływ poprawy psychospołecznych warunków pracy na ograniczenie kosztów ekonomicznych w firmach przechodzących procesy modernizacyjne i adaptacyjne – projekt badawczy” realizowanego przez Komisję Krajową NSZZ „Solidarność” w partnerstwie z IMP. W ramach tego projektu przebadano przeszło 7500 polskich pracowników z 15 branż, tj. budowlanej, metalowej, energetycznej, chemicznej, górniczej, spożywczej, transportowej, turystycznej, bankowej, handlowej, łącznościowej, ochrony zdrowia, oświaty i nauki, kultury oraz komunikacji (Mościcka-Teske i Potocka, 2014). Jak podają Mościcka-Teske i Merez (2014) pod względem ogólnego poziomu stresogenności (pochodzącego ze wszystkich źródeł analizowanych przy użyciu Skali Ryzyka Psychospołecznego) pozwolił na podstawie wspomnianego wyżej badania stwierdzić, iż najbardziej stresogenną pracą w Polsce jest praca w handlu, dalej w komunikacji, w branży chemicznej, metalowej, bankowości, budowlanej, łączności, transporcie, w branży spożywczej, ochrony zdrowia, energetycznej, górnictwie, a najmniej w takich branżach jak nauka, kultura i turystyka. Średni poziom stresogenności w tych branżach przedstawiono na Rysunku 1.

Wykres 1.1. Średni poziom ogólnego stresu w podziale na branże



Źródło: opracowanie własne na podstawie Mościcka-Teske i Merez (2014)

Poszczególne branże w Polsce różnią się także między sobą strukturą czynników stresogennych. W branży handlowej za najbardziej stresogenne pracownicy uważają konieczność przestrzegania ścisłych procedur, częste kontrole i audyty oraz konieczność dyspozycyjności. Dla zatrudnionych w branżach komunikacji, metalowej, łączności, energetycznej, chemicznej i górniczej największa liczba badanych jako główne stresory wskazuje gotowość do szybkiego reagowania, konieczność długotrwałej koncentracji uwagi oraz konieczność przestrzegania ściśle określonych procedur. W branży bankowej dominują takie zagrożenia psychospołeczne jak konieczność długotrwałej koncentracji uwagi, zagrożenie zwolnieniami (niepewność zatrudnienia), oraz system oceny pracowników. Pracownicy branży spożywczej najczęściej wskazują na gotowość do szybkiego

reagowania, konieczność przestrzegania ściśle określonych procedur oraz częste kontrole i audyty. Pracownicy zatrudnieni w sektorze transportu spośród analizowanych czynników stresogennych najczęściej wybierali gotowość do szybkiego reagowania, konieczność długotrwałej koncentracji uwagi oraz dyspozycyjność i konieczność przestrzegania określonych procedur. W branży turystycznej najczęściej wskazywane stresujące cechy pracy to gotowość do szybkiego reagowania, ograniczone możliwości awansu oraz dyspozycyjność, zaś pracownicy nauki i oświaty jako najbardziej stresujące cechy swojej pracy wymieniają gotowość do szybkiego reagowania, konieczność długotrwałej koncentracji uwagi a także konieczność ciągłego podnoszenia kwalifikacji. Odnosząc te wyniki do obszarów stresogennych stanowiących konsensus opracowany przez badaczy przedmiotu można stwierdzić, iż cechy pracy uznawane przez pracowników polskich przedsiębiorstw prywatnych sytuują się w obszarze treści pracy, harmonogramu pracy, kultury organizacji, rozwój kariery oraz relacje praca-dom, przy czym dwa pierwsze obszary zdają się być problematyczne niemal we wszystkich badanych branżach.

Warto zwrócić uwagę na różnice między wynikami uzyskanymi przez Centralny Instytut Ochrony Pracy i Instytut Medycyny Pracy, które mogą być wynikiem zastosowanego narzędzia i doboru próby (CIOP badał w dużej części sektor publiczny a IMP wyłącznie prywatny), ale również mogą stanowić odzwierciedlenie zmian jakie zaszły na polskim rynku pracy, w szczególności w takich sektorach jak handel, bankowość czy teleinformatyka i komunikacja (ICT).

Pewnych informacji co do stresogenności poszczególnych zawodów dostarczyć może klasyfikacja dokonana przez Ploę i Makarowskiego (2010) podczas standaryzacji Kwestionariusza Poczucia Stresu. Wprawdzie narzędzie to nie służy stricte do pomiaru stresu związanego z pracą, jednak autor konstruując skalę pozwalającą mierzyć ogólny poziom poczucia stresu oraz poczucie stresu intrapsychicznego (wynikającego z konfrontacji z samym sobą) i zewnętrznego (wynikającego z konfrontacji osoby z wymaganiami dostrzeganymi w świecie zewnętrznym) a także poziom napięcia emocjonalnego zebrał także dane odnośnie wykonywanego zawodu, uwzględniając w sumie 37 zawodów. W Tabeli 2 przedstawiono uszeregowanie badanych przez Ploę zawodów w kolejności od najbardziej nasilonego do najmniej nasilonego poczucia stresu, z zachowaniem poszczególnych wyróżnionych przez niego kategorii stresu.

Tabela 1.2. Stresogenność wg zawodów w kolejności od najbardziej do najmniej stresujących w podziale na poszczególne kategorie stresu

lp	Napięcie emocjonalne	Stres zewnętrzny	Stres intrapsychiczny	Ogólny poziom stresu
1	Ratownik medyczny	Handlowiec	Ekonomista	Ratownik medyczny
2	Lekarz	Przedsiębiorca	Ratownik medyczny	Przedsiębiorca
3	Przedsiębiorca	Ratownik medyczny	Elektryk	Handlowiec
4	Referent	Położna	Lekarz	Lekarz
5	Urzędnik	Pracownik biurowy	Przedsiębiorca	Ekonomista
6	Budowlaniec	Budowlaniec	Nauczyciel	Nauczyciel

lp	Napięcie emocjonalne	Stres zewnętrzny	Stres intrapsychiczny	Ogólny stresu	poziom
7	Pedagog	Urzędnik	Pracownik biurowy	Elektryk	
8	Handlowiec	Elektryk	Handlowiec	Urzędnik	
9	Kierowca	Żołnierz	Położna	Pracownik biurowy	
10	Nauczyciel	Lekarz	Kierowca	Kierowca	
11	Student	Nauczyciel	Referent	Budowlaniec	
12	Policjant	Księgowa	Urzędnik	Księgowa	
13	Pielęgniarka	Pedagog	Księgowa	Żołnierz	
14	Księgowa	Sprzątaczką	Żołnierz	Położna	
15	Pracownik administracji	Kierowca	Emeryt	Pedagog	
16	Żołnierz	Ekonomista	Pedagog	Referent	
17	Ekonomista	Emeryt	Informatyk	Informatyk	
18	Krawcowa	Informatyk	Salowa	Pielęgniarka	
19	Mechanik	Pielęgniarka	Budowlaniec	Student	
20	Monter	Bankowiec	Stolarz	Mechanik	
21	Informatyk	Mechanik	Fizjoterapeuta	Emeryt	
22	Elektryk	Student	Student	Krawcowa	
23	Pracownik biurowy	Krawcowa	Monter	Stolarz	
24	Fizjoterapeuta	Opiekun	Pielęgniarka	Monter	
25	Opiekun	Kucharz	Kucharz	Fizjoterapeuta	
26	Stolarz	Stolarz	Sprzedawca	Sprzątaczką	
27	Sprzedawca	Referent	Mechanik	Sprzedawca	
28	Sprzątaczką	Sprzedawca	Krawcowa	Pracownik administracji	
29	Położna	Monter	Bankowiec	Bankowiec	
30	Fryzjer	Rolnik	Rolnik	Salowa	

lp	Napięcie emocjonalne	Stres zewnętrzny	Stres intrapsychiczny	Ogólny poziom stresu
31	Salowa	Sekretarka	Sekretarka	Opiekun
32	Kucharz	Kasjerka	Pracownik administracji	Kucharz
33	Bankowiec	Fizjoterapeuta	Opiekun	Sekretarka
34	Emeryt	Fryzjer	Kasjerka	Fryzjer
35	Sekretarka	Pracownik administracji	Sprzątaczką	Rolnik
36	Rolnik	Salowa	Fryzjer	Policjant
37	Kasjerka	Policjant	Policjant	Kasjerka

. źródło: opracowanie własne na podstawie Plopa i Makarowski (2010)

Przedstawione przez Plopę dane wydają się być zaskakujące w odniesieniu do takich zawodów jak choćby policjant. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę, że stres zewnętrzny autor rozumie jako „poczucie bycia niesprawiedliwie ocenianym przez inne osoby w różnych kontekstach (w pracy, w domu); poczucie bezradności, narastającego wyczerpania w obronie swojego punktu widzenia (swojej racji) w patrzeniu na różne sprawy; doświadczanie niepokoju wynikającego z poczucia bycia wykorzystywanym przez innych; poczucie frustracji, męczliwości, że stawiane przez innych wymagania, zadania przewyższają posiadane zasoby, zdolności, możliwości do ich spełnienia” (Plopa i Makarowski, 2010, s. 64), zaś stres intrapsychiczny oznacza „obawy, zamartwianie się, obniżone poczucie sensu życia z powodu odczuwania trudności w realizacji celów, zadań, wyzwań dnia codziennego wynikające z poczucia bycia słabym psychicznie, mało zdolnym, posiadającym zbyt małe zasoby; poczucie, że ma się problemy ze sobą, ciągle żywymi doświadczeniami z przeszłości dające objawy osamotnienia, niepokoju; poczucie utraty czegoś (kogoś) ważnego wzbudzające niepokój, niemożność pogodzenia się z tym trudnym subiektywnie doświadczeniem; myślenie o przeszłości wzbudza niepokój, tendencje rezygnacyjne, pesymizm w ocenie siebie i świata” (*ibidem*), staje się jasne dlaczego funkcjonariusze policji w badaniu Plopy wykazali tak niski poziom poczucia stresu. Z danych zebranych przez Plopę i Makarowskiego (2010) najbardziej przydatne z punktu widzenia celu niniejszej ekspertyzy będą informacje o poziomie odczuwanego napięcia psychicznego, które oznacza w tym przypadku „poczucie niepokoju, nadmiernej nerwowości; często występujące trudności w odprężeniu się w różnych codziennych sytuacjach; brak energii do działania, połączony z tendencją do rezygnacji z podejmowania różnych zadań, realizacji planów; występowanie tendencji do nadmiernej drażliwości w różnych relacjach interpersonalnych; często odczuwane poczucie zmęczenia bez wyraźnej przyczyny” (Plopa i Makarowski, 2010 s. 63). Pod tym względem najbardziej stresujący okazał się być zawód ratownika medycznego, a najmniej – zawód kasjerki. Policjant uplasował się na 12 pozycji, przy czym należy pamiętać, iż funkcjonariusze należą do jednej z najlepiej selekcionowanych psychologicznie grup i są otoczeni opieką psychologiczną. Dane o stresogenności pracy w handlu pozostają spójne z opisywanymi wcześniej wynikami uzyskanymi przez Instytut Medycyny Pracy, podobnie jak dane o znacznej stresogenności pracy w branży budowlanej. Uwagę

zwracają natomiast niespójne wyniki dotyczące branży bankowej i pracy w zawodzie bankowca. Z kolei analiza stresogenności pracy w ochronie zdrowia i zawodów medycznych wskazuje, że ogólny wynik branży prawdopodobnie stanowi odzwierciedlenie struktury próby przebadanych zawodów medycznych – ratownik medyczny i lekarz charakteryzujące się najwyższym stopniem napięcia emocjonalnego a takie zawody jak pielęgniarka, położna, salowa czy fizjoterapeuta doświadczają napięcia w znacznie mniejszym stopniu.

Trzeba jednak pamiętać, że w przypadku większości zawodów Plopa i Makarowski badali znacznie mniejsze grupy niż np. Instytut Medycyny Pracy, przykładowo 40 bankowców wobec 484 osób pracujących w branży bankowej zbadanych przez IMP, co implikuje określony sposób wnioskowania, nakazując bardziej ufać danym zebranych przez Instytut.

Trudno jest jednoznacznie rozstrzygnąć, które podejście badawcze - zorientowane na zawód czy na branżę – jest bardziej uzasadnione z punktu widzenia potrzeb prewencji. Niezależnie od tego należy mieć również na względzie, iż jak dotąd wybór branż czy zawodów, które są uwzględniane w badaniach jest podyktowany wyłącznie celami konkretnych badaczy i ma raczej arbitralny lub nawet niekiedy przypadkowy charakter. Brak jest niestety kompleksowych, systematycznych obserwacji, opartych o jednolity system klasyfikacji zawodów lub branż i prowadzonych z zachowaniem reżimu metodologicznego, toteż należy zachować daleko posuniętą ostrożność w formułowaniu wniosków co do „najbardziej stresogennych” i „najmniej stresogennych” zawodów, szczególnie, że samo pojęcie „stresogenności” także pozostaje niewystarczająco ostre wobec faktu, że – jak wspomniano na początku niniejszego rozdziału - stan stresu jest odpowiedzią indywidualnego organizmu człowieka na stawiane mu wymagania, stąd „stresogenność” cechuje się znaczną podatnością na wpływ różnic interindywidualnych. Mówiąc o stresogenności pracy, trzeba także pamiętać, że zawód sformułowany przykładowo jako „informatyk” czy „policjant” w istocie mieści w sobie wiele różnych kategorii funkcjonowania w roli zawodowej. Czym innym bowiem jest praca informatyka – programisty a czym innym informatyka – administratora sieci, podobnie jak różni się praca policjanta – dzielnicowego od policjanta – antyterrorysty. Zjawisko tego rodzaju występuje w praktyce w niemal każdym zawodzie, dlatego też ocenę ryzyka zawodowego, prowadzi się dla grup stanowisk pracy w konkretnym zakładzie pracy, a nie dla grup zawodów czy branż (por. np. PN-N-18002:2011).

2. SKUTKI ZAGROZEŃ PSYCHOSPOŁECZNYCH W MIEJSCU PRACY

Skutki narażenia na zagrożenia psychospołeczne w miejscu pracy można rozpatrywać w kontekście jakościowym (rodzaj skutku, rozumiany zarówno jako (a) sfera, do której skutek się odnosi – np. fizyczna, psychiczna, społeczna; (b) typ szkody, np. zdrowotny, materialny, a także (c) podmiot poszkodowany: osoba, rodzina, organizacja, budżet państwa etc.), ilościowym (nasilenie skutku), temporalnym (natychmiastowy/odroczone, krótkotrwały/długotrwały). Z punktu widzenia celu niniejszej ekspertyzy prezentowane będą przede wszystkim skutki jakie występowanie niekorzystnych psychospołecznych warunków pracy niesie dla zdrowia osób pracujących oraz dla bezpieczeństwa pracy. Dla większej przejrzystości zostały one przedstawione w podziale na 10 potencjalnie stresogennych obszarów, o których była mowa w Rozdziale 1, a następnie krótko podsumowane.

2.1. Treść pracy

Istnieje kilka różnych aspektów treściowych pracy, które mogą stanowić zagrożenia, w tym: niska wartość pracy, brak zróżnicowania zadań i powtarzalność pracy, niepewność, brak możliwości uczenia się, konieczność podwyższonej koncentracji uwagi, sprzeczne wymagania oraz niedostateczne zasoby (Cox, Griffiths, Rial-Gonzalez, 2000). Cox (1985a) dokonał analizy skutków jakie niesie taka praca w sferze fizycznej i psychicznej wskazując, iż narażenie na monotonię i monotonię w pracy wiąże się często z poczuciem znudzenia, a w konsekwencji także z lękiem oraz depresyjnością, urazami psychicznymi oraz ogólnie pogorszonym stanem zdrowia psychicznego. Przy tego rodzaju pracy mogą się także częściej zdarzać problemy z postawą i dolegliwości mięśniowo-szkieletowe, włączając w to związane z pracą choroby kończyn górnych, dolegliwości ze strony układu pokarmowego, a także liczne zmiany w zachowaniu, mające wpływ na stan zdrowia, takie jak palenie tytoniu czy spożywanie alkoholu (Cox, Griffiths i Rial-Gonzalez, 2000). Późniejsze badania przeprowadzone na dużych próbach populacyjnych potwierdziły te rezultaty (np. Borritz i in., 2006; Theorell i in., 2003).

Innym ważnym źródłem stresu jest niepewność związana z pracą, przejawiająca się brakiem informacji zwrotnej na temat oceny jakości wykonania pracy, jeżeli występuje przez dłuższy czas (Warr, 1992). Tego typu niepewność może manifestować się także w inny sposób niż brak informacji zwrotnych i może częściowo wzmacniać efekty innych zagrożeń występujących w środowisku pracy, jak przykładowo niepewność związana z pożądanym kanonem zachowań (niejasność ról) oraz niepewność co do przyszłości (brak bezpieczeństwa zatrudnienia lub poczucie bycia niepotrzebnym). Niepewność i abstrakcyjność w zaawansowanych technologiach produkcji również okazały się być źródłem napięcia psychicznego (Mullarkey i in., 1997). Podobnie, Pilkington i wsp. (2001) jako składowe stresu zawodowego wskazują wzrastające obciążenie pracą i restrukturyzację. W badaniach australijskich wykazano, że restrukturyzacja, mimowolne zwolnienia, wzrost ilości pracy, zmiany organizacyjne i technologiczne, znaczne redukcje, niepewność zatrudnienia, brak szkoleń, długie godziny pracy, niewłaściwe zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy oraz zmiany polityczno-gospodarcze mogą wszystkie prowadzić do narastania stresu (ACTU, 1998).

Hu i Schaufeli (2010) badali z kolei wpływ braku pewności zatrudnienia (w przeszłości i na przyszłość) na zdrowie psychiczne pracowników w chińskich firmach rodzinnych (n=557). Wykazali oni, że negatywny wpływ przeszłej niepewności zatrudnienia na dobrostan (tj. wyczerpanie emocjonalne, brak satysfakcji z pracy, złą organizację pracy oraz chęć odejścia z pracy) był wyłącznie wynikiem lęku przed brakiem pewności zatrudnienia w przyszłości. Oznacza to, że antycypowana redukcja skali działalności jest mediatorem związku pomiędzy redukcją skali działalności w przeszłości a dobrostanem pracownika, co dowodzi, że przyszła niestabilność zatrudnienia odgrywa istotniejszą rolę w pogorszeniu stanu zdrowia psychicznego pracowników w Chinach, niż brak stabilności zatrudnienia w przeszłości.

Niepewność zatrudnienia i strach, że pracownik stanie się zbędny mogą być głównymi źródłami lęku, w szczególności, gdy organizacja w tym samym czasie oczekuje zaangażowania ze strony pracowników. Poczucie tego rodzaju nierówności może wzmacniać też siłę doświadczanego stresu (Porter, 1990). Interesujące wnioski na temat pracy bez gwarancji zatrudnienia pochodzą z badań nad konsekwencjami zdrowotnymi wśród osób zagrożonych utratą pracy i bezrobociem. Zasadniczo można stwierdzić, iż coraz większa liczba dowodów przemawia za tym, że brak poczucia

stabilności zatrudnienia i praca na krótkoterminowe umowy kontraktowe odbija się negatywnie na zdrowiu pracowników (Virtanen i in., 2005). Quinlan i współpracownicy (2001) na podstawie przeglądu literatury stwierdzili, że 87,8% analizowanych badań dotyczących redukcji skali działalności, reorganizacji oraz niepewności zatrudnienia wykazuje związki tych charakterystyk pracy ze wskaźnikami chorobowymi. Podobne wyniki zaobserwowano w odniesieniu do pracy tymczasowej, gdzie 58,3% analizowanych badań wskazywało na negatywną korelację ze stanem zdrowia. Virtanen i współpracownicy (2005) systematycznie analizowali związek między umowami na czas określony a różnymi wskaźnikami stanu zdrowia. Badania te pozwoliły wykazać związek między pracą tymczasową a zachorowalnością na choroby psychiczne; w porównaniu z osobami zatrudnionymi na czas nieokreślony osoby pracujące na czas określony mają też istotnie wyższe ryzyko wypadku przy pracy.

Theorell i inni (2003) na podstawie danych z badania WOLF (n= 5720) wykazali związek między redukcją zatrudnienia a spadkiem nieobecności chorobowych stwierdzonych zaświadczeniem lekarskim w grupie pracujących kobiet. Na podstawie wielokrotnej regresji logistycznej przytaczani autorzy stwierdzili wzrost niechęci do brania zwolnienia lekarskiego (15-dniowego lub dłuższego) w grupie kobiet w okresie roku po redukcji skali działalności lub ekspansji działalności firmy. Porównanie kobiet z i bez podwyższonego ryzyka sercowo-naczyniowego wykazało, że redukcja skali działalności wywiera bardziej znaczący wpływ na zmniejszenie długoterminowych zwolnień chorobowych wśród kobiet z podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym niż wśród kobiet o niższym poziomie tego typu ryzyka. Zasadniczo, badania potwierdzają spójny związek między niestabilnością zatrudnienia a pogorszeniem stanu zdrowia (Sverke, Hellgren i Naeswall, 2002).

Ryzyko dla zdrowia stwarza również konieczność stałej współpracy z innymi ludźmi, charakterystyczna dla niektórych zawodów, takich jak lekarze i inne zawody medyczne, policjanci, personel hotelowy itp. Badanie na dużej próbie populacyjnej liczącej 17.000 osób z okolic Bristolu w Wielkiej Brytanii wykazało, że największy odsetek osób doświadczających wysokiego poziomu stresu występuje w takich grupach zawodowych jak nauczyciele, pielęgniarki i menadżerowie (Smith i in., 2000). Co ciekawe, badanie to pozwoliło również stwierdzić, że ogólnie osoby z wyższym poziomem wykształcenia doświadczają też wyższego poziomu stresu (Smith i in., 2000).

W innym badaniu, które miało na celu określenie wpływu złego stanu zdrowia psychicznego na pielęgniarki, przekrojowy kwestionariusz wypełniło 4407 pielęgniarek z 8 szpitali ogólnych w Tokio i innych miastach Japonii. Pielęgniarki sklasyfikowane jako mające „pogorszony stan zdrowia psychicznego” popełniały znacznie więcej błędów medycznych w porównaniu do pielęgniarek zaliczonych do grupy „cieszącej się dobrym stanem zdrowia psychicznego”; różnice analizowano pod względem tak poważnych kategorii błędów jak: błędy związane z podawaniem leków, nieprawidłowe operowanie sprzętem medycznym, błędy w identyfikacji pacjentów oraz uszkodzenia związane z wkłuciem (Suzuki i in., 2004).

We wcześniejszych badaniach, Ramirez i wsp. (1996) sprawdzali zależność między zdrowiem psychicznym konsultantów (882 lekarzy specjalistów) oraz poziomem doświadczanego przez nich stresu zawodowego i satysfakcji z pracy a także ich charakterystyką demograficzną i charakterystyką pracy. Wyniki wskazują, że satysfakcja z pracy ma silnie ochronne działanie przed utratą zdrowia psychicznego wskutek stresu zawodowego u lekarzy. Zidentyfikowano trzy źródła stresu zawodowego związane zarówno z wypaleniem, jak i z zapadalnością na choroby psychiczne, tj.

poczucie przeciążenia pracą oraz wpływ obciążenia pracą na życie rodzinne, poczucie, że jest się źle zarządzanym i ma się niewystarczające zasoby, a także radzenie sobie z cierpieniem pacjentów.

Podobne wyniki uzyskano w badaniach dotyczących oficerów policji. Gershon i wsp. (2009) oszacowali skutki postrzeganego stresu wśród policjantów ($n=1072$) i określili wpływ radzenia sobie, zarówno na spostrzegany stres, jak i na zdrowie. Ekspozycja na zdarzenia traumatyczne, dyskryminacja w miejscu pracy, brak współpracy między współpracownikami i brak satysfakcji z pracy wykazują istotny związek z postrzeganym stresem zawodowym. Stres zawodowy był istotnie związany z negatywnymi skutkami zdrowotnymi, w tym depresją i przemocą wobec partnera życiowego. Funkcjonariusze, którzy stosowali negatywne lub unikowe mechanizmy radzenia sobie wskazywali zarówno na wyższy poziom postrzeganego stresu zawodowego oraz więcej negatywnych skutków zdrowotnych.

Joseph i in. (2009) w ramach badania BCOPS (Stres zawodowy policjantów Buffalo i jego skutki sercowo-metaboliczne) także analizowali pracę policjantów pod kątem związków z występowaniem u funkcjonariuszy zmian miażdżycowych. Przypuszczano, że praca w mieście będzie wiązać się z podwyższonym ryzykiem wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych pod postacią miażdżycy określanej na podstawie grubości ścian tętnicy szyjnej (IMT). Próba składała się z 312 funkcjonariuszy policji, mężczyzn i kobiet oraz 318 osób z populacji ogólnej, bez objawów chorób serca. Funkcjonariusze, po uwzględnieniu wieku, mieli wyższy niż w populacji ogólnej poziom czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (ciśnienie krwi, cholesterol całkowity, rozpowszechnienie palenia tytoniu). Po uwzględnieniu w modelu wieku, płci oraz tradycyjnych czynników ryzyka, funkcjonariusze nadal wykazują podwyższony średnią przeciętną grubość ścian tętnic szyjnych (funkcjonariusze $=0,67\text{mm}$, populacja ogólna $=0,64\text{mm}$, $p=0,03$) oraz podwyższoną średnią maksymalną grubość ścian tętnicy szyjnej (policjanci $=0,99\text{mm}$, populacja ogólna $=0,95\text{mm}$, $p=0,13$).

2.2. Ilość i tempo pracy

Obciążenie ilościowe pracą było jednym z pierwszych aspektów pracy, na które zwrócono uwagę ze względu na jego wpływ na zdrowie pracowników (Steward, 1976). Od dawna już wiadomo, że zarówno przeciążenie jak i niedociążenie pracą mogą generować problemy (Frankenhauser, 1975; Frankenhauser i Gardell, 1975; Jones i in., 1998, Lundberg i Forsman, 1979, Szabo i in., 1983). French i współpracownicy, między innymi, wprowadzili dalsze rozróżnienie: między ilościowym i jakościowym obciążeniem pracą (French i Caplan, 1970; French i in, 1974). Oba te rodzaje nieadekwatnego obciążenia pracą są związane z doświadczaniem stresu zawodowego (Cox, Griffiths i Rial-Gonzalez, 2000). Ilościowe obciążenie pracą odnosi się do ilości pracy do wykonania, natomiast jakościowe obciążenie pracą dotyczy stopnia trudności tej pracy. Oba te wymiary obciążenia pracą są niezależne, możliwe jest zatem, że wykonywana praca wiąże się z przeciążeniem ilościowym i niedociążeniem jakościowym. Tego rodzaju pracą są przykładowo prace montażowe w bardzo krótkich, powtarzalnych cyklach. Obecnie istnieją już mocne dowody potwierdzające, że stwarza ona zagrożenie zarówno dla zdrowia fizycznego jak psychicznego. Glowinkowski i Cooper (1986) wskazują, że przeciążenie lub niedociążenie pracą może powodować zaniżenie samooceny, zwiększać nasilenie palenia tytoniu i wywoływać różne problemy somatyczne lub psychologiczne. Kahn i Byosiere (1990) poszerzyli argumentację w tej kwestii sugerując, że obciążenie pracą jest funkcją jakości, ilości i czasu.

Jones i in. (1998) wykazali, że pracownicy uskarżający się na wysoki poziom stresu oraz choroby odstresowe 20,5 raza częściej niż populacja ogólna osób pracujących wskazywali, że „pracują pod presją nieprzekraczalnych terminów” i „mają zbyt wiele pracy do wykonania”. Kierownicy często radzą sobie z nadmiarem pracy wydłużając godziny pracy i choć w krótkiej perspektywie czasowej może to stanowić pewne rozwiązanie podstawowego problemu, długie godziny pracy – jeśli stają się regułą - same w sobie mogą powodować negatywne skutki zdrowotne (Cox, Griffiths i Rial-Gonzalez, 2000). Badania podłużne kierowców autobusów, zarówno mężczyzn i kobiet, przeprowadzone przez Rydstedta, Johanssona i Evansa (1998) wykazało, że zmiany w obciążeniu pracą na przestrzeni 18 miesięcy spowodowały, że zmęczenie wykroczyło poza godziny pracy i przeniosło się także na czas odpoczynku oraz przyczyniły się do wystąpienia symptomów psychosomatycznych. Co więcej, nie zaobserwowano żadnych istotnych różnic międzyplciowych ani żadnych oddziaływań między płcią i stresorami, zaś uwzględnienie zmiennych związanych z negatywną emocjonalnością nie wpływało na zmianę tych wyników.

Badacze stwierdzili także związek między sposobem zarządzania produkcją a nagłymi zgonami z przyczyn sercowo-naczyniowych i mózgowo-naczyniowych, które to zgony określane w Japonii mianem „*karoshi*”, co oznacza „śmierć z przepracowania” stanowią ważny przedmiot dyskusji począwszy od lat '70 XX wieku. W przeglądzie literatury poświęconym *karoshi* (Nishiyama i Johnson, 1997) analizowano specyficzny japoński światopogląd oraz sposób organizacji produkcji i sugerowano, że mechanizm stresu może pośredniczyć między systemem organizacji produkcji a *karoshi*. Hamer i in. (2004) na próbie 1346 pracowników norweskiego przemysłu spożywczego badali kontrybucję norm organizacyjnych odnośnie poziomu wymagań w pracy oraz relacji społecznych i konfliktu praca-dom w występowanie stresu zawodowego i negatywnych skutków zdrowotnych pod postacią *karoshi*. Wyniki wskazują, że normy poziomu organizacyjnego, w szczególności te dotyczące kontroli wydajności pracy (prowadzące do zwiększenia obciążenia pracą) miały wpływ na poziom stresu zawodowego większy niż bezpośrednie wymagania wobec pracownika lub poziom wsparcia społecznego w miejscu pracy.

Obciążenie pracą należy rozpatrywać w kontekście tempa pracy, co oznacza prędkość, z jaką praca musi zostać ukończona oraz charakter i kontrolę wymagań co do tempa pracy, tj. w rytmie narzuconym maszynowo, systemowo lub regulowanym samodzielnie (Cox, Griffiths i Rial-Gonzalez, 2000). Przy pewnych ograniczeniach, kontrola procesu pracy może stanowić główny czynnik determinujący stan zdrowia (Sauter i in., 1989). Zgromadzono liczne dowody potwierdzające, że maszynowo lub systemowo narzucony rytm pracy, w szczególności wymuszający szybkie tempo pracy, ma szkodliwy wpływ zarówno na zdrowie psychiczne jak i somatyczne (Bradley, 1989, Cox 1985a, 1985b, Smith i in., 1981, Smith, 1985). Schriber i Gutek (1987) zidentyfikowali kilka wymiarów temporalnych, które mogą być miarą parametrów organizacyjnych. Presja czasu (*time urgency*) zwykle traktowana jest jako cecha osobnicza (przykładowo w odniesieniu do Wzoru Zachowania A), ale równie dobrze może ona być właściwością pracy.

2.3. Harmonogram pracy: praca zmianowa i długie godziny pracy

Znaczna część literatury dotyczącej harmonogramu pracy traktuje o pracy zmianowej (i w porze nocnej) oraz o długich godzinach w pracy. Stres jest powszechnym następstwem pracy zmianowej, długich godzin spędzanych w pracy, pracy polegającej na wykonywaniu zadań wymagających zakłóceń nawyków związanych ze snem i skutkujących zmęczeniem. Podwyższone ryzyko wystąpienia stresu związane jest z zakłóceniami naturalnych biologicznych cykli

okołodobowych, skróconym czasem i gorszą jakością snu w ciągu dnia, oraz konfliktem ról zawodowych i prywatnych. Zmęczenie może oddziaływać dwojako: z jednej strony może predystynować pracownika do doświadczania stresu, z drugiej może wzmacniać oddziaływanie dowolnego istniejącego wcześniej czynnika stresogennego. Stres i zmęczenie w największym stopniu dotyczą osoby pracujące w porze nocnej, przy czym aż 75% pracowników zmianowych odczuwa senność podczas każdej nocnej zmiany (Akerstedt, 1995, 1988, 1985).

Wczesne badania nad wpływem pracy zmianowej na zdrowie (Harrington, 1978; Johnson, 1981; Monk i Tepas, 1985; Rutenfrantz i in., 1977, 1985) wskazują, iż mimo dobitnych dowodów potwierdzających, że praca zmianowa, szczególnie praca w porze nocnej, powoduje zakłócenia rytmów okołodobowych oraz zaburzenia wzorca snu, nadal niewiele jest dowodów wskazujących, że wpływa to znacząco na wystąpienie poważnych skutków zdrowotnych. Jednakowoż, udowodniono związek między pracą w porze nocnej a dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego oraz między pracą zmianową i zmęczeniem. Badanie bristolskie (*Bristol survey*) wskazuje, że uczestnicy, u których występuje wysoki poziom stresu zawodowego częściej pracują w nocy niż pracownicy o niskim poziomie stresu związanego z pracą (Smith i in., 2000). W nowszych badaniach pielęgniarek pracujących w porze nocnej, Kobayashi i in., (1999) stwierdzili, że poziom kortyzolu oraz aktywności limfocytów NK były w porze nocnej niskie, co sugeruje, że praca w porze nocnej jest wysoce stresogenna i może być szkodliwa dla układu immunologicznego. Kilka niezależnych badań nad pracą zmianową pielęgniarek pozwoliło uszczegółowić zakres szkodliwych skutków (Bohle, 1999). Przykładowo, w badaniu stanu zdrowia pielęgniarek przeprowadzonym przez Lehto i wsp., autorzy skupili się z kolei na pracy zmianowej. Badaniem objęto kohortę 79 109 kobiet i stwierdzono 1,4-krotny wzrost ryzyka choroby niedokrwiennej serca bez skutku śmiertelnego oraz 1,2 – krotny wzrost ryzyka choroby niedokrwiennej serca ze skutkiem śmiertelnym wśród kobiet, które kiedykolwiek pracowały w systemie zmianowym z dyżurami nocnymi; przy czym, autorzy konstatują, że podwyższone ryzyko występuje po 6 latach pracy zmianowej (Lehto i wsp., za: Nurminen i Karjalainen, 2001).

W niedawnych badaniach nad różnicami między pracownikami pracującymi w dzień i w nocy (n=4590) pod względem narażenia na fizyczne i psychospołeczne czynniki ryzyka zawodowego w sektorze opieki nad osobami starszymi w Danii, Nabe - Nielsen i in. (2009) stwierdzili, że w porównaniu z osobami pracującymi w dzień, osoby, które stale pracują w nocy są bardziej narażone na obniżoną kontrolę w pracy, niskie wsparcie społeczne ze strony przełożonych, oraz przemoc fizyczną i psychiczną a także wysokie wymagania fizyczne. Pracujący w nocy byli jednak mniej narażeni na ogólnie wysokie wymagania związane z pracą. Różnice te utrzymywały się po uwzględnieniu wieku, stanowiska oraz miejsca pracy. Autorzy zasugerowali zatem, że wyniki te wskazują na wagę właściwego uwzględnienia cech pracy przy badaniu skutków zdrowotnych pracy zmianowej. We wcześniejszych badaniach podłużnych, Shields (2002) eksplorował charakterystykę pracowników zmianowych i porównywał czynniki stresogenne oraz zachowania zdrowotne pracowników zmianowych i osób pracujących na jedną, dzienną zmianę. Na podstawie czteroletnich analiz wskazano, że mężczyźni pracujący wieczorami, w systemie rotacyjnym lub w ramach nieregularnych harmonogramów zmian mieli podwyższony wskaźnik diagnozowania chorób przewlekłych o okresie czterech lat. Poziom dystresu psychologicznego był podwyższony w okresie dwuletnim, zarówno w grupie mężczyzn jak i wśród kobiet pracujących wieczorowo.

Thomas, Hertzman i Power (2009) na podstawie danych z brytyjskich badań kohortowych (n=7916, pracujący zarobkowo w wieku 45 lat) analizowali wpływ pracy w porze nocnej, długich godzin pracy, psychospołecznego stresu zawodowego na „obiektywne mierniki stresu” – wydzielanie kortyzolu w wieku średnim. Mierzyli oni dwukrotnie w ciągu tego samego dnia poziom kortyzolu w ślinie, by uchwycić spadek po przebudzeniu, ułatwiający analizę różnych wzorców kortyzolowych: (1) czas 1 (T1 45 minut po przebudzeniu); (2) czas 2 (T2 trzy godziny po T1); (3) średni poziom ekspozycji na kortyzol w ciągu trzech godzin od T1 do T2 i (4) zmiana z T1 do T2. W celu identyfikacji zmienionego dobowego wzorca kortyzolu badacze obliczali: (1) dynamikę zmiany kortyzolu T1-T2; (2) szczytowe 5% T1; (3) najniższe 5% T1; oraz (4) hypo- lub hipersekrecję T1. Modele uwzględniały także pozycję socjoekonomiczną w momencie urodzin i w dorosłości, kwalifikacje, stan cywilny, dzieci na utrzymaniu oraz palenie tytoniu. Wyniki wskazują, że 25% mężczyzn i 8% kobiet było narażonych na oddziaływanie więcej niż jednego czynnika w środowisku pracy (praca w godzinach nocnych, wydłużone godziny pracy, stres związany z pracą). Praca nocna wiązała się z 4,28% (95%, CI 1,21 do 7,45) wzrostem wydzielania kortyzolu średnio w ciągu trzech godzin, niezależnie od napięcia psychicznego w pracy i godzin pracy. Pracownicy nocni, nie eksponowani na stres w pracy (w ujęciu Karaska) mieli podniesiony poziom kortyzolu T1 (5,81%, 95%, CI 1.61-10.19), chociaż dla poziomu kortyzolu w czasie 2 (T2) podniesiony poziom wykazywała grupa pracujących w nocy o niskiej kontroli (11,72%, 95% CI 4,40-19,55). Wyniki wskazują więc, że praca w porze nocnej wiąże się z podwyższonym wydzielaniem kortyzolu a zaburzenia wydzielania kortyzolu mogą dotyczyć podgrup narażonych na specyficzną kombinację stresorów, jak np. połączenie pracy nocnej i długich godzin pracy.

Pracownicy starsi zwykle doświadczają większych trudności w sytuacji, gdy muszą tolerować zakłócenia rytmu okołodobowego, stąd mogą wykazywać opóźnione reakcje, być bardziej senni oraz gorzej radzić sobie z zadaniami wymagającymi precyzji i koncentracji uwagi. Dla przykładu w przypadku kierowców ciężarówek kursujących na długich trasach, w wieku powyżej 55 lat wykładniczo rośnie ryzyko śmiertelnych wypadków drogowych (Mayhew, 1993). Dodatkowym stresorem jest także występowanie konfliktów ról prywatnych i zawodowych; dla przykładu, kobiety pracujące w rytmie zmianowym wychowujące dzieci mogą częściej doświadczać zakłóceń snu (Bohle, 1999). Ryzyko zmęczenia i stresu wzrasta w przypadku gwałtownych zmian grafiku, w przypadku częstego powtarzania schematu „późny koniec – wczesny początek zmiany”, co jest znacznie bardziej stresogenne niż praca w porze nocnej (Bohle, 1999). Stres pojawia się także w wyniku krótszych okresów snu w ciągu dnia, lub jako skutek gorszej jakości snu rozpoczynającego się w godzinach porannych, jako że taki sen jest wbrew naturalnemu rytmowi okołodobowemu (Akerstedt, 1995).

Rosnąca popularność zmian 12-godzinnych może przyczynić się zatem do wzrostu rozpowszechnienia zmęczenia, a przez to do zwiększonego rozpowszechnienia stresu (szczególnie wśród osób pracujących w nadgodzinach). Negatywne konsekwencje zdrowotne pracy w 12-godzinnym systemie zmianowym w znacznie większym stopniu wydają się dotyczyć zmian w porze nocnej niż tych w ciągu dnia. Jednakże, badania naukowe nad negatywnymi skutkami pracy w systemie 12 – godzinnych zmian przeprowadzono jak dotąd w stopniu minimalnym (Leka i Jain, 2010). Badanie bristolskie wskazuje, że 30% pracowników wykazujących wysoki poziom stresu zawodowego często było zmuszonych do pozostawiania w pracy przez dłuższy czas lub w godzinach sprzecznych z rytmem społecznym, przy czym sytuacja taka dotyczyła tylko 17% mniej zestresowanych pracowników (Smith i in., 2000). Jednakże należy tu też podkreślić, że efekt „zdrowego pracownika” może zakłócać wyniki dużej części badań poświęconych wpływom pracy w

porze nocnej. Większość pracowników zmianowych podaje, że ma chronicznie pogorszony stan zdrowia i dobrostan (bohle, 1999, Akerstedt, 1995,1988, 1985). Niemniej jednak toczy się istotna dyskusja nad wkładem jakie praca zmianowa ma w pojawienie się chorób somatycznych, włączając w to chorobę niedokrwienną serca. Boggild i Knutsson (1999) przeanalizowali 17 badań poświęconych pracy zmianowej i ryzyku chorób sercowo-naczyniowych. Zwrócili oni uwagę na problemy metodologiczne występujące w większości tych badań, takie jak stronniczość próby, sposób klasyfikacji narażenia, klasyfikacja skutków, a także adekwatność grup odniesienia. Z drugiej strony stwierdzili oni także, że pracownicy zmianowi mieli ryzyko zachorowania wyższe o 40%. Możliwy mechanizm przyczynowy wzrostu ryzyka upatrywany jest tu w pośredniczącej roli klasycznych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, związanych z zakłóceniem rytmów okołodobowych, zaburzonych wzorców społeczno-temporalnych, wsparciem społecznym, stresem, zachowaniami zdrowotnymi (palenie tytoniu, dieta, alkohol, wysiłek fizyczny) oraz zmianami biochemicznymi (cholesterol, trójglicerydy, itp.). Autorzy konkludują, że ryzyko to ma charakter wieloczynnikowy, zaś literatura skupiła się na zachowaniach pracowników zmianowych, lekceważąc przy tym inne możliwe czynniki etiologiczne.

Badania przeprowadzone w Finlandii wskazują, że pracownicy zmianowi mają 30-50% zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, w porównaniu do pracowników pracujących na jedną, dzienną zmianę, niemniej występują w tym przypadku pewne różnice między poszczególnymi grupami (Tenkanen i in., 1997). Wykazany w tym badaniu mechanizm przyczynowo-skutkowy to zaburzenie rytmu okołodobowego (Tenkanen i in., 1997). Ryzyko zapadalności na chorobę wieńcową rośnie wraz ze wzrostem doświadczenia pracy zmianowej (Knutsson, 1989). Jednakowoż, pracownicy zmianowi mają także podwyższony poziom innych czynników ryzyka choroby wieńcowej, włączając zróżnicowanie diety (Knutsson,1989). Inni autorzy argumentują, że „(...) praca zmianowa jest bezwzględny czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej serca (...), praca zmianowa wydaje się pociągać za sobą 40% wzrost ryzyka choroby niedokrwiennej serca” (Nurminen i Karjalainen, 2001). Fińskie badania na próbie 1806 mężczyzn wykazały, że praca zmianowa znacząco wzmacnia inne czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca, w tym palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej oraz otyłość. Ze względu na to, niezwykle istotne jest uwzględnianie w badaniach epidemiologicznych nasilającego ryzyko potencjału wynikającego z klasy społecznej, czynników związanych ze stylem życia, paleniem tytoniu i innych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego (Knutsson i in., 1988; Nurminen i Karjalainen, 2001). Boggild i in. (2001) na losowej próbie w populacji Duńczyków (n= 5940) sprawdzali czy praca zmianowa jest związana z innymi czynnikami środowiska pracy związanymi z chorobami serca. Stwierdzili oni, że w co najmniej jednej grupie pracowników zmianowych występowało większe rozpowszechnienie niemal wszystkich niesprzyjających czynników środowiska pracy, które były przedmiotem analizy (zarówno warunki fizyczne, jak i psychospołeczne), przy czym wyjątek od tej reguły stanowiły tylko: narażenie na pyły i wymagania ilościowe. Konflikty w pracy i niski poziom decyzyjności wykazywały wyższy poziom we wszystkich grupach pracowników zmianowych, a praca w pozycji stojącej, lub wymagająca całodziennego chodzenia oraz praca w niepełnym wymiarze czasu pracy występowała częściej wśród kobiet pracujących w systemie zmianowym.

Peter i in. (1999) badali związki między pracą zmianową, chronicznym psychospołecznym stresem zawodowym oraz dwoma ważnymi czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych: nadciśnieniem tętniczym i lipidami aterogennymi. Zakładano, że psychospołeczny stres zawodowy, rozumiany według modelu ERI Siegrista, jest mediatorem wpływu pracy zmianowej na ryzyko

sercowo-naczyniowe. W sumie 2288 mężczyzn w wieku 30-55 lat na początku szwedzkiego badania WOLF (od angielskiego *work organisation* /organizacja pracy/, *lipids* /lipidy/ i *fibrynogen* /fibrynogen/) przeszło badanie kliniczne oraz wypełniło wystandaryzowany kwestionariusz mierzący harmonogramy pracy zmianowej, nierównowagę między wysiłkiem a wynagrodzeniem w pracy oraz zachowania antyzdrowotne. Stwierdzono, że poza bezpośrednim wpływem pracy zmianowej na choroby naczyniowe, pośredniczącą rolę odgrywa także niesprawiedliwość organizacyjna (nierównowaga wysiłku i nagród w pracy). Ilorazy szans (OR) wyniosły odpowiednio od 2,18 do 2,27 dla nadciśnienia oraz od 1,34 do 1,45 dla aterogenicznych lipidów. Chociaż wyniki w odniesieniu do nadciśnienia tętniczego utrzymywały się po uwzględnieniu innych zmiennych kontrolowanych, część wyników dotyczących aterogenicznych lipidów okazała się być efektem wpływów zachowania.

Innym, związanym z pracą, czynnikiem ryzyka nadciśnienia zidentyfikowanym w ostatnich latach to długie godziny pracy. Yang i in. (2006) na podstawie analizy godzin pracy i deklaracji nt. nadciśnienia na próbie populacji amerykańskiej (n=24205) stwierdzili pozytywną korelację między ilością godzin pracy tygodniowo a występowaniem nadciśnienia tętniczego. Porównując z osobami pracującymi między 11 a 39 godzin tygodniowo, osoby pracujące 40 godzin 14% częściej deklarowały nadciśnienie tętnicze (CI: 1,01 do 1,28), osoby pracujące 41 do 50 godzin tygodniowo – 17% częściej raportowały nadciśnienie (CI: 1,04-1,33) a osoby pracujące 51 godzin lub więcej – 29% (CI: 1,10 do 1,52), po uwzględnieniu innych kontrolowanych zmiennych. Wyniki te jednoznacznie wskazują, że wydłużenie tygodniowego czasu pracy może być czynnikiem ryzyka nadciśnienia tętniczego.

Średni tygodniowy czas pracy w Stanach Zjednoczonych okazał się dłuższy niż w Japonii oraz wszystkich krajach Europy Zachodniej, za wyjątkiem Czech i Węgier (ILO, 2003). Raport z czwartego europejskiego badania warunków pracy wskazuje jednak, że znaczny odsetek pracowników w krajach UE pracuje wiele godzin (17% powyżej 48 godzin tygodniowo). Dane te wskazują także, że problemy zdrowotne (stres związany z pracą i bóle pleców) korelują dodatnio z czasem pracy. Najdłuższe godziny pracy dotyczyły takich sektorów jak: rolnictwo, hotele i restauracje oraz budownictwo (w każdym z tych sektorów kwestia długich godzin pracy dotyczy ponad 20% pracowników) (Eurofound, 2007).

Wcześniejsze badania, które koncentrowały się na wybranych grupach zawodowych, takich jak lekarze, zasługują na szczególną uwagę. Przykładowo, Spurgeon i Harrington (1989) dokonali przeglądu wpływu długich godzin pracy na wydajność i zdrowie lekarzy pracujących w szpitalach. W Wielkiej Brytanii, szczegółowe harmonogramy dyżurów oznaczały, że do niedawna młodszy lekarze pracowali około 102 godzin. Spurgeon i Harrington (1989) składowali, że liczne badania wskazują, że istotny odsetek świeżo upieczonych lekarzy wykazuje pewien stopień zaburzeń w stanie zdrowia psychicznego. Argumentują oni, że może to być wynikiem deprywacji snu, która prawdopodobnie zwiększa podatność lekarzy na oddziaływanie innych zagrożeń w środowisku pracy. W odpowiedzi na ten problem NHS ustanowił grupy zadaniowe, aby znacznie zredukować ilość godzin przepracowywanych przez młodych lekarzy, jednak Fielden i Peckar (1999) nadal zidentyfikowali bezpośredni związek między ilością przepracowanych godzin i poziomem stresu (choć ilość godzin pracy była pozytywnie skorelowana z postrzeganą dostępnością wsparcia społecznego). Jednakże, mimo dostępu do wyższego poziomu efektywnego wsparcia społecznego, młodzi lekarze zatrudnieni w szpitalach napotykali istotnie więcej źródeł stresu oraz wykazywali gorszy stan zdrowia psychicznego niż ich starsi koledzy.

Istnieje również związek między długimi godzinami pracy a zgonami w wyniku choroby wieńcowej. Dla przykładu, Breslow i Buell (1960) stwierdzili, że osoby w wielu poniżej 45 lat, które pracowały ponad 48 godzin tygodniowo miały dwukrotnie wyższe ryzyko zgonu z powodu choroby wieńcowej niż odpowiadające im osoby pracujące w tygodniu 40 godzin lub mniej. Inne badanie dotyczące młodych pacjentów wieńcowych wykazały, że co czwarty z nich pracował na dwóch etatach a dalsze 40% pracowało ponad 60 godzin tygodniowo (Russek i Zohman, 1958).

Kontrola harmonogramów pracy stanowi istotny element projektowania stanowisk i organizacji pracy. Kontrolę taką może zapewnić elastyczne zarządzanie czasem pracy (Landy, 1989). Przeprowadzona przez Sparksa, Coopera, Frieda i Shiroma (1997) metaanaliza czasu pracy i stanu zdrowia, pozwoliła wykazać nieznaczną, ale istotną tendencję do narastania objawów chorobowych wraz ze wzrostem czasu pracy. Objawy te obejmowały znaczne spektrum: od nieznacznych objawów somatycznych (jak bóle głowy) do bardziej poważnych zaburzeń stanu zdrowia (np. zawał mięśnia sercowego). W innym przeglądzie, Spurgeon i in. (1997) stwierdzili, że postawy i motywacje pracowników, wymagania związane z pracą oraz inne aspekty kultury i klimatu organizacyjnego mają wpływ na natężenie i specyfikę skutków w zakresie wydajności oraz zdrowia. Jednakże, zwracają oni także uwagę, że istnieją już wystarczające dowody naukowe by poddać pod rozważenie ryzyko zdrowotne i niebezpieczeństwo wynikające z długich godzin pracy.

Limehara i in. (2007) w badaniach przekrojowych stwierdzili na próbie japońskich pediatrów (n=590, pracujący powyżej 35 godzin tygodniowo), że stresogenne czynniki środowiska pracy są określone modelem wymagania-kontrola-wsparcie oraz symptomami somatycznymi. Wyniki wskazują, że dłuższy tygodniowy czas pracy wiązał się z większymi wymaganiami w pracy, niższą kontrolą nad pracą i większym nasileniem symptomów somatycznych. Po uwzględnieniu godzin pracy, większa ilość dni bez nadgodzin wiązała się z niższymi wymaganiami w pracy, większą kontrolą nad pracą i niższym nasileniem objawów somatycznych, co wskazuje, że dni robocze bez nadgodzin stanowią czynnik ochronny, który może ułatwiać regenerację.

Kawakami i in. (1999) przez 8 lat badali wpływ pracy w nadgodzinach oraz psychospołecznych warunków pracy na pojawienie się nieinsulinozależnej cukrzycy wśród mężczyzn w Japonii (badanie prospektywne, n=2194). Stwierdzili oni, że - uwzględniając wiek - występowanie nieinsulinozależnej cukrzycy jest istotnie wyższe wśród osób, które mają więcej niż 50 nadgodzin miesięcznie w porównaniu z tymi, którzy przepracowali 25 godzin lub mniej. Badanie ujawniło również, że osoby, które przepracowały w miesiącu 50 nadgodzin miały 3,7 razy wyższe ryzyko zachorowania na nieinsulinozależną cukrzycę, po uwzględnieniu znanych czynników ryzyka.

Grosch i wsp. (2006) na podstawie danych z modułu jakości życia zawodowego (QWL) zaprojektowanego na potrzeby Badania Populacji Ogólnej 2002 (*General Social Survey*, n= 1744), analizowali związki między długimi godzinami pracy w USA a charakterystyką demograficzną i organizacyjną, psychospołecznymi warunkami pracy oraz zdrowiem. Na podstawie tygodniowego czasu pracy wyodrębnili oni pięć grup: niepełny wymiar czasu pracy (1-34 godzin tygodniowo), pełny wymiar czasu pracy (35-40 godzin tygodniowo), nieznacznie w nadgodzinach (41-48 godzin tygodniowo) średnio w nadgodzinach (49-69 godzin tygodniowo), znacznie w nadgodzinach (70 lub więcej godzin tygodniowo) i sprawdzali związki przynależności do tych grup a różnymi miarami zdrowia i dobrostanu. Wyniki wskazują, że praca w nadgodzinach wiąże się z wyższym poziomem stresu zawodowego i poczuciem przepracowania, ale wiąże się także z wyższym udziałem w

procesach decyzyjnych oraz możliwościami rozwoju umiejętności szczególnych. Znalezione także kilka istotnych związków między czasem pracy a wskaźnikami zdrowia i dobrostanu, w szczególności w grupie pracujących co najmniej 70 godzin tygodniowo, podkreślając negatywny wpływ długich godzin pracy na stan zdrowia. Długie godziny pracy mają także wpływ na funkcjonowanie poznawcze (Virtanen i in., 2009). Na podstawie danych bazowych i zbieranych w trakcie pierwszej fali badania Whitehall II², po uwzględnieniu innych możliwych czynników ryzyka, stwierdzili, że praca ponad 55 godzin tygodniowo (w porównaniu z 40 godzinami tygodniowo) wiązało się z niższymi wynikami w teście słownym, zarówno na wejściu jak i w późniejszych pomiarach, a także ze spadkiem poziomu wykonania testu rozumowania, co wskazuje na bezpośrednią zależność między długim czasem pracy a pogorszeniem parametrów wpływających na efektywność i bezpieczeństwo pracy.

Shields (1999), przez okres dwóch lat, na próbie dorosłych pracowników w wieku 25-54, pracujących co najmniej 35 godzin tygodniowo (n=3830), badał związki między długimi godzinami pracy, depresją oraz zmianą wybranych zachowań zdrowotnych (zmiana wagi, palenie tytoniu, konsumpcja alkoholu i aktywność fizyczna, przy uwzględnieniu zmiennych socjoekonomicznych i zawodowych, takich jak poziom wykształcenia, dochód, zawód, praca zmianowa i samozatrudnienie). Badanie wykazało, że kobiety pracujące wiele godzin mają większe ryzyko zachorowania na depresję. Wzrost ilości godzin pracy wiązał się także z niezdrowym wzrostem wagi wśród mężczyzn, wzrostem palenia tytoniu niezależnie od płci, a także ze wzrostem konsumpcji alkoholu wśród kobiet. Podobne wnioski wypływają także z polskich badań, gdzie przykładowo wzrost tygodniowego czasu pracy wiąże się ze wzrostem skłonności do nadużywania alkoholu, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, a tendencja ta utrzymuje się po uwzględnieniu w modelu również takich czynników jak wychowywanie się w rodzinie alkoholowej (Orlak, 2010).

Długie godziny pracy okazały się także mieć negatywny wpływ na wzorce snu (długość, jakość) (Cox, Griffiths i Rial-Gonzalez, 2000). Virtanen i in. (2009) badał jak dalece narażenie na długie godziny pracy ma wpływ na krótki sen, trudności w zasypianiu, częste budzenie się, wczesne budzenie się oraz brak odczucia „wyspania się”. Wykorzystali oni dane z badania Whitehall II, tj. dwóch pomiarów czasu pracy (faza 3, 1991-1994 i faza 5 1997-1999) oraz dwóch pomiarów subiektywnych zaburzeń snu (faza 5 i faza 7, 2002-2004). Próba składała się z pracowników pełnoetatowych bez zaburzeń snu w fazie 5 i pozostających w zatrudnieniu w fazach 5 i 7 (n=937-1594) lub w fazach 3, 5 i 7 (n=886 -1510). Stwierdzili, że praca ponad 55 godzin tygodniowo, w porównaniu do 35-40 godzin tygodniowo, wiąże się z występowaniem zaburzeń snu. Po uwzględnieniu czynników demograficznych, narażenia na długie godziny pracy wiązało się z ilorazem szans 1,98 (1,05; 3,76) dla skrócenia czasu snu; 3,68 (1,58; 8,58) dla trudności z zasypianiem; oraz 1,98 (1,04; 3,77) dla zmęczenia po przebudzeniu. Powtarzająca się ekspozycja na długie godziny pracy wiązała się z ilorazem szans (OR) 3,24 (1,45; 7,27) dla skrócenia czasu snu; 6,66 (2,64; 16,83) dla trudności z zasypianiem i 2,23 (1,16; 4,31) dla przedwczesnego budzenia się rano. Jednakże, zaburzenia snu mogą być także wynikiem innych czynników związanych z pracą. Akerstedt i in. (2002), w ramach badania przekrojowego na próbie 5720 zdrowych, pracujących mężczyzn i kobiet mieszkających w Sztokholmie, testowali wielozmiennowy model związków między zaburzeniami snu a różnymi

² Badania Whitehall opierają się o główne podłużny projekt badawczy, który zaczął się w Wielkiej Brytanii w 1967 roku. Badanie Whitehall II objęło 10000 urzędników cywilnych Zjednoczonego Królestwa zatrudnionych w różnych ministerstwach od 1985 roku. Charakterystyka warunków pracy określona w badaniach Whitehall została uznana za dobry predyktor przyszłego funkcjonowania społecznego, psychologicznego i fizycznego.

czynnikami związanymi z pracą oraz ze stylem życia i pochodzeniem. Wyniki wskazują, że wysokie wymagania związane z pracą (OR=2,15) i wysiłkiem fizycznym w pracy (OR=1,94) stanowiły czynnik ryzyka zaburzeń snu, podczas gdy wysoki poziom wsparcia społecznego wiązał się z redukcją tego ryzyka (OR=0,44). Autorzy wskazują także, że niezdolność do zaprzestania martwienia się o sprawy zawodowe w czasie wolnym może stanowić istotny łącznik między stresem a zaburzeniami snu.

Jak wykazano, spędzanie dużej ilości czasu w pracy może mieć bezpośredni wpływ na zdrowie, jak również na zachowania zdrowotne. Długie godziny pracy mogą wpływać na zdrowie także w sposób pośredni, jak to wykazał Fell i wsp. (2007) w interesującym badaniu, mającym na celu analizę związków czasu pracy z korzystaniem z podstawowej opieki medycznej w czterech prowincjach kanadyjskich. Badaniem w ciągu roku objęto grupę 3008 mężczyzn i 2609 kobiet. 79% mężczyzn i 92% kobiet co najmniej raz w czasie trwania badania korzystało z usług podstawowej opieki medycznej. W sumie 35% mężczyzn i 12% kobiet było narażonych na długie godziny pracy. Najniższy poziom korzystania z usług podstawowej opieki medycznej występował wśród osób, które pracowały długo w godzinach standardowych (ponad 45 godzin tygodniowo średnio, przede wszystkim na jedną zmianę dzienną) (mężczyźni: 8,47 na 1000 osobodni, kobiety: 13,63 na 1000 osobodni). Pracownicy umysłowi spędzający dużo czasu w pracy korzystali z podstawowej opieki medycznej istotnie rzadziej niż pracownicy umysłowi pracujący w normalnym czasie pracy. Związek korzystania z podstawowej opieki medycznej i pracy w nadgodzinach różnił się także w zależności od zawodu.

Należy jednak podkreślić, iż mimo., że wiele badań poświęcono związkom między wydłużonym czasem pracy i zdrowiem (Harrington, 2001), van der Hulst (2003) w przeglądzie 27 badań empirycznych wskazuje, że wyniki są niejednoznaczne, gdyż wiele badań pomija inne możliwe czynniki, choć jednocześnie potwierdzają, że praca w nadgodzinach przynosi niekorzystne skutki zdrowotne mierzone różnymi wskaźnikami (choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca, przedwczesna emerytura z powodu niepełnosprawności, samoocena stanu zdrowia somatycznego, subiektywne zmęczenie). Ponadto, badania wskazują na związki między przedłużonym czasem pracy a zmianami fizjologicznymi (parametry immunologiczne i sercowo-naczyniowe) oraz zmianami w zachowaniach wpływających na zdrowie (skrócenie czasu snu). Znaczenie mechanizmów odnowy fizjologicznej wydaje się przy tym silniejsze niż znaczenie mechanizmów zachowań związanych ze stylem życia. Jednakże, przez wzgląd na luki w obecnym stanie wiedzy oraz ograniczenia metodologiczne badań objętych przeglądem literatury, badacze sugerują konieczność dalszych badań.

2.4. Kontrola nad pracą

Swoboda decyzyjna i kontrola jaką pracownik posiada nad wykonywaną przez niego pracą stanowią istotne problemy w obszarze projektowania stanowisk i organizacji pracy. Często odzwierciedlane są one przez zakres w jakim pracownicy partycypują w procesie decyzyjnym odnoszącym się do ich pracy. Jednakże istnieją także inne aspekty partycypacji, takie jak status zawodowy, które mogą wpływać na zdrowie i zachowanie (Cox, Griffiths i Rial-Gonzalez, 2000). Doświadczenie małej kontroli w procesie pracy lub utraty kontroli nad pracą – niskiego zakresu decyzyjności – zostały wielokrotnie powiązane z doświadczaniem stresu oraz z lękiem, depresją, apatią i wyczerpaniem, niską samooceną oraz podwyższoną częstością występowania objawów kardiologicznych (Ganster, 1989; Karasek i Theorell, 1990; Sauter i in, 1989, Terry i Jimmieson, 1999). Co interesujące, na podstawie badań 244 zawodów w Szwecji, mężczyźni stale wykazywali wyższy poziom kontroli nad pracą niż kobiety, nawet w zawodach stereotypowo uznawanych za damskie

(Hall, 1991). Opierając się m.in. na pracach Karaska zakłada się, że zwiększanie kontroli pracowników jest powszechnie korzystne. Przykładowo, Cox (1990) i War (1992) argumentują, że idealnie byłoby gdyby pracownicy byli władni planować swoją pracę, kontrolować obciążenie pracą, decydować o sposobie wykonywania pracy i to, w jaki sposób powinny być rozwiązywane problemy. Jednakże Neufeld i Patersen (1989) argumentują, że kontrola może być mieczem obosiecznym; wymagania wynikające z konieczności podejmowania decyzji i dokonywania wyborów same w sobie mogą stanowić źródło stresu.

Początkowo Karasek (1979, 1981) i Aronson (1989) zidentyfikowali powiązania między natężeniem kontroli nad pracą (czy zakresem decyzyjności) i wymaganiami jakie stawia praca oraz interakcją w jaką one wchodzi i wpływ tej interakcji na stan zdrowia i narastanie stresu. Literatura badawcza wskazuje jednak, że brak kontroli nad pracą stanowi kluczową, niezależną zmienną determinującą poziom stresu, zachowania zdrowotne oraz negatywne skutki zdrowotne (Aronson, 1999a, 1999b, 1989; Aronson i Goransson 1999; Karasek 1981, 1979, Marmot i in., 1997, Stansfeld i in., 2000; Syrne, 1997).

Rugulies i in. (2006), na próbie 4133 pracowników (w tym 43% kobiet) reprezentatywnych dla duńskiej populacji osób pracujących w latach 1995 – 2000, analizowali wpływ psychospołecznej charakterystyki pracy na występowanie różnych objawów depresji. Stwierdzili oni, że kobiety o niskim wpływie na pracę (ryzyko względne (RR) = 2,17, przedział ufności (CI) 95%: 1,23; 3,82) i małym wsparciu ze strony przełożonych (RR=2,03, (CI) 95%: 1,20; 3,43) znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia równych objawów depresji. Bosma i wsp. (1997) w ramach badania Whitehall II (n= 6895 mężczyzn i 3413 kobiet, przez okres 5 lat), eksplorowali rolę niskiej kontroli nad pracą i ryzyko choroby wieńcowej. Donoszą oni, że mężczyźni i kobiety doświadczające niskiej kontroli nad pracą, niezależnie od tego czy kontrola ta jest oceniana niezależnie czy w wyniku samoopisu, mają podwyższone ryzyko pojawienia się choroby wieńcowej serca w okresie pięciu lat. Kontrola nad pracą oceniana dwukrotnie w odstępie trzech lat, pomimo interkorelacji, miała kumulatywny wpływ na wystąpienie nowych zachorowań. U osób, które w obu pomiarach wykazały niski poziom kontroli nad pracą, szansa wystąpienia późniejszego incydentu naczyniowego wyniosła średnio OR= 1,93 (1,34 do 2,77) w porównaniu do osób, które przy obu pomiarach miały wysoki stopień kontroli nad pracą. Wykorzystując te same dane, Bosma, Stansfeld i Marmott (1998) przeanalizowali rolę różnego rodzaju charakterystyk osobowościowych w powiązaniu z niskim poziomem kontroli nad pracą oraz chorobą niedokrwienną serca wśród pracowników brytyjskiej służby cywilnej, zarówno kobiet jak i mężczyzn i wykazali, że zarówno kobiety jak i mężczyźni, którzy doświadczali niskiej kontroli nad pracą, w okresie 5,3 lat obserwacji mieli 1,5 – 1,8 wyższe ryzyko wystąpienia nowego zachorowania na serce. Badacze wykazali również, że takie czynniki psychologiczne jak wrogość, negatywna emocjonalność, lekkie dolegliwości natury psychiatrycznej, radzenie sobie ze stresem oraz cechy osobowe nie miały istotnego wpływu na zachorowanie, nie były czynnikami pośredniczącymi ani nie modyfikowały skutków, zaś ich wpływ na związek między kontrolą w pracy a zachorowaniem był nikły, prowadząc do wiarygodnej konkluzji, iż wzrost poziomu kontroli pracownika nad wykonywaną przez niego pracą, zasadniczo może obniżyć poziom ryzyka zachorowania na serce w całej populacji pracującej.

Analiza danych z drugiego „badania Whitehall” również potwierdziła, że zawody, które charakteryzują się niskim poziomem kontroli pracownika nad wykonywaną przez niego pracą (ale nie wysokimi wymaganiami) wykazują związek z podwyższonym ryzykiem wystąpienia choroby

niedokrwiennej serca, niezależnie od statusu socjoekonomicznego oraz klasycznych czynników ryzyka tej choroby (Marmot i in., 1997). W drugim badaniu Whitehall oceniano trzy objawy choroby niedokrwiennej serca, tj: anginę, ostre bóle w klatce piersiowej oraz potwierdzone medycznie niedokrwienie. Mierzono następujące ryzyka chorób sercowo-naczyniowych: palenie tytoniu, poziom cholesterolu, indeks masy ciała (wskaźnik BMI), nadciśnienie tętnicze oraz aktywność fizyczna; urzędnicy zostali równolegle pogrupowani i zaliczeni do trzech kategorii (Marmot i in., 1997). Ogólne wnioski wskazują na odwrotną zależność między ryzykiem rozwoju choroby niedokrwiennej serca a sytuacją zawodową, przy czym niski poziom kontroli nad pracą (co było ściśle powiązane z pozycją w hierarchii służbowej) wnosił istotny wkład w chorobę niedokrwinną serca. Marmot i wsp. (1997) konkludują, że niski poziom kontroli w pracy jest zaangażowany w proces pośredniczący między statusem socjoekonomicznym a chorobą niedokrwinną serca. Podobnie, w szwedzkim badaniu poświęconym zawałowi serca stwierdzono, że kombinacja subiektywnie postrzeganych wysokich wymagań w pracy oraz subiektywnie spostrzeganą niewielką decyzyjnością stanowi niezależny czynnik ryzyka zawału serca, po uwzględnieniu wszystkich kontrolowanych zmiennych (Theorell i in., 1998). W późniejszych badaniach Andersen i wsp. (2004) stwierdzili, że zakres decyzyjności i ujawniany poziom kompetencji wykazują silny związek ze statusem socjoekonomicznym, a wpływ decyzyjności w pracy na ryzyko wystąpienia zawału serca jest częściowo moderowany przez ujawniany poziom kompetencji.

Tsutsumi i wsp. (2003) w ramach badań przekrojowych na próbie 6 759 japońskich pracowników rolnych przeanalizowali związek pomiędzy charakterystyką pracy definiowaną modelem wymagania-kontrola oraz zachowań zdrowotnych. Wysokie wymagania psychologiczne wiązały się z dużą konsumpcją tytoniu, zwiększonym rozpowszechnieniem używania alkoholu oraz wysokim poziomem wysiłku fizycznego związanego w pracą. Niska kontrola nad pracą wiązała się natomiast z niewielkim poziomem spożycia warzyw, mniejszą ilością wypalanych papierosów oraz niskim poziomem wysiłku fizycznego związanego w pracą. Wyniki te potwierdzają możliwy związek między charakterystyką pracy a zachowaniami zdrowotnymi.

Analiza mechanizmów oddziaływania zdrowotnego modelu wymagania-kontrola objęła także procesy poznawcze i reakcje emocjonalne. Poziom lęku i zapadalności na choroby psychiatryczne (mierzone kwestionariuszem GHQ) w ramach badań Whitehall okazały się być wyższe na niższych stanowiskach, gdzie występował niższy zakres swobody decyzyjnej (Stansfeld i in., 2000). Zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn wysokie wymagania w pracy, obejmujące mierniki takie jak tempo pracy i konfliktowość roli, wiązały się ze wzrostem ryzyka wystąpienia zaburzeń psychiatrycznych. Co więcej, niewielki zakres decyzyjności wiązał się ze znacznym wzrostem ryzyka ogólnego pogorszenia zdrowia psychicznego w okresie objętym badaniem (Stansfeld i in., 2000). Inne badania przyniosły mniej jednoznaczne wyniki, prawdopodobnie z powodu opóźnień następujących w związku ze zmieniającym się poziomem zaangażowania w podejmowanie decyzji (Parkes i Sparkes, 1998).

Amick i in. (1998) także stwierdzili związek wysokich wymagań pracy oraz niskiego poziomu kontroli nad pracą z różnorodnymi szkodliwymi konsekwencjami zdrowotnymi. Badanie kierowców autobusów w San Francisco wskazuje, iż brak kontroli nad pracą prowadzi do nadciśnienia, bólów pleców oraz problemów żołądkowo-jelitowych (Syme, 1997). Smith, Kaminstein i Makadok (1995) wskazują, że stanowiska pracy związane z wysokimi wymaganiami i niskim poziomem decyzyjności stanowią źródło stresu, podobnie jak praca w zawodach, które wprowadzie

charakteryzują się znacznym zakresem samodzielności decyzyjnej ale wiążą się równocześnie z koniecznością radzenia sobie z bardzo dużym dopływem informacji (np. policjanci, kontrolerzy ruchu lotniczego oraz pielęgniarki i pielęgniarze). Theorell (1998) przewidywał, że w przyszłości warunki pracy będą polaryzowane, tworząc dwie podstawowe grupy stanowisk pracy: (a) takie, na których praca wiąże się z dużymi wymaganiami, ale daje też duży zakres swobody decyzyjnej oraz (b) takie, na których praca jest mało wymagająca, ale też nie wiąże się z decyzyjnością i że różnica w stanie zdrowia pracowników zatrudnionych na tych dwu grupach stanowisk pracy będzie się stale zwiększać (Theorell, 1998).

Badacze sugerują, że większy stopień partycypacji pracowników w procesach decyzyjnych wiąże się z wyższym poziomem satysfakcji oraz wyższym poczuciem własnej wartości, podczas gdy brak partycypacji wiąże się z poczuciem stresu w pracy i ogólnie gorszym stanem zdrowia somatycznego (Cox, Griffiths i Rial-Gonzalez, 2000). French i in. (1992) wskazują, że brak partycypacji pozostaje w silnej zależności z brakiem satysfakcji zawodowej, jednak prawdopodobnym mediatorem tej zależności są inne zmienne związane z ogólnym dopasowaniem personalno-środowiskowym.

Co więcej, badanie niemieckich robotników (n=516) wykazało, że stres w pracy rozumiany jako nierównowaga między wysiłkiem wkładanym w pracę a szeroko rozumianym wynagrodzeniem jest silnie skorelowana z występowaniem nowych incydentów sercowo-naczyniowych, zwiększoną zachorowalnością na nadciśnienie tętnicze, podwyższonym poziomem lipidów miażdżycorodnych oraz obniżoną sprawnością układu krążenia (Siegrist i in., 1991). Stansfeld i wsp. (1999) na podstawie danych z badania Whitehall II przeanalizowali wpływ pracy na ryzyko wystąpienia w przyszłości zaburzeń psychiatrycznych. Wykorzystując informacje z trzech fal tego badania (dane bazowe z 1 fali: 1985-8; pierwszy pomiar kontrolny z 2 fali przeprowadzonej w roku 1989 oraz drugi pomiar kontrolny na podstawie danych z 3 fali z lat 1991-3) wywnioskowali, że wysokie wymagania zawodowe oraz niesprawiedliwość organizacyjna (brak równowagi wysiłek-nagroda) stanowią czynniki ryzyka wystąpienia zaburzeń psychiatrycznych w przyszłości, przy czym wsparcie społeczne oraz kontrola nad pracą stanowią pozytywny czynnik „ochronny” zdrowia psychicznego. Wyniki badania Whitehall II wskazują także, że niesprawiedliwość organizacyjna wiąże się z większym uzależnieniem od alkoholu, zapadalnością na choroby psychiczne, chorobę niedokrwienną serca, absencją chorobową i ogólnie pogorszonym funkcjonowaniem zdrowotnym (Kuper i in., 2002, 2002a). W przeciwieństwie do tego, wysoki poziom kontroli nad zadaniami zawodowymi wykazuje efekt ochronny (Stansfeld i in., 2000). Tsutsumi i Kawakami (2004) na podstawie przeglądu badań empirycznych przeprowadzonych w modelu nierównowagi wysiłku i nagrody w pracy, obejmującym analizę szeroko zakrojonych badań epidemiologicznych oraz badań populacyjnych przeprowadzonych na dużych reprezentatywnych próbach potwierdzili, że stresujące środowiska pracy (tj. takie, w których brak jest sprawiedliwości organizacyjnej) stanowiły predyktor negatywnych konsekwencji zdrowotnych wśród populacji osób pracujących po uwzględnieniu wszystkich możliwych współlistniejących czynników ryzyka i w każdym badaniu. Van Vechsel i wsp. (2005) na podstawie przeglądu 45 badań również stwierdzili, że hipoteza o szkodliwym oddziaływaniu zdrowotnym niesprawiedliwości organizacyjnej (małe nagrody przy dużym wysiłku niosą ryzyko utraty zdrowia) znalazła wystarczające potwierdzenie w badaniach empirycznych. Jednakowoż wyniki odnoszące się do hipotezy o wpływie wewnętrznego czynnika motywacyjnego w postaci nadmiernego zaangażowania (wysoki poziom nadmiernego zaangażowania (ang. *overcommitment*) może zwiększać ryzyko szkód zdrowotnych) pozostają niejednoznaczne, przy czym moderujący wpływ nadmiernego zaangażowania na zjawisko

niesprawiedliwości organizacyjnej i skutki zdrowotne dla pracowników został przebadany w bardzo niskim stopniu.

Porównując wyniki badań psychospołecznych warunków pracy i samooceny stanu zdrowia pracowników w czterech krajach postkomunistycznych (Polska, Czechy, Litwa i Węgry, $n=3941$) Pickhart i in. (2001) wskazują, że niesprawiedliwość organizacyjna w sposób istotny determinuje subiektywnie oceniany stan zdrowia wśród populacji z tych czterech państw. Li, Yang i Cho (2006) na podstawie badań chińskich lekarzy także donoszą o szkodliwym wpływie jaki na zdrowie pracowników wywierają niekorzystne psychospołeczne warunki pracy i niesprawiedliwość organizacyjna. Mimo, iż badania przekrojowe nie pozwalają wnioskować o przyczynowości, badania te wskazują, że wpływ psychospołecznych warunków pracy na zdrowie pracowników nie ogranicza się do populacji w krajach zachodnich. Oxenstierna i wsp. (2005) na dużej grupie pracujących Szwedów ($n= 53\ 371$) analizowali stan zdrowia pracowników znajdujących się z ośmiu różnych sytuacjach zawodowych, różniących się ze względu na wsparcie od przełożonych i współpracowników, oraz pod względem zakresu decyzyjności. Podają oni, że pracownicy, u których poziom decyzyjności był poniżej przeciętnej częściej doświadczali dolegliwości bólowych po pracy oraz wykazywali ogólnie więcej objawów somatycznych, jak również częściej w tej grupie zdarzała się długoterminowa nieobecność w pracy z powodu choroby w porównaniu z pracownikami o wyższym zakresie kontroli nad pracą, we wszystkich badanych podgrupach. Osoby, które otrzymywały wystarczające wsparcie, zarówno od kolegów jak i przełożonych wykazywali mniej objawów chorobowych oraz rzadziej przebywali na zwolnieniach lekarskich niż pracownicy nie otrzymujący wystarczającego wsparcia. Nie stwierdzono natomiast różnic pod względem absencji chorobowej między osobami, które otrzymywały wsparcie od przełożonych, ale nie od kolegów i osobami pozbawionymi wsparcia ze strony przełożonych i kolegów. Wzorce te ujawniono zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn.

Późniejsze dowody wskazują także, że wysoki poziom uprawnień decyzyjnych przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia. Marchand, Demers i Durand (2005) na podstawie danych z badań podłużnych pochodzących z Statystycznego Badania Stanu Zdrowia Populacji Kanadyjskiej przeprowadzonego czterokrotnie w latach 1994-1995 oraz 2000-2001 ($n= 6359$) przeanalizowali związki między zawodem, warunkami pracy i doświadczeniem dystresu psychicznego. Stwierdzili oni, że miejsce pracy, niepewność zatrudnienia oraz wsparcie społeczne stanowią istotne determinanty dystresu, przy czym większy zakres odpowiedzialności (*ang. decision authority*) zwiększa poziom dystresu psychicznego. Joensuu i wsp. (w druku) na próbie 13868 pracowników przemysłu drzewnego, bez wcześniejszej hospitalizacji z powodu choroby psychicznej, monitorowanych przeciętnie przez 15 lat, badali czy składowe kontroli nad pracą oraz wsparcia społecznego w miejscu pracy mogą stanowić predyktory medycznie potwierdzonych przypadków choroby psychicznej. Po uwzględnieniu innych czynników, stwierdzili że wysoki poziom ujawnianych kompetencji był związany z obniżeniem wskaźnika ryzyka hospitalizacji z powodu choroby psychicznej $HR=0,74$ (0,58-0,95), podczas gdy wysoki poziom odpowiedzialności wiązał się z podwyższeniem tego ryzyka $HR=1,48$ (1,17-1,87). Szczegółowe analizy w podziale na diagnozę wykazały, że poziom ujawnianych kompetencji ma związek z obniżonym ryzykiem zarówno depresji jak i zaburzeń niedepresyjnych i zaburzeń psychicznych nie związanych z używaniem alkoholu. Wysoki poziom odpowiedzialności wiązał się natomiast z zaburzeniami depresyjnymi i związanymi z używaniem alkoholu. Dobry poziom wsparcia społecznego ze strony współpracowników wykazywał związki z obniżonym ryzykiem

wystąpienia zaburzeń niedepresyjnych nie związanych z używaniem alkoholu, zaś wsparcie ze strony przełożonych nie wykazało żadnego związku z zapadalnością na jakiegokolwiek choroby psychiczne.

Niski zakres decyzyjności wskazywany był także jako element stresujących zawodów. Przykładowo, Ibrahim i in. (2001) badał związki między zawodami uznawanymi za wysoce stresogenne i subiektywnym stanem zdrowia pracujących kobiet (n=4043) i mężczyzn (n=4230) w ramach Statystycznego Badania Stanu Zdrowia Populacji Kanadyjskiej 1994/95. Pracownicy zostali podzieleni na wykonujących stresogenny zawód i inne zawody na podstawie górnych i dolnych tercylu wymagań psychicznych związanych z pracą oraz swobody decyzyjnej na podstawie kwestionariusza JCQ. Po uwzględnieniu potencjalnych innych zmiennych, wysoki poziom stresu konsekwentnie wiązał się z gorszym stanem zdrowia w obu modelach dla obu płci, przy czym wysoki na poziom stresu wskazywało 11% kobiet i 9% mężczyzn. Campo Weiser i Koenig (2009) w prospektywnym badaniu kohortowym z jednorocznym okresem obserwacji przebadali wpływ stresu zawodowego wśród fizjoterapeutów w Stanach Zjednoczonych (n=882). Wyniki wskazują, że - porównaniu do średnich krajowych – fizjoterapeuci wykazują przeciętny poziom wymagań i wysoki poziom swobody decyzyjnej. W czasie projektu około 16% fizjoterapeutów zmieniło pracę, przy czym ryzyko fluktuacji związane było z wysokimi wymaganiami związanymi z pracą, niską swobodą decyzyjną, napięciem psychicznym związanym z pracą, płcią żeńską oraz młodszym wiekiem.

2.5. Fizyczne warunki pracy i wyposażenie

Szeroki wachlarz zagrożeń środowiskowych stał się przedmiotem analizy pod względem ich wpływu na doświadczanie stresu psychicznego oraz na zdrowie (Gobel i in., 1998; Holt, 1982; Neale i in., 1983). Wyniki Czwartego Europejskiego Badania Warunków Pracy (Eurofund, 2007) wskazują, że pracownicy, którzy w znacznym stopniu narażeni są na ryzyko wynikające z czynników fizycznych znacznie częściej uważają, że ich zdrowie jest zagrożone przez wzgląd na warunki pracy. Przede wszystkim istnieją dowody sugerujące, że trudne fizyczne warunki pracy, ogólnie rzecz ujmując, mogą wywoływać u pracowników zarówno odczucie stresu oraz niekorzystne skutki w obszarze zdrowia psychicznego i somatycznego (Warr, 1992). Jako przykład posłużyć mogą badania przeprowadzone przez Lu (2008) dotyczące narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku pracy (fizyczne, chemiczne i ergonomiczne) oraz problemów zdrowotnych wśród pracowników zatrudnionych w składach celnych (n=500). Zidentyfikowano pięć podstawowych czynników ryzyka zawodowego, tj. zagrożenia ergonomiczne (72,2%), wysoka temperatura powietrza (66,6%), przeciążenie ilościowe pracą (66,6%), niewłaściwa wentylacja (54,8%) i narażenie na czynniki chemiczne (54,8%). Najczęściej zgłaszanym problemem zdrowotnym okazały się dolegliwości żołądkowo-jelitowe (57,4%), bóle pleców (56%), bóle głowy (53,2%) oraz zmęczenie/osłabienie (53,2%). Stwierdzono także związek pomiędzy czynnikami leżącymi w środowisku pracy, chorobami zawodowymi i problemami natury psychospołecznej.

Istnieje bardzo niewiele badań stwierdzających bezpośrednie działanie zależności zagrożenie-stres -szkoda zdrowotna. Niektóre badania sugerują, że wpływ fizycznych czynników ryzyka na doświadczanie stresu i wystąpienie negatywnych skutków zdrowotnych nie są powiązane (Cox, Griffiths i Rial-Gonzalez, 2000). Przykładowo, Althouse i Hurrell (1977) porównywali amerykańskich górników z podobnymi pod względem statusu grupami zawodowymi (n=938). Pomimo różnic pod względem fizycznego niebezpieczeństwa tych dwóch rodzajów prac (narażenie pracowników na możliwy wypadek i śmierć) nie stwierdzono między nimi różnic pod względem doświadczanego stresu, choć górnicy zgłaszali znacznie większą ilość objawów chorobowych, takich

jak irytacja i dolegliwości somatyczne. W odniesieniu do niektórych zagrożeń, jak temperatura czy wilgotność powietrza, (Bersner i in, 1971) istnieją maksymalne wartości natężenia tych czynników, które są powiązane z doświadczaniem stresu i wystąpieniem negatywnych skutków zdrowotnych (Holt, 1982; Szabo i in, 1983). W przypadku innych, prościej jest wiązać doświadczenie stresu z samą obecnością zagrożenia a nawet spostrzeganą możliwością jego wystąpienia. Jako przykład może posłużyć lęk jaki odczuwają lekarze i pielęgniarki w związku z koniecznością zajmowania się pacjentami, którzy mogą być nosicielami HIV (Cox i in. 1993; Kegeles i in., 1989). Zagrożenia fizyczne nie tylko wchodzą w interakcje wspólnie wywołując określone efekty ich działania, ale mogą także współdziałać z zagrożeniami o charakterze psychospołecznym (np. Melamed i in., 1999; Schrijvers i in., 1998). Oddziałują one na zdrowie również w sposób bezpośredni.

Laaksonen i wsp. (2008) przez okres 4 lat badali czy występują różnice w czasokresie absencji chorobowej różnej długości ze względu na płeć i czy można je wyjaśniać stanem zdrowia, warunkami pracy oraz czynnikami rodzinnymi (n= 5470 kobiet i 1464 mężczyzn). Stwierdzili oni, że wymagania fizyczne jakie stawia praca tłumaczą nadreprezentację kobiet w medycznie potwierdzonych okresach zwolnień lekarskich w odniesieniu do wszystkich długości chorobowego, podobnie jak przemęczenie pracą w przypadku zwolnień dłuższych niż 2 tygodnie. Stwierdzili także, że fizyczne problemy zdrowotne, fizyczne wymagania w pracy oraz przemęczenie w związku z pracą występują częściej wśród kobiet niż wśród mężczyzn, ale ich wpływ na absencję chorobową był zbliżony w przypadku obu płci. Wcześniej, w 18-miesięcznym badaniu prospektywnym na próbie 5357 pracowników duńskich, Lund i wsp. (2006) badali zależności między fizycznymi warunkami pracy i długoterminową absencją chorobową sprawdzając interakcje między fizycznymi oraz psychospołecznymi czynnikami ryzyka. W trakcie badania 348 uczestników (6,9%) skorzystało z długoterminowego zwolnienia lekarskiego, w tym 194 (55,7%) stanowiły zwolnienia kobiet a 154 (44,3%) to zwolnienia mężczyzn. Zarówno w przypadku kobiet jak i mężczyzn ryzyko wystąpienia konieczności wykorzystania długoterminowego zwolnienia lekarskiego zwiększało się przy: ekstremalnym zginaniu lub skręcaniu pleców lub karku, pracy głównie w pozycji stojącej lub kucznej, podnoszeniu lub przenoszeniu ciężarów, a także pchaniu lub ciągnięciu ciężarów. Wyniki tego badania wskazują także, że równoległe radzenie sobie ze stresorami natury psychospołecznej może wśród kobiet spotęgować oddziaływanie obciążeń fizycznych.

Lee i wsp. (2005) także donosili o powszechnym występowaniu chorób układu mięśniowo-szkieletowego (w okresie roku) wynikającego z pracy wymagającej dużego wysiłku w przemyśle tajwańskim (n=17669). Zasadniczo, wśród osób, które związku z dolegliwościami korzystały z opieki medycznej, bardziej rozpowszechnione było występowanie chorób karku (14,8%), barków (16,6%) i rąk (12,4%) niż dolegliwości górnej części pleców (7,1%) i łokci (8,3%). Pracownicy zatrudnieni w budownictwie i rolnictwie częściej doświadczali chorób górnych kończyn. Po uwzględnieniu współlistniejących czynników ryzyka, treść pracy, fizyczne warunki pracy oraz harmonijne relacje interpersonalne w miejscu pracy oraz problemy natury organizacyjnej okazały się istotnymi determinantami schorzeń kończyn górnych wśród pracowników przemysłu wytwórczego oraz usług. Mężczyźni zatrudnieni w przemyśle wytwórczym przykładali większą uwagę do fizycznych warunków pracy, natomiast kobiety zatrudnione w administracji publicznej podkreślały problemy związane z treścią zadań zawodowych i relacjami interpersonalnymi.

Faktyczne rozplanowanie miejsca pracy, np. rozkład biura (układ otwarty lub komórkowy) także wywiera wpływ na zdrowie. Croon i in. (2005) systematycznie przeglądali literaturę celem

przeanalizowania wpływu koncepcji aranżacji biura na zdrowie pracowników i ich wydajność. Część z tych badań koncentrowała się na związkach między aranżacją przestrzeni biurowej a wymaganiami jakie stawia praca, zasobami związanymi z pracą oraz krótko i długoterminowych reakcjach. Badacze stwierdzili, że istnieją mocne dowody na to, iż praca w przestrzeniach otwartych ogranicza prywatność oraz obniża satysfakcję z pracy, przy czym jedynie ograniczone dowody wskazują, że wykonywanie obowiązków w tak zaaranżowanych biurach zwiększa poznawcze obciążenie pracą oraz pogarsza stosunki interpersonalne, przy czym bliska odległość między stanowiskami pracy zwiększa poznawcze obciążenie wykonywaną pracą oraz redukuje prywatność a współdzielenie biurek poprawia komunikację. Pejtersen i in. (2006) w ramach przekrojowych badań kwestionariuszowych analizowali z kolei zależności między klimatem wewnątrz pomieszczeń, psychospołecznymi warunkami pracy oraz objawami u osób wykonujących pracę w pomieszczeniach biurowych. Próba składała się z 2301 pracowników biurowych rozlokowanych w 11 wentylowanych naturalnie i 11 klimatyzowanych budynkach biurowych, z których 9 miało przeważnie biura komórkowe, 5 – głównie powierzchnie typu otwartego, zaś 8 budynków posiadało zarówno powierzchnie gabinetowe, powierzchnie wieloosobowe jak i otwarte. Uzyskane wyniki pozwoliły stwierdzić, iż osoby pracujące w biurach typu otwartego dwukrotnie częściej doświadczały dyskomfortu termicznego, niewłaściwej jakości powietrza oraz hałasu i pracownicy ci częściej uskarżali się na dolegliwości ze strony centralnego układu nerwowego oraz błon śluzowych niż osoby pracujące w pokojach wieloosobowych lub biurach gabinetowych. Badacze składowali, że otwarte przestrzenie biurowe mogą nie być odpowiednie w odniesieniu do pewnych rodzajów pracy.

Hałas może działać jako stymulator fizyczny lub psychologiczny (Akerstedt i Landstrom, 1998; Kasl, 1992; Kryter, 1972). Smith (1991) sugeruje, że skutki zdrowotne hałasu (inne niż w obrębie narządu słuchu) często mogą odzwierciedlać psychologiczną reakcję stresową wywołaną hałasem, jak również obiektywny stopień narażenia na hałas. Wysoki poziom hałasu w sposób bezpośredni uszkadza ucho wewnętrzne i środkowe w konsekwencji prowadząc do ubytku słuchu (Jones, 1983). Mniej dotkliwy hałas może utrudniać percepcję mowy i komunikację (Jones, 1999) i - w szczególności gdy ekspozycja na taki hałas przedłuża się - może prowadzić do wzrostu poziomu stresu, lęku, irytacji i napięcia, pogłębiając zmęczenie i upośledzając skuteczność wykonywania zadań (Ahasan i in., 1999; Barreto i in., 1997; Glass i Singer, 1972). Smith (1991) konkluduje, iż istnieją wystarczające dowody dla stwierdzenia, iż narażenie na ostry hałas powoduje reakcję fizjologiczną organizmu, która w przypadku przedłużającej się ekspozycji, może przyczynić się do wystąpienia szkód zdrowotnych. Co więcej, badania epidemiologiczne i interwencje medyczne wskazują, że hałas może być szkodliwy dla zdrowia (Cohen, 1976; Concha-Barrientos i in., 2004; Wallhagen i in., 1997). Niewiele jednak wiadomo o konsekwencjach społecznych, w tym absencji chorobowej, wynikłych z ekspozycji na hałas (Clausen i in., 2009). Próbując wypełnić tę lukę Clausen i wsp. (2009) przeanalizowali związki między subiektywnym narażeniem na hałas i długoterminową absencją chorobową (n=5357). Badanie pozwoliło wykazać, iż subiektywna ekspozycja na hałas ma istotny związek z długoterminową nieobecnością z powodu choroby, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, po uwzględnieniu czynników demograficznych i zachowań zdrowotnych. Po dalszym uwzględnieniu fizycznego obciążenia pracą, związek między narażeniem na hałas a długoterminową chorobą w grupie kobiet zniknął, ale utrzymał się wśród mężczyzn. Mężczyźni, którzy podawali, że są narażeni na duży hałas przez 25-75% czasu pracy ujawniali podwyższone o 43% ryzyko nieobecności w pracy z powodu choroby trwającej dwa tygodnie lub dłużej w porównaniu do mężczyzn, którzy twierdzili, że nie są w ogóle narażeni na hałas o znacznym natężeniu.

2.6. Kultura i funkcja organizacyjna

Źródła stresu związane ze strukturą i klimatem organizacyjnym mogą wynikać z kultury organizacyjnej i stylu zarządzania (Cooper i Cartwright, 1994). Blanchard (1993) dyskutował nad tym, w jaki sposób „zły szef” przyczynia się do chorób podwładnych poprzez narażanie ich na zbędny stres wskutek nieprzewidywalne zachowania, niszczenia pracownikom poczucia własnej wartości i pewności siebie, stymulowanie zachowań skrajnie rywalizacyjnych (wygrywasz lub przegrywasz) albo też dostarczanie nadmiernej albo niedostatecznej stymulacji. Niekiedy zwyczajna praca wewnątrz organizacji może być postrzegana jako zagrożenie wolności jednostki, jej autonomii i tożsamości (Hingley i Cooper, 1986).

Badania nad tym jak pracownicy postrzegają i opisują organizacje, w których pracują wskazują, że percepcja ta zasadza się na trzech głównych aspektach kultury i funkcji organizacji: organizacja jako środowisko wykonywania zadań zawodowych, jako środowisko rozwiązywania problemów i jako środowisko rozwoju (Cox i Howarth, 1990; Cox i Leiter, 1992). Dostępne wyniki badań wskazują, iż jeśli organizacja jest postrzegana niekorzystnie w tych trzech obszarach, wówczas stanowi ona źródło podwyższonego poziomu stresu. Z drugiej strony, jeśli organizacja jest postrzegana w tych aspektach korzystnie, wówczas związek między doświadczeniem stresu oraz występowaniem objawów chorobowych jest osłabiony (Cox i Kuk, 1991). Kasl (1992) sporządził listę różnych aspektów organizacji, które jego zdaniem mogą wiązać się z ryzykiem zdrowotnym, np. wielkość organizacji i jej struktura (płaskie struktury z relatywnie niewielką ilością poziomów), niewygodne i arbitralne procedury oraz zagadnienia związane z wypełnianiem ról.

Kuoppala i wsp. (2008) na podstawie studium literaturowego na temat związków między przywództwem i dobrostanem w pracy oraz zdrowiem środowiskowym pracowników stwierdził, że brak jest dobrze zaprojektowanych badań prospektywnych poświęconych związkowi stylów przywództwa i zdrowia pracowników, jednak nieliczne istniejące poprawne metodologicznie badania wskazują na istotny wpływ stylu przywództwa na satysfakcję pracowników z wykonywanej pracy, dobrostan w pracy, absencję chorobową oraz niezdolność do pracy (rentą inwalidzką). W oparciu o dostępne dane, badacze obliczyli ryzyko względne (RR) wskazując na istnienie umiarkowanie silnych dowodów potwierdzających, że istnieje związek między przywództwem a dobrostanem zawodowym na poziomie $RR=1,40$ (1,36-1,57), nieobecnością w pracy $RR=0,73$ (0,70-0,89) oraz rentami inwalidzkimi $RR=0,46$ (0,42-0,59). W badaniach poświęconych związkowi między oceną stylu przywództwa, psychospołecznymi czynnikami pracy oraz dolegliwościami mięśniowo-szkieletowymi wśród pracowników sektora usług publicznych ($n=2403$), Fjell i in. (2007) stwierdzili, że źle oceniani przełożeni i ich styl przywództwa wiąże się z wysokim poziomem bóli mięśniowo-szkieletowych wśród podwładnych, zarówno kobiet jak i mężczyzn. Istnieje zatem znaczna potrzeba dalszych badań nad mechanizmami leżącymi u podstaw zależności między stylem przywództwa i wpływem jaki wywiera on na zdrowie pracowników obu płci.

Przede wszystkim, duża część wpływu jaki wywiera na pracowników organizacja, jej funkcja i kultura, transmitowana jest przez zachowania kierownictwa wszystkich szczebli. Istnieją dowody, przykładowo na to, że zachowania kierownicze i style sprawowania nadzoru mają kluczowy wpływ na samopoczucie emocjonalne pracowników (Landy, 1992; Corey i Wolf, 1992). Wpływ ten może po części stanowić odzwierciedlenie sposobu radzenia sobie z kontekstem wykonywania zadań oraz zagadnieniami związanymi z treścią zadań zawodowych (Cox, Griffiths i Rial-Gonzalez, 2000). Argumentacja w tej sprawie jest spójna i przekonująca, jednak warto zauważyć, iż wpływ stylu

zarządzania może stanowić w istocie odzwierciedlenie bardziej ogólnych problemów w relacjach interpersonalnych.

2.7. Relacje interpersonalne w miejscu pracy

Trzy rodzaje relacji w pracy zidentyfikowano jako mające znaczenie: relacje z przełożonymi, z podwładnymi oraz ze współpracownikami (Sauter i in, 1992) i każdy z nich może stanowić potencjalne źródło stresu (Donna i Griffin, 1999). Wpływ dobrych relacji między pracownikami oraz członkami grup zadaniowych i jego wyjątkowo silny wpływ tak na zdrowie jednostek jak i całej organizacji został bardzo dobrze uargumentowany (Cooper, 1991). Badania japońskiego Ministerstwa Pracy (1987) ujawniły, że 52% badanych kobiet doświadcza lęku i stresu, których główną przyczyną są niesatysfakcjonujące relacje w miejscu pracy (61%). Podobnie wskazują Jones i wsp. (1998), którzy stwierdzili, że pracownicy zgłaszający wysoki poziom stresu zawodowego i chorób od stresowych, 6,5 raza częściej niż średnia w populacji pracującej zwracali uwagę na „brak wsparcia ze strony osób odpowiedzialnych za pracę”. Niski poziom wsparcia społecznego w miejscu pracy wiąże się także z wysokim poziomem lęku, wyczerpaniem emocjonalnym, napięciem w związku z pracą, niską satysfakcją z pracy oraz zwiększonym ryzykiem chorób układu krążenia (np. Beehr i Newman, 1978; Davidson i Cooper, 1981; Pearse, 1977; Warr, 1992). Badania pozwoliły wykazać, że brak zaufania między współpracownikami wiąże się z występowaniem wysokiego stopnia niejednoznaczności roli zawodowej, brakiem komunikacji, niską satysfakcją z pracy i niskim dobrostanem psychicznym (Coper i Cartwright, 1994). Silnym emocjom, takim jak zazdrość i zawiść wśród współpracowników przypisuje się odpowiedzialność nawet za tak patologiczne skutki jak przemoc i molestowanie w miejscu pracy (Vecchio, 1995). Relacje współpracowników pełne wsparcia i przywiązania przynoszą zaś bardzo pozytywne skutki.

Uważa się powszechnie, że stosunki społeczne, zarówno w pracy jak i poza nią, stanowią moderatory skutków narażenia na niekorzystne psychospołeczne warunki pracy, przy czym niski poziom wsparcia społecznego sprzyja występowaniu niekorzystnych psychospołecznych warunków pracy lub wzmacnia negatywny efekt zagrożeń psychospołecznych (Cobb i Kasl, 1977; Cohen i Willis, 1985; House i Wells, 1978). Karasek i jego współpracownicy (1982) na podstawie badania przeszło 1.000 szwedzkich pracowników płci męskiej, wykazali, że wsparcie otrzymywane od przełożonych i kolegów łagodzi negatywne skutki wymagań zawodowych w odniesieniu do depresji i satysfakcji z pracy. Inne badania wskazują na bardziej bezpośredni wpływ wsparcia społecznego na negatywne skutki warunków pracy (Ganster i in, 1986). Viswesvaran i współpracownicy (1999) na podstawie metaanalizy 68 wcześniejszych badań potwierdzili obecność trzech podstawowych kontraktów (stresorów, napięcia oraz wsparcia społecznego). Wyniki tej analizy potwierdziły, że wsparcie społeczne wpływa na zależność stresor zawodowy – napięcie w trojaki sposób: redukuje poziom napięcia, łagodzi postrzeganie stresorów oraz moderuje relację stresor-napięcie.

Lobban i in. (1998) stwierdzili, że styl kierowania (w znaczeniu dostarczania wskazówek oraz komunikowania się z pracownikami) może odgrywać istotniejszą rolę w procesie stresu niż się aktualnie wydaje. Sugerują oni także, iż relacje z przełożonym, bezpośrednio lub za pośrednictwem innych cech procesu pracy, wywierają istotny dodatkowy wpływ na wystąpienie stresu zawodowego, którego nie można wytłumaczyć zmiennymi z modelu wymagania-kontrola. Buck (1972) donosi, że „taktowne” zachowanie przełożonych wydaje się mieć pozytywny wpływ na poczucie presji zawodowej wśród pracowników. Partycypacja pracowników w procesach decyzyjnych skutkuje odczuwaniem przez nich większej satysfakcji zawodowej i wyższym poczuciem własnej wartości

(Buck, 1972; French i Caplan, 1970, 1972; Margolis i in., 1974). Jednakże Denaldson i Glowler (1975) zauważają, że wywierana na kadre kierowniczą presja w kierunku „zarządzania partycypacyjnego” właściwie prowadzi do tego, że kierownicy sami poddawani są wzmożonej presji i mogą odczuwać w związku z tym złość i lęk. Robertson i Cooper (1983) zwracają natomiast uwagę na to jak konkurencja w pracy, szczególnie między kierownikami, może hamować współdzielenie problemów i wzmacniać stres.

Sundin i wsp. (2006) badali czynniki, które wpływają na poziom dostępnego wsparcia społecznego i/lub postrzeganego przez pracowników wsparcia w różnych organizacjach. W ramach badania przekrojowego sprawdzano z jednej strony czynniki organizacyjne, podmiotowe oraz społeczno-demograficzne, z drugiej zaś poziom wsparcia społecznego w miejscu pracy, np. stopień wsparcia ze strony przełożonych oraz wspierającą atmosferę pracy. Zmienne organizacyjne (wymagania związane z pracą, kontrola nad pracą oraz treść pracy), podmiotowe (samoocena, nieufność) oraz socjo-demograficzne (typ pracodawcy, pozycja zawodowa, wiek, płeć oraz wykształcenie) wykorzystane zostały w analizie jako zmienne niezależne. Próba składała się z 16 144 osób zatrudnionych w różnego typu organizacjach w Szwecji, które odpowiedziały na pytania kwestionariusza dotyczącego różnych czynników psychospołecznych i stresu psychicznego („Profil Stresu”). Dla każdej z dwóch zmiennych zależnych przeprowadzono analizę regresji wielokrotnej, które dały niemal identyczne wyniki wykazując, że czynniki organizacyjne, w szczególności stopień kontroli nad pracą, wywierają największy wpływ na stopień wsparcia społecznego.

Rhoades i Eisenberger (2002) dokonali przeglądu przeszło 70 badań dotyczących ogólnych przekonań pracowników, że organizacja, dla której pracują docenia ich wkład i dba o ich dobrostan (spozstrzegane wsparcie organizacyjne – SWO). Metaanaliza pozwoliła zidentyfikować trzy główne kategorie korzyści jakie organizacje oferują pracownikom (tj. sprawiedliwość, wsparcie przełożonych oraz system nagród organizacyjnych i dobre warunki pracy), które pozostają w związku ze spostrzeganym wsparciem organizacyjnym. Z kolei spostrzegane wsparcie organizacyjne związane było z skutkami pozytywnymi dla pracowników (jak satysfakcja z pracy, pozytywny nastrój) oraz dla organizacji (np. zaangażowanie emocjonalne w pracę, wydajność, mniej wycofane zachowanie). Związki te zależały od procesu sformułowanego w ramach teorii wsparcia organizacyjnego: przekonanie pracowników, że działania organizacji mają charakter sprawiedliwie uznaniowy powoduje, iż czują się oni w obowiązku wspomóc organizację, wypełnia ich potrzeby społeczno-emocjonalne oraz oczekiwana dotyczące związku między wykonywaniem pracy a wynagrodzeniem.

Związek między wsparciem społecznym a zdrowiem został dokładnie przebadany na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat i jest doskonale udokumentowany (Cox, Griffiths i Rial-Gonzalez, 2000). Badacze udowodnili, że osoby doświadczające niższego poziomu wsparcia społecznego są w większym stopniu narażone na wiele różnych chorób; czynniki etiologiczne stanowią swoisty łącznik między szerokim spektrum czynników psychospołecznych i pogorszonym funkcjonowaniem systemu odpornościowego (Syme, 1996). Ze względu na zwiększoną podatność osób doświadczających niewielkiego wsparcia społecznego na różnego rodzaju czynniki chorobotwórcze, w tym warunki stresogenne, zapewnienie wsparcia w miejscu pracy powinno mieć oddziaływanie prewencyjne (Peterson, 1999). Przykładowo, badanie Netterstroma poświęcone duńskim kierowcom autobusów wykazało, że wprowadzenie szeroko zakrojonej demokracji w pracy zaowocowało spadkiem o 2/3 nieobecności z powodu choroby oraz znaczącym wzrostem satysfakcji z pracy (Netterstrom, 1999).

Stansfeld i wsp. (1997) przebadali wsparcie społeczne i nieobecność w pracy z powodu choroby psychicznej wśród pracowników służby cywilnej Wielkiej Brytanii na podstawie danych z Whitehall II. Czynniki socjodemograficzne, stan zdrowia i wsparcie społeczne zostały zmierzone na początku projektu, a następnie przez okres 5 lat analizowano krótko- i długoterminowe zwolnienia lekarskie. W badaniu uwzględniono 4202 mężczyzn i kobiet pracujących w korpusie służby cywilnej, w wieku 30-35 lat w momencie rozpoczęcia badania. Stwierdzono, że otrzymywanie wsparcia społecznego ze strony przełożonych i współpracowników wiąże się z mniejszą ilością krótkoterminowych psychiatrycznych zwolnień lekarskich, w szczególności w przypadku takich osób, które borykają się z problemami rodzinnymi. Problemy w związku z najbliższą osobą z poza pracy wśród mężczyzn zwiększały ryzyko długoterminowego psychiatrycznego zwolnienia lekarskiego.

Gadalla (2009) sprawdzał determinanty i korelaty dystresu psychologicznego, skupiając się na roli zasobów psychospołecznych, takich jak poczucie władztwa (zakres w jakim ludzie mają poczucie, że sprawują kontrolę nad własnym życiem) i wsparcie społeczne w pośredniczeniu i/lub moderowaniu skutków jakie na indywidualny poziom odczuwanego dystresu wywierają stresujące zdarzenia życiowe, takie jak niesprzyjające uwarunkowania socjoekonomiczne (status socjoekonomiczny – SES), zły stan zdrowia somatycznego oraz chroniczny, codzienny stres. Sprawdzenie tych zależności przeprowadzono oddzielnie na grupach kobiet i mężczyzn i porównano wyniki uzyskane w obu grupach. Badanie przeprowadzono na podstawie wtórnej analizy danych zebranych przez Kanadyjski Urząd Statystyczny w ramach dwóch fal Narodowego Badania Stanu Zdrowia: 2002/2003 oraz 2004/2005. Wykorzystana próba obejmowała 2535 mężczyzn i 3200 kobiet w wieku 25-64 lata. Wyższy poziom władztwa i wsparcia społecznego okazał się mieć związek z mniejszą ilością objawów depresji, tak wśród mężczyzn jak i wśród kobiet. Wśród mężczyzn postrzegane wsparcie społeczne obniżało poziom dystresu w sposób bezpośredni, natomiast wśród kobiet poziom dystresu obniżał się wskutek wzrostu poczucia władztwa.

Ibrahim, Smith i Muntaner (2009) przebadali wzajemne relacje między zmiennymi dotyczącymi pracy oraz skutkami zdrowotnymi i sprawdzali czy relacja ta jest zróżnicowana ze względu na przynależność do określonej klasy społecznej (mierzonej jako przynależność zawodowa). Badanie miało charakter podłużny z wykorzystaniem danych z kanadyjskiego Narodowego Badania Stanu Zdrowia z okresu od 1994/95 do 2002/03. Zmienne determinujące stres wg modelu Karaska mierzono trzykrotnie: 1994/95 (fala 1, pomiar 1), 2000/01 (fala 4, pomiar 2) oraz 2002/03 (fala 5, pomiar 3). Analizę ograniczono do 2556 uczestników w wieku 18-56 w momencie pierwszego pomiaru, którzy w przypadku każdego pomiaru w badaniu pozostawali w tej samej klasie społecznej (definiowanej jako pozycja zawodowa). Uwzględnione zmienne dotyczące pracy obejmowały: wskaźnik poziomu stresu zawodowego (ang. *job strain ratio*), wsparcie społeczne w miejscu pracy i bezpieczeństwo zatrudnienia, natomiast zmienne dotyczące stanu zdrowia obejmowały: dystres, depresję oraz samoocenę stanu zdrowia. W badaniu kontrolowano także wiek, płeć, stan cywilny oraz status zawodowy. Wśród badanych klas społecznych znaleziono różne natężenie psychospołecznych czynników środowiska pracy oraz skutków zdrowotnych. Niskie wsparcie społeczne w miejscu pracy oraz niepewność zatrudnienia były bardziej szkodliwe dla zdrowia w przypadku respondentów o niższym statusie społecznym.

Ylpa, Arnetz i Preber (1999) na próbie 575 higienistek stomatologicznych losowo wybranych spośród członków Szwedzkiego Stowarzyszenia Higienistek Stomatologicznych badali w jaki sposób różnego rodzaju leżące w środowisku pracy czynniki osobowe, fizyczne i psychospołeczne

wiążą się z dobrym ogólnym stanem zdrowia, dobrostanem i chorobami układu mięśniowo-szkieletowego. Wyniki badania wskazują, że im wyższy status zawodowy, im więcej aktywnego wypoczynku oraz im wyższe wsparcie ze strony kierownictwa tym lepszy ogólny stan zdrowia, podczas gdy przeciążenie obowiązkami zawodowymi i rodzinnymi pogarsza ten stan. Wsparcie ze strony przełożonych i wysokie kompetencje zawodowe poprawiały wskaźniki dobrostanu, natomiast poziom obciążenia obowiązkami zawodowymi i rodzinnymi oraz wysoka wydajność pracy pogarszały dobrostan.

2.8. Rola w organizacji

Dowody na potwierdzenie faktu, iż „rola w organizacji” stanowi potencjalne zagrożenie psychospołeczne wiąże się przede wszystkim z problematyką „niejednoznaczności roli”³ oraz „konfliktu roli”⁴ (Ingersoll i in., 1999; Jackson i Schuler, 1985; Kahn, 1973; Kahn i in., 1964). Jednakże zidentyfikowano także inne aspekty roli zawodowej niosące ryzyko zdrowotne, w tym przeciążenie roli, niewydolność roli i odpowiedzialność za innych. French i wsp. (1982) stwierdzili, że zmienne te znajdują się wśród najistotniejszych predyktorów zdrowia psychicznego. Wszystkie pięć aspektów roli zawodowej było przedmiotem badań Bhalla (1991). Były one związane z odczuwaniem przez pracowników stresu, ich satysfakcją z pracy oraz zaangażowaniem organizacyjnym. Wyniki wskazują na fakt, iż ogólna niejednoznaczność roli, konfliktowość roli oraz jej niewydolność⁵ są znacznie bardziej związane ze skutkami zdrowotnymi niż przeciążenie roli lub odpowiedzialność za innych.

Kahn i in. (1964) udowodnił, że pracownicy, którzy doświadczali niejednoznaczności roli, wykazywali niższy poziom satysfakcji zawodowej, częściej pojawiało się w ich przypadku napięcie związane z pracą, wykazywali również większe poczucie beznadziei i mniejszą pewność siebie. French i Caplan (1970) stwierdzili podobną grupę objawów związaną z niejednoznacznością roli. Wykazali oni również, że niejednoznaczność roli wiąże się z podwyższonym ciśnieniem krwi oraz zwiększonym tętnem. W późniejszych badaniach Margolis (1974) stwierdził kilka istotnych związków między niejednoznacznością roli i objawami depresji a także obniżeniem motywacji zawodowej oraz zamiarem odejścia z pracy. Cooper i Marshall (1976) wskazują jednak, że choć wszystkie korelacje stwierdzone w przytoczonych wyżej badaniach były istotne i łącznie dają spójny obraz, siła tych związków nie jest szczególnie duża (wyjaśnia jedynie 3-5% wariacji danych).

Kahn i jego współpracownicy (1964) wykazali, że im większa konfliktowość roli wśród mężczyzn tym niższa satysfakcja z pracy i większe napięcie w związku z pracą. French i Kaplan (1970) stwierdzili, że średni poziom tętna jest silnie związany z postrzeganą konfliktowością roli. Niejednoznaczność roli może być także związana z chorobami sercowo-naczyniowymi (Ivancevich i Matteson, 1980). Dla przykładu, Shirom i wsp. (1973) w szeroko zakrojonym badaniu izraelskich mężczyzn reprezentujących różne zawody stwierdzili, że istnieje istotny związek między konfliktowością roli a wystąpieniem choroby niedokrwiennej serca, jednak wyłącznie w grupie pracowników umysłowych. Cooper i Smith (1986) składowali, że pracownicy umysłowi są bardziej podatni na konflikt roli niż pracownicy fizyczni. Kahn i wsp. (1964) sugerują, że osoby pełniące „role

³ Niejednoznaczność roli przejawia się w niepewności co do właściwego celu, brakiem jasności do co oczekiwać oraz ogólną niepewnością dotyczącą zakresu obowiązków i odpowiedzialności

⁴ Konflikt roli pojawia się wówczas, gdy od osoby wymaga się pełnienia roli stojącej w sprzeczności z jej osobistymi wartościami albo gdy różne role, które dana osoba pełni nie przystają do siebie nawzajem

⁵ Niewydolność roli odnosi się do niezdolności wykorzystania przez organizację wszystkich kompetencji pracownika (praca poniżej kwalifikacji – przy. tłum.)

graniczne” (pracując na styku poziomów organizacji lub jej działów), takie jak brygadziści, są szczególnie podatne na doświadczanie stresu. Role takie niosą szczególny potencjał konfliktów, zaś Margolis i Kroes (1974) wykazali, że wśród brygadzystów siedmiokrotnie częściej występuje choroba wrzodowa niż w przypadku pracowników halowych.

Niejednoznaczność roli, konfliktowość roli oraz stopień odpowiedzialności za innych stawia także główne źródła potencjalnego stresu (Cooper i Cartwright, 1994, Glowinkowski i Cooper, 1986). Metaanaliza badań poświęconych niejednoznaczności i konfliktowości roli, którą przeprowadzili Jackson i Schuler (1985) wykazała, że średnie korelacje między niejednoznacznością roli i konfliktowością roli oraz reakcjami afektywnymi (np. satysfakcja z pracy, napięcie/lęk, zaangażowanie i skłonność do odejścia z pracy) były wyższe niż dla reakcji behawioralnych (np. absencja chorobowa i wydajność). Średnie korelacje dla niejednoznaczności roli były przy tym wyższe niż te dla konfliktowości roli i niekoniecznie wiązały się z tymi samymi zmiennymi podmiotowymi lub organizacyjnymi. Wyniki te wskazują również, że większość związków opisujących potencjalne przyczyny i skutki niejednoznaczności roli i konfliktowości roli najprawdopodobniej moderowane są zmiennymi pośredniczącymi. Frone, Russell i Cooper (1995) wykazali, że zaangażowanie w pracę jest moderatorem związku niejednoznaczności roli i zdrowia somatycznego, niejednoznaczności roli i nadużywania alkoholu a także presji zawodowej i nadużywania alkoholu, przy czym wysoki poziom zaangażowania pogłębia negatywne skutki. Lund i wsp. (2006) na podstawie badania zrealizowanego na próbie 5357 osób wykazali, że długoterminowa absencja chorobowa pracowników płci żeńskiej wiąże się z konfliktowością roli, niskim poziomem nagród oraz niską jakością zarządzania.

Jamal (1990) wykazał, że wśród pielęgniarek nadmiar pracy, niejednoznaczność roli, konflikty oraz nieadekwatność zasobów są istotnie związane z satysfakcją z pracy, zaangażowaniem organizacyjnym, problemami zdrowotnymi natury psychosomatycznej oraz rotacją kadr. Niejednoznaczność i konfliktowość roli to także warunki w jakich pojawia się wyczerpanie emocjonalne (Kelloway i Barling, 1991). Wpływ odpowiedzialności za innych w zawodach związanych z pomaganiem również był przedmiotem badań. Przykładowo, badając amerykańskich stomatologów, Cooper, Mallinger i Kahn (1978) stwierdzili, że w grupie przełożonych pielęgniarek wysoki poziom konfliktów mających swoje źródło w rozdzwieniu między idealistycznym obrazem udzielania pomocy/leczenia a rzeczywistością polegającą na przysparzaniu bólu podczas zabiegów stomatologicznych okazał się być głównym predyktorem ponadprzeciętnie wysokiego ciśnienia krwi. W grupie przełożonych pielęgniarek Baglioni, Cooper i Hingley (1990) stwierdzili także potencjalną konfliktowość roli między celami opieki nad pacjentem a celami zarządczymi. Wśród opiekunów pracujących w domach opieki dla psychicznie chorych, poziom lęku i somatyzacja były związane z interakcją niejednoznaczności roli oraz czynnikami skłaniającymi do odejścia (Price i Hooijberg, 1992).

Ostatnie doniesienia z Kohortowego Badania Stresu Zawodowego i Zdrowia w Japonii (Inoue i in., 2010) wskazują, że kontrola nad pracą i niejasność roli mogą być istotnymi predyktorami długoterminowej absencji chorobowej z powodu zaburzeń depresyjnych wśród mężczyzn, niezależnie od objawów depresji i neurotyzmu. W ciągu nieco ponad 5 lat (5,14 roku) obserwacji zanotowano 47 przypadków przekraczającej 30 dni absencji z powodu zaburzeń depresyjnych. Wysoki poziom kontroli nad pracą w pomiarze wyjściowym był związany z mniejszym ryzykiem absencji z powodu zaburzeń depresyjnych i zależność ta utrzymywała się po uwzględnieniu zmiennych demograficznych, objawów depresyjnych oraz neurotyzmu wg pomiarów dokonanych na początku badania (wskaźnik

ryzyka 0,28; 0,11-0,71); wysoki poziom niejasności roli był związany z podwyższonym ryzykiem (wskaźnik ryzyka 3,49; 1,43-8,49).

Niewydolność roli okazuje się mieć związek z poczuciem stresu (Brook, 1973) oraz jest związana z napięciem psychicznym i niską satysfakcją z pracy oraz niskim zaangażowaniem organizacyjnym (Bhalla i in., 1991). Wardell i in. (1964) wykazali, że „odpowiedzialność za ludzi” niesie większe ryzyko choroby niedokrwiennej serca w porównaniu z odpowiedzialnością materialną. French i Caplan (1970) stwierdzili istotne związki między odpowiedzialnością za ludzi a nadużywaniem tytoniu, podniesionym rozkurczowym ciśnieniem krwi oraz podniesionym poziomem cholesterolu.

2.9. Przebieg kariery

Brak oczekiwanego rozwoju kariery zawodowej może stanowić istotne źródło stresu, szczególnie w organizacjach, które podkreślają związek kariery zawodowej z kompetencjami lub wartością pracownika. W tym obszarze zidentyfikowano dwie główne grupy potencjalnych źródeł stresu: po pierwsze – brak poczucia bezpieczeństwa zatrudnienia oraz starzenie się (lęk związany z byciem zbędnym i forsowanie wcześniejszego przejścia na emeryturę), a po drugie – nieodpowiedniość statusu (za wysoki lub za niski awans oraz frustracja dotycząca osiągnięcia „sufitu” kariery). Zostało to powiązane z negatywnymi skutkami psychologicznymi, jak również złym stanem zdrowia somatycznego, tak jak to wskazano w przeglądzie dokonany przez Coxa, Griffiths i Rial-Gonzalez (2000), w którym podkreślono również, iż niepewność zatrudnienia i rozwój kariery stały się źródłem stresu zawodowego przynosząc wiele negatywnych konsekwencji (np. brak satysfakcji z pracy, niska wydajność pracy etc.). Prawdopodobnie dzieje się tak w wyniku restrukturyzacji przedsiębiorstw w procesach fuzji i przejęć oraz redukcji coraz powszechniejszych w korporacjach na przestrzeni ostatnich lat, tak jak to przedstawiono w rozdziale 3.2.1. Europejska Grupa Ekspertów w dziedzinie Zdrowia w Procesach Restrukturyzacji uznała, że wymiar zdrowotny procesów restrukturyzacyjnych w przedsiębiorstwach jest powszechnie lekceważonym obszarem badań, interwencji i spraw publicznych (Kieselbach i in., 2009) oraz podkreśliła wagę uwzględniania wpływu restrukturyzacji na zdrowie osób i organizacji. Niniejszy podrozdział przedstawia literaturę poświęconą wpływowi jakiej niepewności w pracy i bezrobocie wywierają na stres i zdrowie.

W meta-analizie poświęconej niepewności w pracy i jej skutkom, Sverke, Hellgren i Naswall (2002) wykazali, że niepewność w pracy szkodliwie wpływa na postawy zawodowe pracowników, postawy organizacji, zdrowie i, w pewnym stopniu, przejawy w ich zachowaniu wobec organizacji. Dalsze badania ujawniły, że behawioralne konsekwencje braku poczucia bezpieczeństwa pracy są bardziej szkodliwe dla pracowników wykonujących prace fizyczne niż dla innych grup pracowników. Rugulies i in. (2006) badali wpływ charakterystyki psychospołecznej pracy na występowanie objawów ciężkiej depresji wśród 4133 pracowników (51% mężczyzn) stanowiących reprezentatywną próbę pracowników duńskich w latach 1995-2000. Stwierdzili oni, że wśród mężczyzn niepewność zatrudnienia stanowiła predyktor objawów ciężkiej depresji – wskaźnik ryzyka względnego $RR=2,04$ (1,02;4,07). Przeprowadzili oni kolejne badanie w celu pogłębiania analizy związku między niepewnością pracy a spadkiem samooceny zdrowia. Badanie to oparto o dane pochodzące z Duńskiego Kohortowego Badania Środowiska Pracy ($n>3000$) z pięcioletnim okresem obserwacji (Rugulies i in., 2008). Badacze stwierdzili, że w grupie kobiet niepewność pracy niósła podwyższone ryzyko pogorszenia kondycji zdrowotnej w okresie objętym badaniem i zależność ta utrzymuje się po uwzględnieniu wszystkich kontrolowanych zmiennych ($OR=1,78;1,24-2,54$). W

największym nasileniu efekt ten występował wśród kobiet w wieku do 50 lat, których perspektywy na rynku pracy były znacznie ograniczone (OR=2,13; 1,32 – 3,45). Wśród mężczyzn efekt spadku kondycji zdrowotnej pojawiał się również w grupie o tej samej co kobiety charakterystyce, tj. 50 lat lub mniej o niewielkich szansach na rynku pracy; OR=1,64; (0,95 – 2,84).

Badanie bristolskie ujawniło, że respondenci zaliczeni do grupy o wysokim poziomie stresu, byli bardziej skłonni martwić się o utratę pracy (Smith i in., 2000). Borg, Kristensen i Burr (2000) przez okres 5 lat analizowali dane o 5001 duńskich pracowników i stwierdzili, iż wysoki poziom spostrzeganej niepewności pracy wiązał się istotnie z obniżeniem samooceny ogólnego stanu zdrowia. McDonough (2000) na reprezentatywnej próbie pracowników kanadyjskich również stwierdził związek spostrzeganej niepewności pracy z niższą samooceną ogólnego stanu zdrowia, a także wzrostem dystresu oraz wzmożonym używaniem medykamentów. Virtanen i in. (2002) badali zależności między wynikającym z umów i spostrzeganym bezpieczeństwem zatrudnienia na zdrowie pracowników administracji samorządowej w ośmiu fińskich miastach. Próba składała się z 5981 pracowników zatrudnionych na stałą umowę o pracę oraz 2786 pracowników zatrudnionych na inne umowy niż umowa o pracę na czas nieokreślony (2194 osoby - umowa na czas określony, 682 osoby – staż subsydiowany przez rząd). Badacze stwierdzili, że w porównaniu do pracowników zatrudnionych na czas nieokreślony, zarówno mężczyźni jak i kobiety zatrudnione na umowę na czas określony lepiej oceniali swój stan zdrowia (mężczyźni: OR=0,70; 0,50-0,98; kobiety: OR=0,70; 0,60-0,82) i rzadziej chorowali przewlekłe (mężczyźni: OR=0,69; 0,52-0,91; kobiety: OR=0,89; 0,79-1,02), jednak kobiety odczuwały wyższy poziom dystresu psychologicznego (1,26; 1,09-1,45). Jedyna różnica jaką stwierdzono między stażystami a stałymi pracownikami dotyczyła wysokiego poziomu dystresu psychologicznego wśród kobiet (1,35; 1,09 – 1,68). Niski spostrzegany poziom bezpieczeństwa zatrudnienia związany był ze złym stanem zdrowia. Związek niskiego poczucia bezpieczeństwa zatrudnienia z psychologicznym dystresem był istotnie silniejszy w grupie pracowników zatrudnionych na czas nieokreślony niż w grupie osób pracujących na umowy terminowe i stażystów, co pozwala sądzić, iż bezpieczeństwo zatrudnienia jest ważniejsze dla zdrowia psychicznego osób zatrudnionych na stałe umowy o pracę.

Ferrie i in. (2002) na podstawie danych z badania Whitehall II badali wpływ chronionej niepewności zatrudnienia oraz zmian w bezpieczeństwie zatrudnienia na subiektywny stan zdrowia, zachorowalność na mniej poważne choroby psychiatryczne, wskaźniki fizjologiczne oraz zachowania zdrowotne. Analizie poddano dane uzyskane od 931 kobiet oraz 2429 mężczyzn, którzy odpowiedzieli na pytania dotyczące bezpieczeństwa zatrudnienia w okresie 1995/1996 i ponownie w okresie 1997/1999. Wyniki ujawniły, że utrata bezpieczeństwa zatrudnienia miała szkodliwy wpływ na subiektywnie relacjonowany stan zdrowia oraz zachorowalność na mniej poważne choroby psychiczne, a efekty te nie były w pełni odwracalne poprzez usunięcie groźby utraty pracy, a ich nasilenie rosło w przypadku chronicznej ekspozycji na ten stresor. Bardziej szczegółowo, podawana przez badanych zachorowalność była wyższa wśród uczestników, którzy stracili poczucie bezpieczeństwa zatrudnienia, a ci, którzy byli narażeni na chroniczny brak pewności zatrudnienia wykazywali najwyższy poziom zachorowalności. Zmiany w poziomie zmiennych fizjologicznych były ograniczone do ciśnienia krwi wśród kobiet, które utraciły poczucie bezpieczeństwa zatrudnienia i spadku wskaźnika masy ciała wśród kobiet podających w wywiadzie, iż narażone są na chroniczny brak pewności pracy.

Związek braku poczucia bezpieczeństwa zatrudnienia i stanu zdrowia został także potwierdzony w badaniach populacji ogólnej na Tajwanie (n=8705 mężczyzn i 5986 kobiet w wieku 25 do 65 lat) (Cheng i in., 2005). Wyniki wskazują, iż ogólny poziom rozpowszechnienia braku pewności pracy jest wysoki (50%). Brak pewności zatrudnienia jest bardziej rozpowszechniony wśród pracowników o niższych osiągnięciach edukacyjnych, wśród robotników i pracowników budowlanych, tych, którzy są zatrudnieni w mniejszych firmach oraz wśród starszych kobiet. Pracownicy odczuwający brak pewności zatrudnienia wykazują także niższy poziom kontroli nad pracą, wyższe wymagania w pracy oraz niski poziom wsparcia społecznego w miejscu pracy, w porównaniu do tych pracowników, których stanowiska pracy są bezpieczne. Analiza regresji ujawniła, że brak stabilności zatrudnienia jest silnie związany ze złym stanem zdrowia, nawet po uwzględnieniu wieku, kontroli nad pracą, wymagań związanych z pracą oraz wsparcia społecznego w miejscu pracy. Szkodliwy wpływ niepewności zatrudnienia okazuje się silniejszy wśród mężczyzn niż wśród kobiet oraz wśród kobiet piastujących funkcje kierownicze lub wykonujących zawody specjalistyczne niż wśród kobiet o innym statusie zawodowym, a także wśród pracowników większych firm niż wśród tych pracujących w mniejszych przedsiębiorstwach. Wyniki tego badania są zbliżone do wyników badań prowadzonych w innych krajach. Wskazują one, iż brak pewności zatrudnienia stanowi poważne źródło stresu i towarzyszą mu szkodliwe psychospołeczne warunki pracy oraz zły stan zdrowia pracowników.

Niestabilność organizacyjna będąca skutkiem procesów restrukturyzacyjnych, ekspansji i redukcji zatrudnienia wiąże się z chorobowością i nasileniem absencji chorobowych. Systematyczne studium efektów restrukturyzacji szpitali, która obejmowała zwolnienia, na pielęgniarki, które utrzymały zatrudnienie (Cummings i Estabrooks, 2003) okazało się, że wśród głównych skutków restrukturyzacji znalazły się: spadek satysfakcji z pracy, skuteczności zawodowej, zdolności do zapewnienia wysokiej jakości opieki, pogorszenie zdrowia zarówno w aspekcie emocjonalnym jak i somatycznym oraz wzrost rotacji personelu oraz załamanie relacji w zespołach sprawujących opiekę zdrowotną. Pielęgniarki z krótszym stażem pracy, które doświadczyły wielokrotnych epizodów restrukturyzacyjnych bardziej dotkliwie odczuwały omówione wyżej negatywne skutki. Westerlund i in. (2004) obserwowali długoterminowe relacje między ekspansją miejsca pracy a zachorowalnością (n=24036). Badanie to potwierdziło wcześniejsze doniesienia, zgodnie z którymi redukcje niosą istotne ryzyka zdrowotne. Wykazano również, że powtarzające się narażenie na gwałtowny rozrost personalny, zwykle połączony także z centralizacją funkcji, pozwalają statystycznie przewidywać długoterminową absencję chorobową i hospitalizację pracowników. Wyniki te pozostają spójne z wynikami zebranymi w ramach projektu badawczego Zdrowie psychologiczne i samopoczucie w procesie restrukturyzacji: kluczowe skutki i mechanizmy (PSYRES), opublikowanymi w 2011 roku (Pahkin i in, 2011).

Wedtulnd, Theorell i Alfredsson (2004) na podstawie badań 3904 szwedzkich pracowników umysłowych donoszą również o związkach pomiędzy niestabilnością organizacyjną a czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. W ramach badania, na podstawie informacji pochodzących z wywiadów z kierownikami i przedstawicielami związków zawodowych, podzielono stanowiska pracy na pięć kategorii („Stabilne” charakteryzujące się dobrą sytuacją finansową, działające na stabilnym rynku, co prowadzi do wysokiego poziomu bezpieczeństwa zatrudnienia; „Zmieniające się/ Rosnące” charakteryzujące się optymizmem, niskim średnim poziomem zarówno ujawnianych kompetencji jak i kompetencji decyzyjnych w połączeniu z wysokimi wymaganiami psychologicznymi, co prowadzi do wysokiego poziomu stresu zawodowego; „Zagrożone Prywatne”:

charakteryzujące się relatywnie niskim poziomem wymagań psychologicznych w połączeniu z niskim poziomem ujawnianych kompetencji i niskim poziomem decyzyjności; „Niepewne Publiczne” i „Mała Firma”) i porównywano je pod względem stresogenności oraz parametrów fizjologicznych pracowników, w tym: ciśnienie krwi, poziom cholesterolu, trój glicerydy i fibrynogen. Badacze wykazali, że w organizacjach „Stabilnych” występuje najniższy [poziom stresogenności i najzdrowszy profil czynników ryzyka chorób naczyniowych. W porównaniu z grupą „Stabilnych”, pracownicy w organizacjach „Zmieniających się/ Rosnących” wykazują wyższy poziom stresu zawodowego (0,28 SD, $p < 0,001$), wyniki wskazują także, że stabilność organizacyjna sama w sobie może być kluczowym czynnikiem wysokiego stresu wynikającego z gwałtownej reorganizacji i braków kadrowych. Ponadto, poza tradycyjnymi miarami niestabilności organizacyjnej, wzrost w warunkach pomyślnej koniunktury okazał się być ujemnie skorelowany ze stresem zawodowym i zmiennymi psychofizjologicznymi. W grupie „Zagrożonych Prywatnych” stwierdzono podniesiony poziom stresu (0,30 SD, $p < 0,001$), cholesterolu (0,18 mmol/l, $p < 0,05$) i trójglicerydów (0,09 mmol/l, $p < 0,05$). Grupa „Niepewnych Publicznych” miała podniesiony poziom cholesterolu (0,22 mmol/l; $p < 0,05$), trójglicerydów (0,10 mmol/l; $p < 0,01$) oraz fibrynogenu (0,13 mmol/l; $p < 0,05$). W „Małych Firmach” podwyższony był poziom stresu (0,30 SD; $p < 0,001$), cholesterol (0,28 mmol/l; $p < 0,001$), trójglicerydy (0,14 mmol/l; $p < 0,001$) oraz fibrynogen (0,19 mmol/l; $p < 0,001$).

Przeprowadzono także kilka badań poświęconych skutkom pewności pracy i bezpieczeństwa finansowego (prowadzących do bezrobocia) oraz negatywnym skutkom bezrobocia. Dostrzegając doniesienia z wcześniejszych badań, z których wynikało, że płatna praca może mieć korzystny wpływ na dobrostan psychiczny, zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn, Adelman (1987) badała aspekty płatnej pracy, które mogą przyczynić się do tego pozytywnego rezultatu. Stwierdziła ona, że nawet jeśli wzorce są różne dla kobiet i dla mężczyzn, całokształt wyników wskazuje, że charakterystyka pracy (osobisty dochód, złożoność oraz kontrola nad pracą) wiąże się z dobrostanem psychicznym (szczęściem, pewnością siebie oraz brakiem podatności na negatywne doświadczenia) pracujących mężczyzn i kobiet, niezależnie od wieku i wykształcenia. Linn, Sandifer i Stein (1985) porównywali charakterystykę psychiczną i dane o stanie zdrowia osób, które po rozpoczęciu badania straciły pracę i odpowiadających im osób zatrudnionych. Stwierdzili oni, że po utracie pracy objawy somatyczne, depresyjne i lękowe były bardziej nasilone u osób, które pracę straciły niż u zatrudnionych. Co więcej, mężczyźni, którzy stracili pracę znacznie częściej odwiedzali swojego lekarza, przyjmowali więcej leków oraz spędzili więcej dni w łóżku z powodu choroby niż osoby zatrudnione, nawet gdy ilość zdiagnozowanych chorób w obu badanych grupach była porównywalna. W doniesieniach z badań opartych na danych epidemiologicznych Dooley, Catalano i Wilson (1994) również wskazali, że utrata pracy ponad dwukrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia objawów depresji oraz wystąpienia klinicznie potwierdzonego epizodu depresji. Późniejsze badania nad skutkami bezrobocia przynoszą podobne rezultaty.

Na podstawie badania samoopisowego, którym objęto przeszło 2000 pracowników szwajcarskich, Domenighetti, D'Avanzo i Bisig (2000) donoszą, że stres zawodowy indukowany niepewnością zatrudnienia powoduje negatywne skutki w 10 niezależnych wskaźnikach zdrowia i zachowań zdrowotnych. Badacze stwierdzili także, że obawa przed utratą pracy wywołuje bardziej szkodliwe skutki wśród bardzo dobrze wykształconych pracowników niż wśród gorzej wykształconych. Ferrie i in. (1995) na podstawie danych z badań podłużnych Whitehall II, badali wpływ antycypacji zmiany pracy i braku zatrudnienia, porównując 666 osób z departamentu, gdzie miała nastąpić rychła prywatyzacja i pracowników 19 innych departamentów. Wyniki wskazują, że

stan zdrowia pracowników wykazuje tendencję do pogarszania się wśród pracowników antycypujących prywatyzację w porównaniu do pozostałej badanej populacji. W późniejszym badaniu wykorzystującym dane z Whitehall II, Ferrie i in. (2003) również analizowali wkład niepewności zatrudnienia i braku bezpieczeństwa finansowego w czynniki socjoekonomiczne w aspekcie zachorowalności (n=6770). Badacze stwierdzili istotne zróżnicowanie pod względem braku bezpieczeństwa zatrudnienia wśród pracujących uczestników oraz braku bezpieczeństwa finansowego zarówno wśród pracujących, jak i bezrobotnych uczestników, szczególnie zaś wśród mężczyzn, którzy utracili pracę. Za wyjątkiem depresji, uwzględnienie w analizie niepewności zatrudnienia miało nieznaczny wpływ na przejawy statusu zatrudnienia w zachorowalności. Jednakże, brak bezpieczeństwa finansowego miał istotny wpływ na podawany przez badanych stan zdrowia, długotrwałą chorobę, oraz depresję, zarówno wśród zatrudnionych jak i bezrobotnych mężczyzn, a ponadto w tej drugiej grupie miał wpływ na wyniki uzyskiwane w kwestionariuszu GHQ oraz skurczowe ciśnienie krwi. Uwzględnienie niepewności finansowej wśród bezrobotnych kobiet istotnie pogarszało wyniki samopisu stanu zdrowia, wyniki GHQ oraz depresję. Wskaźniki dla podgrupy uczestników bezrobotnych wykazywały większą dynamikę spadku niż w grupie osób pozostających w zatrudnieniu.

Monden (2005) na podstawie danych z Badania Warunków Życia w Krajach Nadbałtyckich I (1994) i II (1999) sprawdzał zakres, w jakim na przestrzeni lat '90 uległy zmianie różnice społeczne w samoopisie stanu zdrowia w trzech krajach bałtyckich: Estonii, Litwie i Łotwie (n=16 970). Wyniki wskazują na istotny i silny związek między złym stanem zdrowia a aktywnością ekonomiczną. Różnice w stanie zdrowia określonym metodami samo opisowymi utrzymały się między 1994 i 1999 rokiem, z wyjątkiem relatywnie gorszej pozycji osób ekonomicznie nieaktywnych w 1999 roku. Wyniki sugerują zatem albo na silną selekcję zatrudnianych pod względem stanu zdrowia lub na pogorszenie się stanu zdrowia bezrobotnych. W oparciu o dane z Kanadyjskiego Narodowego Badania Stanu Zdrowia (n>6000 obserwowane przez 2 lata), Bresin i Mustard (2003) również stwierdzili, że dla osób w wieku 31-55 lat utrata pracy prowadzi do zwiększenia poziomu stresu i, w pewnej skali, rozwoju depresji w okresie objętym obserwacją. Późniejsze badania kanadyjskie, którym celem było oszacowanie wpływu epizodu dużej depresji na późniejszy status zatrudnienia (badania trwały ponad 10 lat, z wykorzystaniem danych z Narodowego Badania Stanu Zdrowia), Patten i in. (2009) stwierdzili, iż epizody dużej depresji zwiększają ryzyko zmiany statusu zawodowego na status osoby niepracującej. Osoby w wieku 25-45 lat u których wystąpił epizod dużej depresji miały ponad dwukrotnie większe ryzyko opuszczenia rynku pracy (HR= 2,6; 1,8-3,6). Prawdopodobieństwo opuszczenia rynku pracy było wyższe, ale relatywne skutki mniejsze w grupie osób w wieku 46-65 lat (HR=1,2; 0,7-2,0).

Scutella i Wooden (2008) na podstawie danych z pierwszych pięciu fal (n=13 969; 11 993; 11 190; 10 565 i 10 392) badania Gospodarstw Domowych, Dochodów i Dynamiki Zatrudnienia w Australii (badanie HILDA) również wskazują, że bezrobocie wiąże się z gorszą samopoczuciem psychicznym.

Rodrigueza, Frongillo i Chandrac (2001) na podstawie badań w USA (n=8029) stwierdzili, że osoby bezrobotne otrzymujące zasiłek dla bezrobotnych lub świadczenia z opieki społecznej częściej skarżą się na depresję, zarówno w krótkim jak i w długim okresie czasu. W Hiszpanii, Artazcoz i in. (2004) na próbie 3881 pracowników i 638 osób bezrobotnych dowiedli, że bezrobocie bardziej wpływa na stan psychiczny mężczyzn (po uwzględnieniu wieku, OR= 2,98; 2,30-3,87) niż kobiet (OR=1,51; 1,11-2,06). Różnice międzypłciowe związane były z obowiązkami rodzinnymi i klasą społeczną.

Innym aspektem rozwoju kariery zawodowej, który był przedmiotem badań, jest niska płaca. Większość pracowników będzie się skarżyć na zbyt niską płacę, jednak ekstremalnie niskie wynagrodzenie w sposób bezsprzeczny wpływa na zdolność zachowania zdrowia przez pracowników (Lynch i in., 1997b; Warr, 1992). Metoda lub częstotliwość wynagradzania również może stanowić źródło stresu (przykładowo: praca w akordzie) i może oddziaływać wspólnie z tempem pracy (Kasl, 1992). Badania wskazują, iż nieadekwatność pozycji zawodowej, w szczególności brak awansu także mają negatywny wpływ na zdrowie psychiczne. Niedawne badania uwiarygodniły także, że dla pracowników o niskim statusie ekonomicznym, niepewność pracy stanowi jedyny istotny korelat objawów depresyjnych, uwzględniając inne zmienne demograficzne i związane ze środowiskiem pracy. W odniesieniu do lepiej sytuowanych pracowników, objawy depresyjne są związane z dużymi wymaganiami psychologicznymi i niskim poziomem wsparcia od przełożonych i współpracowników (Simmons i Swanberg, 2009). Podobne zależności dotyczące negatywnych skutków zdrowotnych stwierdzono w Finlandii (n=940), przy czym wykazano, że mężczyźni wykonujący wymagającą pracę przy niewielkim wynagrodzeniu mają istotnie bardziej rozwiniętą miażdżycę naczyń niż mężczyźni sprawiedliwie wynagradzani (Lynch i in., 1997a).

2.10 Relacja praca-dom

Rośnie także zainteresowanie relacjami na styku praca-dom jako potencjalnym źródłem stresu, szczególnie w przypadku, gdy oboje partnerzy realizują kariery zawodowe oraz w przypadku tych, którzy borykają się z problemami finansowymi lub kryzysami życiowymi (Cooper i Cartwright, 1994; Frone i in. 1992). Koncepcja „interfejsu praca-dom” (czy „interferencji praca-dom” - WHI) odnosi się nie tylko do życia domowego i rodziny, ale też szerszego obszaru funkcjonowania pozazawodowego (Cox, Griffiths i Rial-Gonzalez, 2000). Interferencja praca-dom w badaniach zwykle jest rozpatrywana jako źródło stresu, który – wspólnie z innymi stresorami – wywiera szkodliwy wpływ na zdrowie i dobrostan. Bywa także określana jako reakcja na stres (np. wskaźnik napięcia psychicznego), szczególnie powodowanego przez stresory związane z pracą, jednak w bardziej rozbudowanych modelach jest ona rozważana w kategoriach zmiennej pośredniczącej w relacji stresor-napięcie psychiczne, w szczególności między stresorami zawodowymi (jak nadmiar pracy, presja czasu) i wskaźnikami pogorszenia stanu zdrowia psychicznego, w tym zgłaszanie objawów psychosomatycznych, objawów depresyjnych oraz wypalenia zawodowego (Demerouti, Bakker i Bulters, 2004).

Eby i in. (2005) dokonali przeglądu 190 badań poświęconych relacjom praca-rodzina opublikowanych w czasopiśmie *Industrial Organizational- Organizational Behaviour* w latach 1980+2002. Wykazali oni, że relacje praca-dom mają charakter złożony a sprawdzenie wpływu jaki praca wywiera na rodzinę i *vice versa* wymaga badań w modelach obejmujących wiele zmiennych. Doświadczenia, jakie są udziałem zarówno w pracy jak i w życiu prywatnym wpływają na wyniki pracy, jak również na sposób funkcjonowania prywatnego, choć skutki specyficzne dla każdej z tych sfer (tzn. wpływ pracy na pracę i rodziny na rodzinę) okazują się być silniejsze i bardziej spójne, niemniej podkreśla się wagę podejmowania w dalszych badaniach zarówno predyktorów specyficznych dla każdej z tych sfer (tj. stresorów zawodowych jako predyktorów konfliktu praca-dom) jak też efektów przenikania się obu tych sfer (tj. stresory zawodowe jako predyktory funkcjonowania rodziny).

Konflikt praca-rodzina pojawia się, gdy wysiłki pracownika zmierzające do wypełnienia wymagań jakie stawia pracodawca kolidują z możliwością wypełnienia wymagań związanych z rolą

małżonka, rodzica lub opiekuna. Częste występowanie konfliktu praca-rodzina może być przykładem przeszkód w skutecznym wypełnianiu obowiązków domowych i może osłabiać zdolność jednostki do budowania i utrzymania pozytywnego wizerunku samego siebie jako członka rodziny; co więcej, zarówno role zawodowe jak i rodzinne stanowią istotny składnik tożsamości osoby dorosłej; przeszkody w formowaniu i utrzymaniu tożsamości pracownika i członka rodziny odbierane są jako stresujące (Frone, Russel i Cooper, 1995). Hingley i Cooper (1986) argumentują, że problemy dotyczące styku sfery rodzinnej i zawodowej albo wymagają rozwiązania konfliktu wymagań we właściwym czasie i przy zachowaniu zaangażowania, albo dotyczą zagadnień związanych ze wsparciem.

Hammer i in. (2004) na próbie 1346 pracowników z 56 firm norweskiego sektora żywności i napojów badali wkład poziomów norm organizacyjnych dotyczących wymagań związanych z pracą oraz relacji społecznych oraz konfliktów praca-dom w poziom stresu zawodowego oraz samopoczucie. Wyniki ujawniły, że normy korporacyjne określające wykonywanie pracy i relacje społeczne a także kolizja spraw zawodowych z rodzinnymi i rodzinnymi z zawodowymi, wyjaśniały w znacznym stopniu wariację stresu zawodowego. Zarówno kolizja obowiązków zawodowych z prywatnymi, jak i obowiązków rodzinnych z zawodowymi stanowiły istotny składnik wariacji stresu zarówno na poziomie organizacyjnym jak i podmiotowym. Zmienne podmiotowe kolizji obowiązków zawodowych z rodzinnymi przekonująco wyjaśniały różnice w stresie pracowników między firmami, wskazując, iż związek ten w niektórych firmach może być silniejszy a w innych słabszy. Dalsze badania wykazały, że konflikt obowiązków zawodowych i rodzinnych był w istotny sposób związany z objawami chorobowymi, podczas gdy kolizja obowiązków rodzinnych z zawodowymi oraz normy organizacyjne nie wywoływały takich skutków. Autorzy skonkludowali, iż o ile normy organizacyjne obejmują oczekiwania co do wysokiego poziomu wydajności, stałej dyspozycyjności, gotowości do sprostania potrzebom organizacji oraz przesłanie, że przetrwają tylko najsilniejsi, konflikt obowiązków zawodowych z rodzinnymi będzie silniej powiązany ze stresem zawodowym. Co więcej, Demerouti, Bakker i Bulters (2004) również wskazują, że presja w pracy prowadzi do konfliktu ról zawodowych i rodzinnych oraz wyczerpania, a także vice versa – wyczerpanie skutkuje nasileniem konfliktu obowiązków zawodowych i rodzinnych i na przestrzeni czasu zwiększa presję zawodową, dostarczając dowodów na „spirale strat” wynikającą z konfliktu praca-dom.

Kinnunen i Mauno (1998) badali rozpowszechnienie, przyczyny i skutki konfliktu praca-dom wśród pracujących kobiet i mężczyzn w Finlandii (n=501). Wyniki ujawniły, że konflikt obowiązków zawodowych z rodzinnymi był bardziej rozpowszechniony niż konflikt obowiązków rodzinnych z zawodowymi, niezależnie od płci, przy czym nie stwierdzono żadnych różnic międzypłciowych. Konflikt obowiązków rodzinnych z zawodowymi wywoływał negatywne skutki dla dobrostanu rodziny a konflikt obowiązków zawodowych z rodzinnymi, w szczególności, na dobrostanu zawodowy. Wyniki pozwalają wnioskować, że szczególnie w sferze zawodowej konieczne są usprawnienia, które pozwolą zapobiegać problemom pojawiającym się na styku praca-dom. Na podstawie obszernego badania przeprowadzonego w oparciu o dane z badań warunków życia w Szwecji, Floderus i współpracownicy (2009) analizowali subiektywny stan zdrowia, zmęczenie oraz objawy lęku wśród kobiet (n=6515) posiadających i nieposiadających dzieci w odniesieniu do ich statusu zawodowego (pracująca/studentka/poszukująca pracy lub gospodyni domowa), czasu pracy oraz posiadania pracującego partnera, jako, że każdy z tych czynników może wpływać na relację praca-dom. Wyniki pozwalają stwierdzić, że posiadanie dzieci nasila stopień złego stanu zdrowia i zmęczenia wśród pracujących kobiet, studentek oraz kobiet poszukujących pracy, przy czym

posiadanie pracującego partnera nieznacznie łagodzi te skutki. W parach, gdzie oboje partnerzy zarabiają, matki rzadziej informują o objawach lękowych niż kobiety bezdzietne. Wskaźniki złego stanu zdrowia i zmęczenia wzrastają wraz z liczbą dzieci wśród kobiet pracujących oraz tych, które pracują 40 godzin tygodniowo lub więcej.

Jansen i in. (2003) badali czynniki ryzyka pojawienia się konfliktu ról zawodowych i prywatnych oraz jego skutki w znaczeniu potrzeby odpoczynku i chronicznego zmęczenia oddzielnie dla kobiet i mężczyzn w okresie 2 lat od Badania Kohortowego w Maastricht poświęconego „Zmęczeniu w Pracy” (n=12095). Wyniki pozwoliły stwierdzić, że różnorodne wymagania związane z pracą, praca zmianowa, niepewność zatrudnienia, konflikty ze współpracownikami lub przełożonym, całkowita odpowiedzialność za utrzymanie domu oraz sprawowanie opieki nad przewlekle chorym dzieckiem lub innym członkiem rodziny stanowią dla mężczyzn czynniki ryzyka pojawienia się konfliktu praca-dom, przy czym swoboda decyzyjna oraz wsparcie ze strony współpracowników i przełożonego stanowią czynnik ochraniający przed wystąpieniem konfliktu praca-dom. W przypadku kobiet czynniki ryzyka pojawienia się konfliktu praca-dom stanowiły: praca wymagająca wysiłku fizycznego, praca w nadgodzinach, czas dojazdu do pracy oraz posiadanie zależnego dziecka, natomiast czynnikiem chroniącym była pomoc domowa. Z kolei konflikt praca-dom okazał się silnym czynnikiem ryzyka pojawienia się większego zmęczenia i wzmożonego zapotrzebowania na odpoczynek od pracy.

Frone i in. (1996) odwołując się do teorii tożsamości argumentują, że badacze powinni równolegle badać zarówno konflikt obowiązków zawodowych z rodzinnymi jak i konflikt obowiązków rodzinnych z zawodowymi w celu pełnego zrozumienia wpływu konfliktu praca-dom na zdrowie pracowników. Wszechstronny przegląd skutków zdrowotnych stresu związanego z konfliktem praca-dom jakiego dokonali Allen i in. (2000) pozwolił wykazać rozpiętość i powagę konsekwencji konfliktu praca-dom, w tym napięcie psychiczne, lęk i depresja, problemy somatyczne, podwyższone ciśnienie tętnicze oraz nadużywanie alkoholu.

Frone (2000) prowadził dalszą eksplorację zależności między konfliktem praca-dom a różnymi rodzajami chorób psychicznych na podstawie danych badawczych (Narodowe Badanie Współwystępowania) dotyczących reprezentatywnej próby 2700 dorosłych Amerykanów, pozostających w związku małżeńskim lub będących rodzicem nieletniego dziecka. Wyniki ujawniły, iż zarówno kolizja obowiązków zawodowych z rodzinnymi, jak i rodzinnych z zawodowymi pozytywnie korelują z zaburzeniami nastroju, lękowymi oraz uzależnieniem od substancji. W zależności od rodzaju konfliktu praca-dom oraz rodzaju zaburzenia, osoby doświadczające konfliktu praca-dom były 1,99-29,66 razy bardziej narażone na wystąpienie poważnej choroby psychicznej niż pracownicy, u których w ogóle nie występował problem konfliktu praca-dom.

Odwołując się do teorii prężności rodziny, Grzywacz i Bass (2003) przebadali wpływ konfliktu praca-dom i udogodnień na styku praca-dom na zdrowie psychiczne pracujących dorosłych, celem lepszego zrozumienia dopasowania praca-dom. Na podstawie danych pochodzących z Narodowego Badania Rozwoju w Wieku Średnim w USA (Mi-DUS; n=1986) porównywano różne kombinacje konfliktu praca-rodzina oraz ułatwień na styku tych dwóch sfer. Wyniki pozwalają stwierdzić, że udogodnienia dla rodzin w pracy stanowiły czynnik chroniący dla rodziny, który łagodził lub usuwał szkodliwy wpływ konfliktu praca-rodzina na zdrowie psychiczne. Dalsze badania

wskazują, że zachowanie zdrowia psychicznego dorosłych jest wspierane gdy istnieją znaczne udogodnienia prorodzinne w pracy oraz zakres konfliktu praca-dom pozostaje niewielki.

Chandola i in. (2004) przeprowadzili zakrojone na szeroką skalę badania porównawcze mające na celu sprawdzenie czy konflikt praca-dom (w obu kierunkach) wyjaśnia wpływ różnych kombinacji ról na zdrowie psychiczne mężczyzn i kobiet zatrudnionych w sektorze publicznym w Wielkiej Brytanii, Finlandii i Japonii. Wyniki analiz danych przekrojowych (Japonia: n=1865; Finlandia: n=5885 i UK: n=6955) wskazują, że zarówno konflikt praca-rodzina jak i rodzina-praca niezależnie od siebie wpływają na zdrowie psychiczne mężczyzn i kobiet. Udowodniono, że konflikt rodzina-praca wywiera większy wpływ na zdrowie psychiczne Brytyjek niż Brytyjczyków, podczas gdy w Japonii i Finlandii znaleziono bardzo słabe dowody na różnice międzypłciowe w obu typach badanego konfliktu. Samotni ojcowie we wszystkich trzech badanych krajach i samotne matki w Finlandii wykazywali zły stan zdrowia psychicznego, co częściowo można było wyjaśnić wyższym poziomem konfliktu rodzina-praca. W przypadku Japonek konflikt był najbardziej nasilony i najgorszy też był stan zdrowia psychicznego kobiet w Japonii, natomiast Finki miały najniższy poziom konfliktu i najlepszy stan zdrowia psychicznego.

W celu eksploracji wpływu konfliktu praca-dom na zachowania zdrowotne Lallukka i in. (w druku) przeprowadził kolejne porównanie pracujących Brytyjczyków (n=3397), Finów (n=4958) i Japończyków (n=2901). Badacze donoszą, że we wszystkich trzech krajach konflikt praca-dom ujawnił niewielkie i niejednoznaczne związki z zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia. W populacji fińskiej, silny konflikt praca-rodzina wiązał się z paleniem tytoniu wśród mężczyzn. Kobiety narażone na silny konflikt praca-dom, częściej demonstrowały niezdrowe nawyki żywieniowe oraz częściej używały dużych ilości alkoholu niż kobiety, u których konflikt występował w mniejszym nasileniu. Podobnie Brytyjki, u których stwierdzono nasilony konflikt praca-dom piły znacznie więcej alkoholu. Bardziej precyzyjna identyfikacja tych zależności oraz analiza przyczynowości wymaga prowadzenia dalszych badań w tym obszarze.

2.11. Podsumowanie

Przytoczone powyżej liczne badania nad skutkami narażenia na niekorzystne psychospołeczne warunki pracy wskazują na istnienie spójnych dowodów zarówno co do skutków krótkookresowych, jak i tych widocznych w dłuższej perspektywie czasowej. Wśród najważniejszych negatywnych konsekwencji widocznych w relatywnie krótkim czasie należy wskazać zmęczenie, będące istotnym czynnikiem wpływającym na obniżenie bezpieczeństwa pracy, a także zwiększoną konsumpcję używek, w tym – w kontekście bezpieczeństwa pracy - szczególnie alkoholu. Jako najpoważniejsze, dobrze udokumentowane skutki ujawniające się w dłuższym okresie czasu wskazać należy dolegliwości mięśniowo-szkieletowe, choroby układu krążenia oraz depresję i inne powszechne zaburzenia stanu zdrowia psychicznego a także cukrzycę (Leka i Jain, 2010, Orłak, 2010, EU-OSHA, 2014).

3. KOSZTY SPOŁECZNE I EKONOMICZNE STRESU WYSTĘPUJĄCEGO W PRACY

Jak podaje Europejska Agencja ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa w Pracy (EU-OSHA, 2014), większość badań nad kosztami generowanymi w związku z zagrożeniami psychospołecznymi i stresem w pracy przeprowadzono metodami dedukcyjnymi lub indukcyjnymi. W podejściu dedukcyjnym, szacuje się całkowite koszty zachorowań, a następnie szacuje się koszty związane ze stresem jako odsetek całkowitych kosztów związanych z chorobami. W podejściu indukcyjnym natomiast identyfikuje się różnego rodzaju odnośne koszty, a następnie sumuje się wszystkie zidentyfikowane grupy kosztów w ten sposób uzyskując całkowity poziom kosztów stresu w pracy. Liczne badania podają dane oparte o wyliczenie tzw. frakcji negatywnych skutków, które można przypisać psychospołecznym czynnikom ryzyka lub stresowi zawodowemu. Często zdarza się jednak, że analitycy stosują metodologie mieszane, a w niektórych przypadkach w ogóle nie podają metody szacowania kosztów. Prezentując w niniejszej części dane o kosztach stresu związanego z pracą podano jedynie te dane, które opracowano zachowując przewidziany dla tego rodzaju estymacji reżim metodologiczny, skupiając się na kosztach ponoszonych przez całe społeczeństwo oraz organizacje zatrudniające pracowników. Jak jednak podkreśla EU-OSHA, należy zachować daleko posuniętą ostrożność przy próbach porównywania kosztów stresu w poszczególnych krajach, bowiem opublikowane dane zebrano przy użyciu różnych metod, uwzględniając różne rodzaje składowych kosztów, a sytuację dodatkowo komplikuje różnorodność walut, w jakich dokonywano szacunków w poszczególnych krajach. W niniejszym rozdziale zaprezentowano dane dotyczące Unii Europejskiej oraz tych członków UE, dla których odnośne dane są dostępne. Pominęto świadomie kilka dostępnych badań nad kosztami stresu w pracy, dotyczących krajów spoza Unii Europejskiej, uznając, iż z punktu widzenia celu niniejszego opracowania znaczenie mają wyłącznie te kraje, w których obowiązują zbliżone regulacje prawne. Na koniec tej części ekspertyzy przedstawiono ostrożne, możliwe do przeprowadzenia, szacunki dotyczące Polski.

Koszty stresu na poziomie europejskim szacuje się od kilkudziesięciu lat. W 2002 roku Komisja Europejska (EC, 2002) podała, że koszty stresu w piętnastu krajach starej Unii wynoszą 20 miliardów Euro rocznie. W najnowszym projekcie badawczym przeprowadzonym w 2013 roku przez Matrix koszty wynikającej z pracy depresji wyliczono na poziomie 617 mld Euro rocznie, na co składają się koszty absencji chorobowych (EUR 272 mld), utraty produktywności (EUR 242 mld) oraz koszty opieki zdrowotnej (EUR 63 mld) i społecznej (EUR 39 mld).

Dostępne są także dane dotyczące niektórych krajów Unii Europejskiej. I tak: w Danii koszty stresu związanego z pracą szacowali w 2006 roku Juel i wsp. (za EU-OSHA, 2014). Wskazali oni, iż koszty opieki zdrowotnej wynoszą 803 miliony Koron duńskich a koszty zasiłków dalsze 52 miliony. Dodatkowo, w zależności od przyjętej metodologii, koszty absencji chorobowych wyliczono na poziomie 1,4-1,5 miliarda koron, koszty wcześniejszych emerytur na poziomie 2-9 miliardów a koszty zgonów na poziomie 3,5 miliarda koron duńskich. Obliczono też później, że koszty przedwczesnych zgonów redukują koszty opieki zdrowotnej o 169 milionów koron, tak więc ostatecznie całkowity koszt stresu zawodowego w Danii oszacowano na poziomie 2,3-14,7 mld koron rocznie.

Koszty stresu we Francji zostały oszacowane w 2005 roku w oparciu o dane z roku 2000 (Bajean i Sultan-Taieb, 2005, za: EU-OSHA, 2014). Badacze wyliczyli, że koszty opieki medycznej (EUR 413 mln), absencji chorobowej (EUR 279 mln), utraty produktywności w związku ze zgonem przed osiągnięciem wieku emerytalnego (EUR 474 mln) oraz skróceniem czasu życia w stosunku do wartości

oczekiwanej (EUR 954 mln) składają się na roczny koszt stresu zawodowego we Francji na poziomie 1,17 – 1,95 miliarda Euro. Ponadto, koszt depresji spowodowanej wysokim poziomem wymagań w pracy (wg modelu wymagania-kontrola-wsparcie) wynoszą we Francji 650-752 miliony Euro rocznie, koszty chorób naczyniowych wywołanych stresem w pracy dalsze 388-715 milionów Euro. Koszty schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego oszacowano wynikających z niekorzystnych psychospołecznych warunków pracy wynoszą we Francji 27 milionów Euro rocznie. W 2010 roku Trontin i wsp. (za EU-OSHA, 2014) obliczyli koszty stresu zawodowego w oparciu o dane epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia chorób sercowo-naczyniowych, zaburzeń psychicznych oraz dolegliwości mięśniowo-szkieletowych. Według tych badaczy całkowity koszt stresu zawodowego we Francji wynosi (na podstawie danych z 2007 roku) 1,9-3 miliardów Euro.

W Niemczech według danych opublikowanych w 2011 roku koszty stresu oszacowano na poziomie 29,2 miliardy Euro rocznie (Bodeker i Frederichs, 2011 za: EU-OSHA, 2014). Inne źródła podają, że koszt absencji chorobowej oraz tzw. prezentyzmu (czyli związanej ze stresem zawodowym obecności w pracy pomimo choroby) na jednego zatrudnionego wynosi 1199-2399 Euro (Booz & Co, 2011, za: EU-OSHA, 2014).

W Belgii i Holandii roczny koszt stresu zawodowego oszacowano na poziomie 4 miliardy Euro (Blatter i wsp., 2005, za: EU-OSHA, 2014). Wcześniejsze szacunki dotyczące kosztów niekorzystnych warunków pracy, które w 2001 wyliczyli Koningsveld i in. mówiły o kwotach rzędu 6 miliardów Euro czyli 2,96% PKB, na co składały się koszty absencji chorobowych, częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy, wypadków, przewencji, egzekwowania bezpieczeństwa oraz opieki medycznej, przy czym 40% tych kosztów przypisanych zostało zagrożeniem psychospołecznym.

Koszty stresu związanego z pracą w Hiszpanii oszacowano na poziomie 150-372 miliony Euro z powodu zaburzeń psychicznych w 2010 roku, co oznacza że stresowi zawodowemu przypisuje się 2/3 wydatków na leczenie tego rodzaju zaburzeń. Same wydatki na związane z pracą nadużywanie alkoholu oceniono na 35 milionów Euro rocznie, co stanowi 4/5 całkowitych wydatków na leczenie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu w Hiszpanii. Koszty związane z absencją chorobową z tytułu zaburzeń psychicznych wywołanych pracą wynoszą 170,86 mln Euro (2,76 mln straconych dni roboczych w 2010 roku). Koszty przedwczesnych zgonów spowodowanych pracą oszacowano na poziomie 63,9-78,9 miliona Euro (UGT, 2013, za: EU-OSHA, 2014). Koszty mobbingu w Hiszpanii oszacowano zaś na 52 miliony Euro na poziomie społecznym, a na poziomie indywidualnym 0-1710 Euro przy średniej 100 Euro na ofiarę mobbingu, co daje łącznie w Hiszpanii kwotę rzędu 62 miliony Euro rocznie (Pastrana, 2002; Carnero i Martinez, 2006 za: EU-OSHA, 2014).

Dane dotyczące Szwecji opierają się na obliczeniach dokonanych w 1996 roku na podstawie kosztów opieki zdrowotnej, absencji chorobowych oraz utraty produktywności z powodu przedwczesnej utraty zdolności do pracy lub zgonu. Levi i Lunde-Jansen (1996) oszacowali, że koszty stresu wynoszą 450 milionów ECU. Badacze wskazali także, że koszty związanych z pracą chorób układu naczyniowego wynoszą w Szwecji 177 milionów Euro (Levi i Lunde-Jensen, 1996, za: EU-OSHA, 2014).

Ostatnim z krajów Unii Europejskiej, dla którego oszacowanie kosztów stresu w pracy przytacza Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia jest Wielka Brytania. EU-OSHA podaje, iż obliczone w 2007 roku koszty jakie poniosło brytyjskie społeczeństwo w związku z absencją chorobową spowodowaną stresem wyniosły 1,26 mld funtów rocznie. Wcześniejsze szacunki

dokonane w 2001/2002 roku przez HSE wskazują, że koszty stresu wynoszą około 0,7-1,2% brytyjskiego PKB (EU-OSHA, 2014). HSE podaje, że w 2013 roku z powodu stresu chorowało 393-464 tysiące Brytyjczyków, z czego 196-246 tysięcy stanowiły nowe zachorowania (HSE, 2013). Murphy (2013) zaś wskazuje, że w Wielkiej Brytanii 34% długoterminowej absencji chorobowej pracowników umysłowych oraz 15% długoterminowej nieobecności pracowników fizycznych spowodowane jest stresem związanym z pracą, a zaburzenia lękowe i depresyjne związane ze stresem zawodowym stanowią główną przyczynę długotrwałej niezdolności do pracy w Wielkiej Brytanii.

Jak dotąd w Polsce nie prowadzi się monitoringu kosztów stresu związanego z pracą. Jednak, korzystając z wytycznych Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (2014) oraz dostępnych danych statystycznych i wyników badań, można podjąć próbę oszacowania przynajmniej części kosztów społeczno-ekonomicznych związanych ze stresem w miejscu pracy w Polsce. Korzystając z wyników badań Instytutu Medycyny Pracy (2013) można stwierdzić, iż wskaźnik absencji chorobowej związanej ze znacznym poziomem stresu w pracy, wyliczony na podstawie stwierdzonej empirycznie na próbie ponad 7500 pracowników przedsiębiorstw z 15 różnych branż absencji pracowników bardziej i mniej zestresowanych, kształtuje się w Polsce na poziomie 36,5% (dla absencji krótkoterminowych – w cytowanym badaniu średnia absencja wyniosła w przypadku grupy pracowników zestresowanych 8,2 dnia). Korzystając z danych publikowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dotyczących ilości dni absencji chorobowej w 2013 roku, zgodnie z którymi 213 392,7 tys. dni osoby ubezpieczone w ZUS przebywały na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby własnej (ZUS, 2014), można ostrożnie stwierdzić, iż ilość dni straconych z powodu stresu w pracy wyniosła w 2013 roku około 77 888,33 tys. dni. Przyjmując jako miarę kosztu wartość wynagrodzenia chorobowego/zasiłku chorobowego obliczoną na podstawie średniego wynagrodzenia z ostatnich 12 miesięcy⁶ koszty społeczne absencji spowodowanej stresem zawodowym można ostrożnie oszacować na poziomie niemal 7,45 mld złotych rocznie. Szacunek ten jest oczywiście niepełny, bowiem należałoby do tego dodać kwoty ponoszone przez organizacje związane z zastępstwami nieobecnych pracowników, koszty opieki zdrowotnej. I inne koszty wliczane do oszacowań dokonywanych w innych krajach. Oceniając poziom kosztów stresu w pracy, należałoby także uwzględnić koszty ponoszone na poziomie indywidualnym w postaci np. utraconych przychodów w związku ze spadkiem produktywności, które wyliczone w oparciu o w/w dane o ilości dni straconych w związku ze stresem i przyjęciu jako miary różnicy między średnim wynagrodzeniem za 2013r. a zasiłkiem chorobowym, kształtują się na poziomie łącznym przeszło 2 mld złotych rocznie (wg danych za 2012 i 2013 rok osoby cierpiące z powodu stresu w pracy tracą z powodu różnicy między wynagrodzeniem a zasiłkiem średnio 26,05 zł za każdy dzień choroby). Także i w tym przypadku koszty stresu są niedoszacowane, choćby przez wzgląd na pominięcie zwiększonych wydatków z tytułu choroby, np. wydatków na leki, ewentualnie odpłatną opiekę medyczną, itp. Przyjmując najprostszą stosowaną metodę utraconych wynagrodzeń (ang. *lost wages method*), inaczej określaną jako metodę kapitału ludzkiego (ang. *human capital method*), najczęściej stosowaną do oceny skutków ekonomicznych chorób i przedwczesnej umieralności (Berger i in., 2001) wartość nieobecności z tytułu stresu w pracy w sektorze przedsiębiorstw w Polsce należy określić na około 9,48 mld złotych rocznie.

⁶ Kalkulację przeprowadzono w następujący sposób: $((\text{średnie wynagrodzenie w 2012 roku} + \text{średnie wynagrodzenie w 2013 roku}) / 2) / \text{średnią ilość dni w miesiącu} * 80\% = ((3521,67 + 3650,06) / 2) / 30 * 80\% = 95,62$ PLN

Rezultaty podjętej tutaj próby oszacowania kosztów społeczno-ekonomicznych stresu związanego z pracą w Polsce należy traktować jako dość konserwatywne i bardzo niekompletne. Nie ma bowiem w Polsce danych, które pozwalałyby oszacować koszty np. tzw. prezentyzmu spowodowanego stresem w pracy, które jak się wydaje w Polsce mogą być stosunkowo znaczne. Brak jest także kompletnych danych pozwalających oszacować koszty związane z leczeniem chorób od stresowych, czy też wypadkami przy pracy związanymi ze stresem w miejscu pracy. Również dane pozwalające szacować koszty zdrowotne i społeczne związane z nadużywaniem substancji, w tym głównie alkoholu i tytoniu w reakcji na stres, są obecnie szczątkowe, choć już Kępiński pisał o wykorzystywaniu alkoholu jako środka uśmierzającego „ból egzystencji” i neurastenicznym stylu picia, który „polega na tym, że pije się w niewielkich ilościach, ale często, gdy się jest zmęczonym albo rozdrażnionym (...)” (Kępiński, 2004 s. 234). Na używanie alkoholu jako niezdrowej strategii radzenia sobie ze stresem, także zawodowym, zwracano później uwagę w licznych pracach (por. np. Grunberg i in, 2006; Ogińska-Bulik i Kaflik-Pieróg, 2005; Ogińska-Bulik, 2009; Orłak, 2010), niemniej jak dotąd nie zaowocowało to monitoringiem związków używania alkoholu i warunków pracy, mimo, iż wg różnych źródeł koszty związane z nadużywaniem alkoholu kształtują się na poziomie 1-3% PKB, a więc nawet 45 mld złotych rocznie (Gałązka-Sobotka (red.), 2013).

4. ANALIZA DANYCH DOTYCZĄCYCH STANU PSYCHOFIZYCZNEGO JAKO PRZYCZYNY WYPADKÓW PRZY PRACY W POLSCE W LATACH 2008-2012

Dane o wypadkach przy pracy i ich przyczynach publikowane są w Polsce przede wszystkim przez Główny Urząd Statystyczny. Dodatkowo, w sprawozdaniach rocznych Głównego Inspektora Pracy publikowane są dane o wypadkach przy pracy zbadanych przez inspektorów pracy. Podkreślić jednak należy, iż inspekcja pracy bada wyłącznie zdarzenia ciężkie, śmiertelne lub zbiorowe oraz korzysta z identycznego systemu klasyfikacji co GUS, dlatego też dane ze sprawozdań Głównego Inspektora Pracy nie będą omawiane w niniejszym opracowaniu.

Przystępując do analizy dostępnych danych o wypadkach w kontekście tematyki i celu niniejszego dokumentu należy zwrócić uwagę na fakt, iż w aktualnie funkcjonującym systemie zbierania danych o wypadkach przy pracy nie funkcjonuje w ogóle pojęcie psychospołecznych przyczyn wypadków, co implikuje taki skutek, iż analizowanie związków między występowaniem zagrożeń psychospołecznych a wypadkowością i chorobowością jest co najmniej utrudnione.

Obecnie, statystyki dotyczące wypadków przy pracy sporządzane są na podstawie danych zbieranych od pracodawców w formie statystycznej karty wypadku, której wzór określono Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7 stycznia 2009 roku w sprawie statystycznej karty wypadku przy pracy (Dz. U. 2009.14.80). Stosownie do tej regulacji, w statystyce wypadkowej wśród przyczyn wypadków uwzględnia się „stan psychofizyczny niezapewniający bezpiecznego wykonania pracy”. Stan ten może być spowodowany przez:

- nagłe zachorowanie, niedyspozycja fizyczna,
- przewlekła lub ostra choroba psychiczna,
- zmęczenie,
- zdenerwowanie,

- spożycie alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych,
- inne przyczyny.

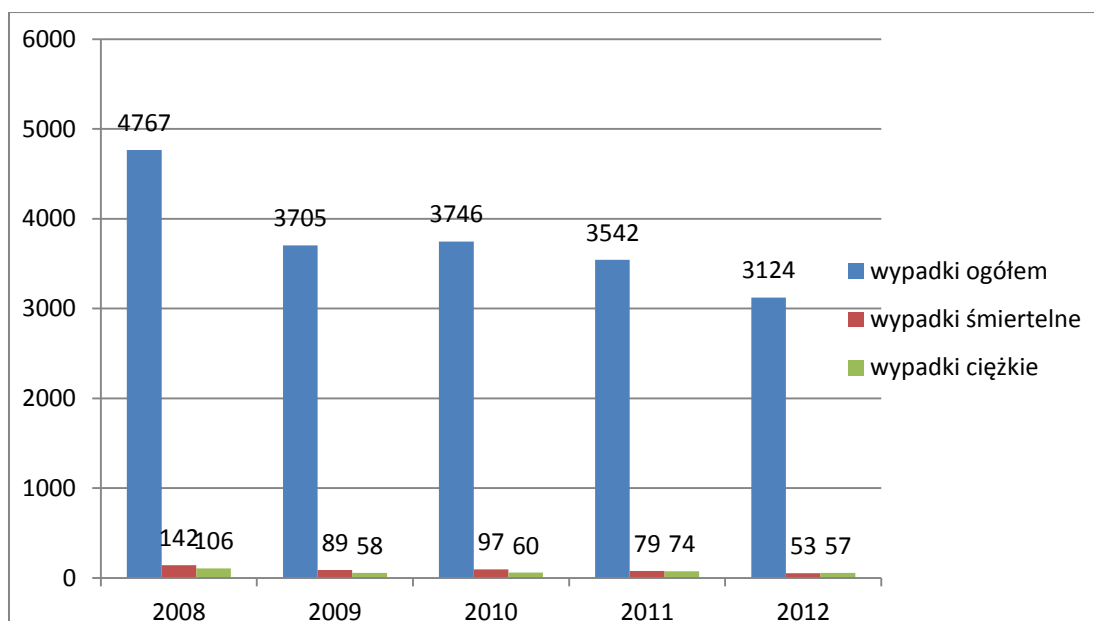
Warto zauważyć, iż w świetle zagadnień omawianych w niniejszym opracowaniu, czyli stresu związanego z pracą w kontekście prewencji, niewłaściwy stan psychofizyczny należałoby rozumieć szerzej niż wyżej przytoczony zakres przewidziany Rozporządzeniem MPiPS. Z objaśnień do statystycznej karty wypadku wynika bowiem, że katalog możliwych przyczyn obejmuje także „nieprawidłowe zachowanie się pracownika, spowodowane: (...) niedostateczną koncentracją uwagi na wykonywanej czynności, zaskoczeniem niespodziewanym zdarzeniem, niewłaściwym tempem pracy (...)”. Aktualny stan wiedzy o zjawisku stresu wskazuje zaś, iż niedostateczna koncentracja uwagi może być bezpośrednim następstwem stanu stresu. Zaskoczenie niespodziewanym zdarzeniem niewątpliwie uruchomi fizjologiczną reakcję stresową, zaś tempo pracy, np. wymuszone, stanowi jeden z czynników stresogennych. Wobec braku w przepisach i zasadach BHP bliższych definicji pojęć użytych w statystycznej karcie wypadku, jak np. „niewłaściwe” tempo pracy, trudno jednak precyzyjnie ocenić na ile zebrane przez GUS dane o wypadkach, do których przyczyniło się np. „niewłaściwe tempo pracy” można uznać za wypadki do których przyczynił się stres związany z narażeniem na niekorzystne psychospołeczne warunki pracy, identyfikowane w obszarze „Tempo i obciążenie pracą” (por. Tabela 1).

Co więcej, odnosząc subkategorie jakie obejmuje przyczyna określana jako „niewłaściwy stan psychofizyczny” do przytoczonej na wstępie opracowania definicji skutków stresu, łatwo dostrzec, iż to co w statystykach ujmowane jest jako przyczyna wypadku w istocie może być skutkiem stresu (np. zmęczenie, zdenerwowanie czy spożycie substancji psychoaktywnej). Wpływa z tego wniosek, iż zagrożenia psychospołeczne mogą stanowić przyczyny pośrednie wypadku. Niestety obecny system statystyczny nie pozwala uchwycić tej zależności (por. też Pietrzak, 2007).

Obecnie Główny Urząd Statystyczny publikuje jedynie dane zagregowane na poziomie grup przyczyn, niemożliwe jest zatem precyzyjne przeanalizowanie szczegółowych danych na temat przyczyn wypadków. Poniżej zaprezentowano zatem jedynie dostępne dane statystyczne odnoszące się do grupy przyczyn wypadków klasyfikowanej jako „niewłaściwy stan psychofizyczny pracownika”, opublikowanych przez GUS w cyklicznej publikacji „Wypadki przy pracy” oraz Roczników Statystycznych Pracy obejmujących dane za lata 2008-2012.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że niewłaściwy stan psychofizyczny jako przyczyna wypadku wskazywany jest niezwykle rzadko. Jego udział wśród innych wykazywanych w statystykach przyczyn w analizowanym okresie wahał się w granicach 1,7-2,3% wszystkich przyczyn wypadków. Analizę danych statystycznych dotyczących wypadków, w których jako przyczynę wskazano niewłaściwy stan psychofizyczny pracownika rozpoczęto od zaprezentowania liczby tego rodzaju wypadków w latach 2008-2012, w tym liczby wypadków ciężkich i śmiertelnych. Odnośne dane przedstawiono na Wykresie 4.1.

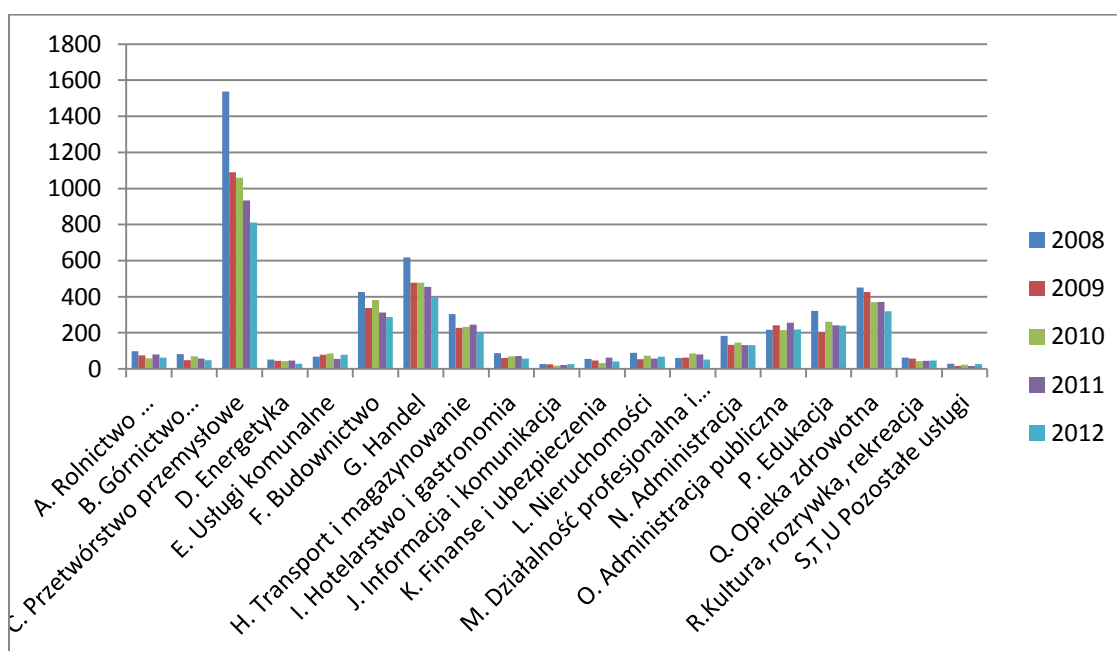
Wykres 4.1. Liczba wypadków, do których przyczynił się niewłaściwy stan psychofizyczny pracownika w latach 2008-2012.



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2009, 2010, 2011, 2012, 2013)

Liczba wypadków przy pracy, do których doszło ze względu na niewłaściwy stan psychofizyczny pracownika w podziale na sekcje gospodarki w poszczególnych latach została zaprezentowana na Wykresie 4.2.

Wykres 4.2. Liczba wypadków, do których przyczynił się niewłaściwy stan psychofizyczny pracownika w podziale na sekcje gospodarki narodowej w latach 2008-2012



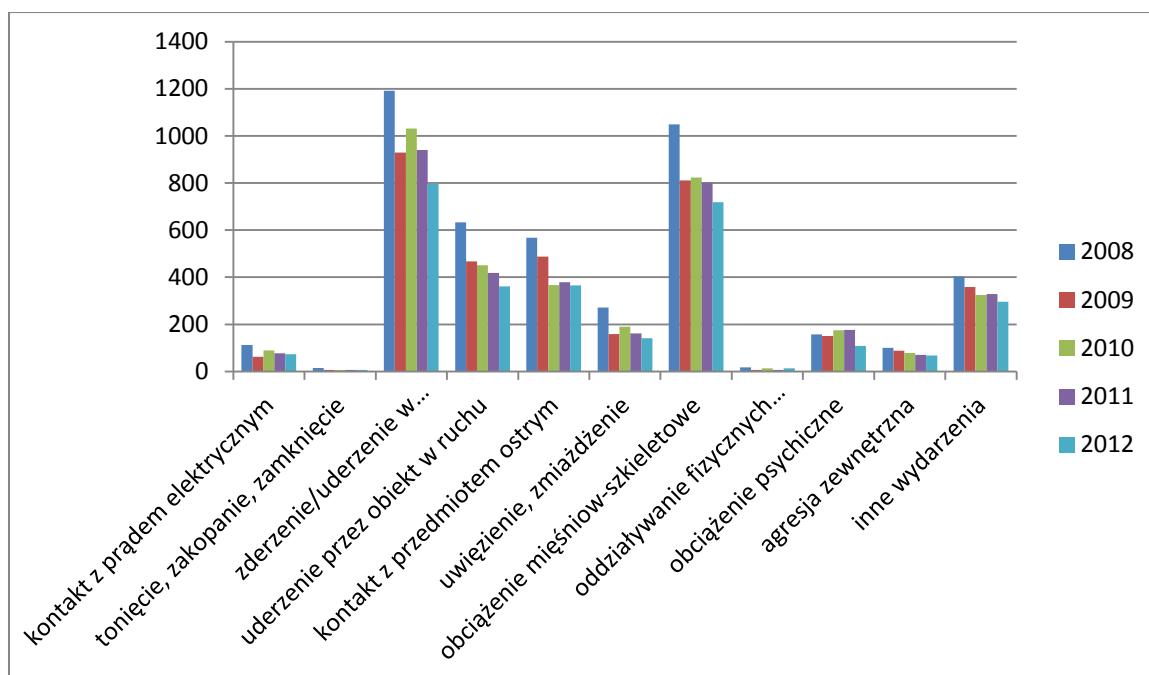
Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2010, 2012, 2013)

Jak wynika z danych przedstawionych na Wykresie 4.2. najczęściej wypadków, do których przyczynił się niewłaściwy stan psychofizyczny pracownika odnotowano w branży przetwórczej a w dalszej kolejności w handlu, opiece zdrowotnej, budownictwie, edukacji, transporcie, administracji publicznej i obronności oraz w usługa związanych z administrowaniem. Pozostałe branże wykazują znacznie mniejszą ilość tego rodzaju wypadków. Odnosząc te dane do wyników badań Instytutu Medycyny Pracy na temat stresogenności warunków pracy w poszczególnych branżach, prezentowanych w Rozdziale 1 niniejszego opracowania, można stwierdzić, iż dane statystyczne dotyczące wypadków spowodowanych niewłaściwym stanem psychofizycznym pracownika są przynajmniej częściowo zbieżne z wynikami przytoczonych badań IMP. Branża metalowa i chemiczna, które w badaniach IMP uplasowały się *ex aequo* na 3. lokacie pod względem stresogenności, a także branża spożywcza, która w tych badaniach znalazła się na miejscu 6. (na równi z ochroną zdrowia) w statystykach GUS ujęte są w ramach przetwórstwa przemysłowego. Wysoka pozycja handlu, opieki zdrowotnej, budownictwa także są zbieżna. Rozbieżności natomiast można dostrzec w przypadku takich branż jak komunikacja, finanse i ubezpieczenia czy energetyka. W statystykach GUS branże te ujawniają relatywnie mało wypadków wywołanych stanem psychofizycznym pracownika, jak na stresogenność pracy w tych branżach. Niewykluczone jednak, iż to przypuszczalne niedoszacowanie w statystykach GUS wynika z zakwalifikowania przyczyn do innej grupy, np. niewłaściwej organizacji pracy albo niewłaściwego zachowania się pracownika. Niespójności widoczne w drugą stronę, tzn. wyniki relatywnie wyższe w statystykach GUS a niższe w badaniach IMP przypisać można najprawdopodobniej metodologii badania – jak wskazano w Rozdziale 1, Instytut Medycyny Pracy badał wyłącznie sektor prywatny, zaś GUS zbiera dane od wszystkich podmiotów w gospodarce narodowej.

Dane publikowane przez Główny Urząd Statystyczny pozwalają prześledzić jeszcze dwie informacje związane z niewłaściwym stanem psychofizycznym pracownika jako przyczyną wypadku przy pracy – mianowicie: jakie było wydarzenie powodujące uraz, do jakiego doszło w takim wypadku przy pracy, a także czynność jaką poszkodowany wykonywał w momencie, gdy doszło do wypadku. Dane dotyczące rodzaju urazu przedstawiono na Wykresie 4.3, zaś te dotyczące czynności na Wykresie 4.4. Podkreślić należy, iż dane dotyczące wydarzenia powodującego uraz, dla kategorii „obciążenie fizyczne lub psychiczne” inaczej niż pozostałe grupy urazów zostały przedstawione w podziale na podkategorie, tj. obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego, oddziaływanie fizycznych warunków pracy (promieniowania, hałasu, oświetlenia, ciśnienia) oraz obciążenie psychiczne.

Z danych przedstawionych na wykresie 4.3. wynika, iż niewłaściwy stan psychofizyczny jako przyczyna wypadku wskazywany jest najczęściej w wypadkach, gdzie wydarzeniem powodującym uraz było zderzenie z lub uderzenie w nieruchomy obiekt i podobnie często w przypadku, gdy uraz został spowodowany obciążeniem mięśniowo szkieletowym. W dalszej kolejności wśród wydarzeń powodujących uraz w wypadkach gdzie stan psychofizyczny był przyczyną wypadku uplasowały się takie rodzaje wydarzeń jak: uderzenie przez obiekt w ruchu, kontakt z przedmiotem ostrym, szorstkim lub chropowatym, wydarzenia inne (nieokreślone) i uwięzienie, zmiążdżenie a dopiero później obciążenie psychiczne i agresja ze strony człowieka lub zwierzęcia. Najrzadziej występowało oddziaływanie fizycznych warunków pracy.

Wykres 4.3. Liczba wypadków, do których przyczynił się niewłaściwy stan psychofizyczny pracownika w podziale na rodzaj wydarzenia powodującego uraz, w latach 2008-2012 (liczby bezwzględne)

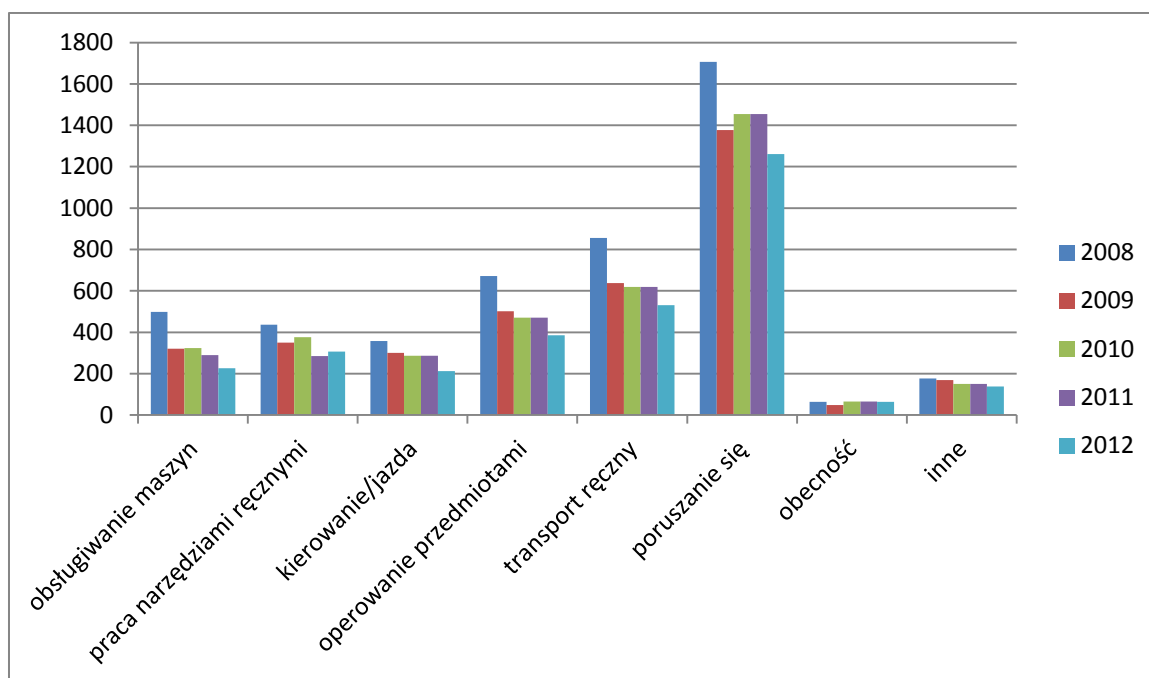


Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2010,2012,2013)

Taki obraz danych jest zaskakujący w kontekście wiedzy o związkach psychospołecznych warunków pracy ze zdrowiem i bezpieczeństwem pracy. Wydaje się, że taki stan rzeczy może być wypadkową dwóch okoliczności. W pierwszym rzędzie jest on konsekwencją elementów uwzględnianych w ramach grupy „niewłaściwy stan psychofizyczny”, które stanowią dalece niekompletny katalog w świetle współczesnej wiedzy o stresie zawodowym. Po wtóre, może to też być konsekwencją niewystarczającej wiedzy osób wypełniających statystyczną kartę wypadku, bowiem gdyby osoby te miały rzetelną wiedzę o skutkach zagrożeń psychospołecznych i mechanizmach pośredniczących między narażeniem na te zagrożenia a skutkami w sferze poznawczo-behawioralnej i w zdrowiu, należałoby spodziewać się, iż w ramach kategorii „niewłaściwy stan psychofizyczny pracownika” podkategoria „inne” byłaby prawdopodobnie wykorzystywana częściej. Jako ilustracja może tu posłużyć przykładowo niewłaściwy stan psychofizyczny pracownika spowodowany przewlekłą chorobą somatyczną, jak np. cukrzyca. Za tezę o być może niewystarczającej wiedzy osób przygotowujących dokumentację wypadkową przemawia też ogólnie niski udział analizowanej przyczyny w przyczynach wypadków ogółem, a także fakt, iż wśród wydarzeń powodujących uraz w wypadkach gdzie stan psychofizyczny został wskazany jako przyczyna jedyna kategoria urazów, która wykazuje tendencje rosnącą na przestrzeni badanego okresu (oprócz 2012 r.) to urazy klasyfikowane jako obciążenie psychiczne. Może to wskazywać na powoli rosnącą świadomość służb BHP w zakresie stresu zawodowego.

Ostatnią kategorią informacji, jaką można wyczytać z publikacji GUS odnośnie niewłaściwego stanu psychofizycznego jako przyczyny wypadku jest czynność jaką poszkodowany wykonywał w momencie zdarzenia. Dane pozwalające analizować to zagadnienie zaprezentowano na Wykresie 4.4.

Wykres 4.4. Liczba wypadków, do których przyczynił się niewłaściwy stan psychofizyczny pracownika w podziale na czynności wykonywane przez poszkodowanego w chwili wypadku w latach 2008-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2010,2012,2013)

Jak wynika z danych zaprezentowanych na Wykresie 4.4. najliczniejszą grupą czynności wykonywanych podczas wypadku, do którego przyczynił się niewłaściwy stan psychofizyczny pracownika było poruszanie się, zaś najrzadziej do tego rodzaju wypadków dochodziło podczas samej tylko obecności pracownika. Pozostałe kategorie czynności kształtują się na zbliżonym poziomie, za wyjątkiem czynności nieokreślonych klasyfikowanych w kategorii „inne”. Struktura czynności wykonywanych w momencie wypadku spowodowanego niewłaściwym stanem psychofizycznym pracownika na przestrzeni lat 2008-2012 zasadniczo nie uległa zmianie.

Reasumując, dostępne dane o stanie psychofizycznym pracowników jako przyczynie wypadków przy pracy nie stanowią większej wartości z punktu widzenia prewencji wypadkowej skupionej na zapobieganiu negatywnym skutkom stresu. Przy tym poziomie agregacji danych, z jaką mamy do czynienia w publikacjach Głównego Urzędu Statystycznego niemożliwe jest opracowanie żadnych konkretnych zaleceń prewencyjnych, bowiem z punktu widzenia prewencji zasadnicze znaczenie ma odróżnienie przykładowo stanu po spożyciu alkoholu, co w warunkach pracy może świadczyć o nadużywaniu substancji przez pracowników, od nagłego zachorowania albo zmęczenia. Ponadto jak wcześniej wspomniano katalog składowych zaliczanych do przyczyny określanej jako niewłaściwy stan psychofizyczny jest niekompletny, a co więcej powinien zawierać elementy ujmowane w innych kategoriach statystycznych, jak np. brak koncentracji uwagi ujmowany jako przyczyna niewłaściwego zachowania się pracownika. Niemniej przez wzgląd na sposób w jaki GUS dane publikuje niemożliwe jest nawet ręczne opracowanie jakichkolwiek danych, które mogłyby być rzetelną podstawą do oszacowanie udziału stresu zawodowego w występowaniu wypadków.

5. METODY MONITOROWANIA ZAGROŻEŃ PSYCHOSPOŁECZNYCH

Do monitorowania zagrożeń psychospołecznych najczęściej stosuje się kwestionariusze samoopisu lub metody obserwacyjne. Poniżej zaprezentowano przegląd dostępnych metod, z podziałem na narzędzia kwestionariuszowe i obserwacyjne stosowane na świecie i rekomendowane w publikacjach Światowej Organizacji Zdrowia oraz narzędzia dostępne w Polsce. W odniesieniu do narzędzi dostępnych w Polsce wskazano również ich słabe i mocne strony.

Prezentowane w niniejszym opracowaniu narzędzia kwestionariuszowe dostępne w Polsce mają charakter wystandaryzowanych testów psychometrycznych, co oznacza, iż są zaopatrzone w materiały opisujące zakres stosowania narzędzia, jego dane walidacyjne oraz (z nielicznymi wyjątkami) dane normalizacyjne, a także opisujące precyzyjnie procedury i organizację badania oraz sposób oceny i interpretacji wyników. Informacje te są zwykle publikowane w czasopismach naukowych lub w postaci podręczników do konkretnego narzędzia i stanowią przedmiot prawa autorskiego. Standaryzacja narzędzia oznacza także, iż sposób prezentacji procedury badawczej określany jest ściśle przez autora kwestionariusza i nie może być przedmiotem opracowania typu streszczenie. Stosownie do Standardów dla Testów stosowanych w psychologii i pedagogice „osoby posługujące się testem powinny posiadać podstawową wiedzę psychometryczną w takich obszarach jak problematyka trafności i rzetelności”, a „osoby biorące udział w publicznych debatach powinny posiadać dostęp – w ramach rozsądnych granic – do istotnych informacji technicznych o testach” (za: AERA, APA i NCME w przekładzie Hornowskiej, 2007 s. 18-19). Jak zauważa prof. Hornowska we wstępie do najnowszego polskiego wydania *Standardów...* „Standardy nie zastąpią zatem dobrego przygotowania w zakresie psychometrii i statystyki. W polskich programach studiów uniwersyteckich jedynie na kierunku jednolitych pięcioletnich studiów magisterskich z psychologii ministerialne standardy nauczania przewidują obligatoryjne uwzględnienie w programie nauczania przedmiotu „psychometria” (konstrukcja narzędzi psychologicznych)” (*ibidem*, s. 19). Z powyższego wynika, że narzędziami psychometrycznymi w Polsce mogą się kompetentnie posługiwać niemal wyłącznie psycholodzy. Stosownie zaś do obowiązującego wszystkich polskich psychologów Kodeksu etyczno-zawodowego psycholog nie udostępnia specyficznych narzędzi diagnozy osobom nieprzygotowanym do ich kompetentnego stosowania, a prowadząc badania samodzielnie odpowiada za dobór metod badawczych umożliwiających uzyskanie wiarygodnych wyników i za rzetelne przedstawienie rezultatów badań. W sprawach tych psycholog podejmuje decyzje nie ulegając presji osób ani okoliczności. Z tego powodu możliwość prezentacji istniejących narzędzi i metod monitorowania stresu w niniejszej publikacji pozostaje ograniczona jedynie do istotnych aspektów technicznych. Przy każdym z dostępnych w polskiej wersji językowej narzędzi wskazano jednak źródło, gdzie uprawnione osoby mogą uzyskać szczegółowe informacje o narzędziu, zawierające wszystkie dane metodologiczne.

5.1. Kwestionariusze rekomendowane w ramach wydawnictw Światowej Organizacji Zdrowia

Prezentacje narzędzi stosowanych na świecie do oceny stresu zawodowego/ zagrożeń psychospołecznych w środowisku pracy dokonały Leka i Jain (2010, 2013). Aktualną listę dostępnych metod, wraz z ich krótką charakterystyką pod względem czasu opracowania, długości narzędzia, przedmiotu pomiaru, stosowanych mierników i dostępnych wersji przedstawiono w Tabeli nr 5.1.

Tabela 5.1. Zestawienie kwestionariuszy wraz z opisem [oraz datą pierwszej publikacji]

MIARA WYPALENIA ZAWODOWEGO (BURNOUT MEASURE; BM) (Pines i Aronson, 1988) [1981]	
Przedmiot pomiaru	Wypalenie – Wyczerpanie fizyczne, wyczerpanie emocjonalne i wyczerpanie mentalne
Mierniki	Wyczerpanie fizyczne charakteryzowane jest poprzez utratę energii, chroniczne zmęczenie i osłabienie; Wyczerpanie emocjonalne, czyli drugi komponent wypalenia, obejmuje przede wszystkim poczucie beznadziejności, bezradności i poczucie, że osoba znajduje się w sytuacji bez wyjścia; Wyczerpanie mentalne, stanowiące trzeci składnik wypalenia, charakteryzuje się rozwijaniem negatywnych postaw do samego siebie, pracy i życia w ogóle.
Wersja	21 itemów
Język	angielski, holenderski
KOPENHASKI KWESTIONARIUSZ PSYCHOSPOŁECZNY (COPENHAGEN PSYCHOSOCIAL QUESTIONNAIRE; COPSOQ) (Kristensen i in., 2005) [2002]	
Przedmiot pomiaru	Czynniki psychospołeczne, stress, zdrowie/dobrostan jednostki, czynniki osobowościowe (styl radzenia sobie ze stresem, poczucie koherencji etc.)
Mierniki	Wymagania poznawcze; zaangażowanie; swoboda; konieczność tłumienia ekspresji emocjonalnej; wymagania emocjonalne; informacja zwrotna; wpływ; niepewność; satysfakcja; znaczenie; kariera; przewidywalność; przywództwo; wymagania ilościowe; jasność roli; konfliktowość roli; poczucie wspólnoty; wymagania sensoryczne; relacje społeczne/wsparcie społeczne; zdrowie psychiczne/somatyczne; koherencja; stres behawioralny
Wersja	długa (141 itemów) dla badaczy; średnia (95 itemów) dla specjalistów z zakresu środowiska pracy; krótka (44 itemy) do wykorzystania na stanowiskach pracy
Język	holenderski, chiński, duński, angielski, flamandzki, niemiecki, chorwacki, malajski, norweski, perski, portugalski hiszpański, szwedzki

KOPENHASKI INWENTARZ WYPALENIA (COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY; CBI) (Kristensen i in., 2005) [2005]

Przedmiot pomiaru Wypalenie – Zmęczenie i Wyczerpanie

Mierniki Wypalenie osobiste (6 itemów), wypalenie związane z pracą (7 itemów) oraz wypalenie związane z klientem (6 itemów)

Wersja 19-itemowa

Język duński, angielski, japoński, mandaryński, kantoński, szwedzki, fiński, francuski, słoweński

NIERÓWNOWAGA WYSIŁKU I WYNAGRODZENIA (EFFORT-REWARD IMBALANCE; ERI) (Siegrist i in., 2004) [1994]

Przedmiot pomiaru Relacje między wysiłkiem a wynagrodzeniem jako determinanty dobrostanu

Mierniki 3 jednowymiarowe skale: wysiłek (6 itemów dotyczących ilościowego/jakościowego obciążenia; całkowitego wzrostu; wymagań fizycznych); wynagrodzenia (11 itemów dotyczących aspektów finansowych, szacunku, kariery, bezpieczeństwa itp.); nadmiernego zaangażowania (6 lub 29 itemów)

Wersja krótka (23-itemowa), długa (46-itemowa)

Język niemiecki, chiński, czeski, duński, holenderski, angielski, fiński, francuski, włoski, japoński, norweski, polski, portugalski, rosyjski, hiszpański, szwedzki

OGÓLNY KWESTIONARIUSZ NORDYCKI (GENERAL NORDIC QUESTIONNAIRE; QPS NORDIC) (Lindstrom, 2002) [2000]

Przedmiot pomiaru Czynniki psychologiczne/społeczne (jako potencjalne determinanty motywacji, zdrowia i dobrostanu)

Mierniki Wymagania związane z pracą/ kontrola nad pracą; oczekiwania roli; przewidywalność pracy/osoby; interakcje społeczne; przywództwo; komunikacja; kultura/klimat organizacyjny; grupa robocza; zaangażowanie organizacyjne; kompetencje; preferowanie wyzwań; motywy pracy/ centralizacja; interakcje prywatne

Wersja krótka (34-itemowa), długa (123-itemowa)

Język angielski, duński, islandzki, norweski, suomi, szwedzki, grecki

NARZĘDZIE WSKAŹNIKOWE HSE (HSE INDICATOR TOOL; HSE) [2004]

Przedmiot pomiaru	Potencjalnie stresogenne warunki pracy
Mierniki	6 podstawowych stresorów: wymagania, kontrola nad pracą, wsparcie, relacje, rola, zmiana
Wersja	35-itemowa
Język	angielski, arabski, bengalski, chiński, farsi, gudżarati, hindi, węgierski, kurdyjski, paszto, polski, punjabi, rosyjski, tamil, turecki, urdu, walijski

INDEKS CHARAKTERYSTYKI ZAWODOWEJ (JOB CHARACTERISTICS INDEX; JCI) (Sims i in., 1976)

Przedmiot pomiaru	Potencjalnie stresogenne warunki pracy
Mierniki	Zróżnicowanie umiejętności, autonomia; informacja zwrotna; interakcje między współpracownikami; rodzaj zadań; przyjaźnie
Wersja	30-itemowa
Język	angielski

KWESTIONARIUSZ TREŚCI PRACY (JOB CONTENT QUESTIONNAIRE; JCQ) (Karasek i in., 1998) [1985]

Przedmiot pomiaru	Zawartość treściowa zadań zawodowych respondenta z wykorzystaniem modelu powstawania stresu wskutek wysokich wymagań/niskiej kontroli nad pracą/niskiego poziomu wsparcia
Mierniki	3 główne skale rozwoju stresu zawodowego: zakres decyzyjności; wymagania psychologiczne; wsparcie społeczne. 2 skale wymagań związanych z pracą: wysiłek fizyczny i niepewność zawodowa
Wersja	Karaska: rekomendowana (49 itemów), długa (112 itemów); oryginalna (krótka, 27-itemów; powszechnie używane adaptacje JCQ, w tym Szwedzki Kwestionariusz Wymagań –Kontroli (Swedish Demand-Control Questionnaire – DCQ) (17 itemów, w tym 5 dot. psychologicznych wymagań związanych z pracą, 6 dot. zakresu decyzyjności [2- możliwości decyzyjne; 4 - wykorzystanie umiejętności] oraz 6 dot. wsparcia społecznego) i wersja Whitehall (25 itemów, w tym 15 dotyczących zakresu decyzyjności/kontroli nad pracą, 4 dot. wymagań i 6 dot. wsparcia społecznego) (Landsbergis i Theorell, 2000)
Język	angielski, bułgarski, chiński, czeski, holenderski (w tym flamandzki), niemiecki, grecki, francuski (w tym kanadyjski), islandzki, włoski, japoński, koreański, malajski, norweski, polski, portugalski (w tym brazylijski), rosyjski, hiszpański (różne dialekty), szwedzki, tajski.

DIAGNOSTYKA PRACY (JOB DIAGNOSTIC SURVEY; JDS) (Hackman i Oldham, 1975) [1975]

Przedmiot pomiaru Subiektywnie postrzegana charakterystyka pracy

Mierniki Różnorodność umiejętności; autonomia; znaczenie zadań; rodzaj zadań; informacja zwrotna

Wersja 15-itemowa

Język angielski

Przedmiot pomiaru nasilenie/częstotliwość niekorzystnych warunków pracy

Mierniki 3 główne skale: stres zawodowy (- indeks; -nasilenie i – częstotliwość)
Dodatkowo trzy podskale presji (- indeks; - nasilenie; - częstotliwość)
oraz trzy podskale deficytów wsparcia

Wersja 30-itemowa

Język Angielski, francuski

INWENTARZ WYPALENIA ZAWODOWEGO MASLACH (MASLACH BURNOUT INVENTORY; MBI) (Maslach i in., 1996) [1981]

Przedmiot pomiaru Wypalenie zawodowe - wyczerpanie emocjonalne; depersonalizacja i umniejszanie osiągnięć osobistych (przemianowane na: Wyczerpanie, Cynizm i Kompetencje zawodowe)

Mierniki Wyczerpanie mierzone 5 itemami, cynizm również pięcioma a efektywność zawodowa oceniana przy pomocy 6 itemów

Wersja 16- itemowe kwestionariusze MBI-GS i MBI-HSS zaprojektowane do badania osób pracujących w opiece społecznej i ochronie zdrowia, MBI-ES zaprojektowany do badania pracowników oświaty

Język holenderski, angielski, grecki, inne

WIELOWYMIAROWY KWESTIONARIUSZ ZDROWIA ORGANIZACYJNEGO (MULTIDIMENSIONAL ORGANISATIONAL HEALTH QUESTIONNAIRE; MOHQ) (Avalone i Pamplomas, 2005){2003}

Przedmiot pomiaru Wskaźniki dobrostanu organizacyjnego

Mierniki Komfort środowiskowy; jasne cele; waloryzacja kompetencji; słuchanie; dostępność informacji; konflikt; relacje interpersonalne; rozwiązywanie problemów; wymagania; bezpieczeństwo; efektywność; sprawiedliwość; opisy stanowisk pracy; społeczna użyteczność; otwartość na innowacje

Wersja	139-itemowa
Język	włoski

KWESTIONARIUSZ ŹRÓDEŁ STRESU ZAWODOWEGO NIOSH (NIOSH GENERIC JOB STRESS QUESTIONNAIRE) (Hurrell i McLaney, 1988) [1988]

Przedmiot pomiaru Wskaźniki dobrostanu organizacyjnego

Mierniki Narażenie psychospołeczne (obciążenie pracą; odpowiedzialność; wymagania roli; wymagania umysłowe; konflikty; praca poniżej kwalifikacji; możliwości zatrudnienia; rodzaje kontroli nad pracą; etc.); napięcie odobnicze (depresja, dolegliwości somatyczne; brak satysfakcji z pracy; choroby) mediatory stres-napięcie (wsparcie społeczne, samoocena)

Wersja Formularze do wyboru (n=22), łącznie 246 itemów

Język angielski, chiński, japoński, koreański, hiszpański

KWESTIONARIUSZ NOVA WEBA (NOVA WEBA QUESTIONNAIRE) (Huys i De Rick, 2005) [1992]

Przedmiot pomiaru Identyfikacja ryzyk związanych ze stresem

Mierniki Cztery główne wskaźniki: wymagania kontrolne/ wysiłek jakiego wymaga praca (wymagania ilościowe; problemy w kontrolowaniu pracy); możliwości kontrolne (autonomia; kontakty; organizowanie realizacji zadań; dostęp do informacji); kompozycja pracy (kompletność funkcji; długość cyklu; mistrzostwo; złożoność poznawcza/ wysiłek umysłowy); inne ryzyka (niepewność; ograniczenia czasowe; dopasowanie wykształcenia kierunkowego/doświadczenia zawodowego; wysiłek emocjonalny/wyczerpanie)

Wersja 156 itemów

Język holenderski

INDEKS STRESU ZAWODOWEGO (OCCUPATIONAL STRESS INDEX; OSI) (Belkic, 2000) [2003]

Przedmiot pomiaru Identyfikacja ryzyk związanych ze stresem

Mierniki Cztery główne wskaźniki: wymagania kontrolne/ wysiłek jakiego wymaga praca (wymagania ilościowe; problemy w kontrolowaniu pracy); możliwości kontrolne (autonomia; kontakty; organizowanie realizacji zadań; dostęp do informacji); kompozycja pracy (kompletność funkcji; długość cyklu; mistrzostwo; złożoność poznawcza/ wysiłek umysłowy); inne ryzyka (niepewność; ograniczenia czasowe; dopasowanie wykształcenia kierunkowego/doświadczenia zawodowego; wysiłek

	emocjonalny/wyczerpanie)
Wersja	ogólny (65 itemów) oraz wersję szczególne (kierowcy, lekarze, nauczyciele, robotnicy, duchowni, kontrolerzy ruchu lotniczego i piloci samolotów pasażerskich)
Język	angielski, bośniacki, serbski, szwedzki
WSKAŹNIK STRESU ZAWODOWEGO (OCCUPATIONAL STRESS INDICATOR; OSIND) (Cooper i in., 1988) [1988]	
Przedmiot pomiaru	Stresogenne warunki pracy
Mierniki	Trzy główne wskaźniki: skala źródeł presji (czynniki wewnętrzne; rola kierownicza; relacje interpersonalne; kariera/osiągnięcia; struktura/klimat organizacyjny; relacja praca-dom), skutki stresu (niska satysfakcja z pracy; zły stan zdrowia psychicznego/somatycznego) moderatory stresu-napięcia (umiejętność radzenia sobie, osobowość podatna na stres)
Wersja	167 itemów
Język	angielski, chiński, włoski
INWENTARZ STRESU ZAWODOWEGO (OCCUPATIONAL STRESS INVENTORY; OSINV) (Osipow, 1992) [1980]	
Przedmiot pomiaru	Dopasowanie zawodowe pod względem stresorów zawodowych, subiektywnego napięcia i radzenia sobie
Mierniki	Trzy wymiary: Kwestionariusz Roli Zawodowej (przeciążenie/niedociążenie/ niejasność/ ograniczoność roli; odpowiedzialność; fizyczne warunki pracy), Kwestionariusz Subiektywnego Napięcia (Napięcie zawodowe/ psychiczne/ interpersonalne/ fizyczne), Kwestionariusz Zasobów Osobistych (wypoczynek; dbałość o siebie; wsparcie społeczne; radzenie sobie poznawcze/ racjonalne)
Wersja	Bateria trzech kwestionariuszy (140 itemów)
Język	angielski, chiński
KWESTIONARIUSZ STRESU ZAWODOWEGO (OCCUPATIONAL STRESS QUESTIONNAIRE) (Elo i in., 1998) [1992]	
Przedmiot pomiaru	Stres zawodowy; spostrzegane stresory środowiskowe/zawodowe; indywidualne reakcje na stres i wpływ organizacyjny
Mierniki	Złożoność pracy; autonomia; jasność roli; klimat organizacyjny; wsparcie od przełożonych; współpraca; docenianie pracy; zagrożenia

	związane z pracą; informacja zwrotna; presja czasu
Wersja	56 itemów
Język	fiński; angielski
OLDENBURSKI INWENTARZ WYPALENIA ZAWODOWEGO (OLDENBURG BURNOUT INVENTORY; OLBI) (Halbesleben i Demerouti, 2005) [1999]	
Przedmiot pomiaru	Wypalenie zawodowe – wyczerpanie i brak zaangażowania
Mierniki	Poznawcze i fizyczne składniki wyczerpania: ogólne uczucie pustki, poczucie przeciążenia pracą; silna potrzeba odpoczynku i stan fizycznego wyczerpania; oraz brak zaangażowania: dystansowanie się od przedmiotu i zawartości treściowej zadań zawodowych oraz negatywne, cyniczne nastawienie i zachowania wobec pracy jako takiej
Wersja	13 itemów
Język	niemiecki, grecki, angielski
WSKAŹNIK ZARZĄDZANIA PRESJĄ (PRESSURE MANAGEMENT INDICATOR) (Williams i Cooper, 1998) [1998]	
Przedmiot pomiaru	Presja w miejscu pracy
Mierniki	Efekty presji (satysfakcja z pracy; satysfakcja organizacyjna; bezpieczeństwo organizacyjne; zaangażowanie organizacyjne; stan umysłu; prężność; poziom zaufania; objawy somatyczne; poziom energii); źródła presji (obciążenie pracą; relacje interpersonalne; rozpoznawalność; klimat organizacyjny; odpowiedzialność osobista; pozycja kierownicza; równowaga praca-dom; codzienne problemy); różnice indywidualne (ambicje, niecierpliwość, kontrola; wpływ; koncentracja na problemie; wsparcie społeczne; odcięcie emocjonalne)
Wersja	120 itemów
Język	angielski, "ponad 20 wersji językowych"
Uwagi	Opracowany na podstawie kwestionariusz „Wskaźnik Stresu Zawodowego”
PSYCHOSPOŁECZNE WARUNKI P R A C Y (PWP) (Widerszal-Bazyl i Cieślak, 2000) [2000]	
Przedmiot pomiaru	Stresogenny wpływ psychospołecznych warunków pracy
Mierniki	Trzy główne skale: wymagania związane z pracą (intelektualne, psychospołeczne i wynikające z przeciążenia); kontrola nad pracą (behawioralna/poznawcza) oraz wsparcie społeczne. Dodatkowo dwie

skale zaadaptowane z Kwestionariusza Stresu Zawodowego (*Occupational Stress Questionnaire*): dobrostan i potrzeba zmian

Wersja 103 itemy

Język Polski

DIAGNOZA STRESU (STRESS DIAGNOSTIC SURVEY; SDS) (Ivancevich i in., 1983) [1983]

Przedmiot pomiaru Identyfikacja poszczególnych obszarów wysoce stresogennych w środowisku pracy

Mierniki Dwa główne wskaźniki: indywidualny (konfliktowość ról/ niejasność ról; zakres pracy; presja czasu; kariera; odpowiedzialność; przeciążenie ilościowe/jakościowe); organizacyjny (polityka; wynagrodzenia; partycypacja; niewykorzystanie; styl nadzoru; struktura organizacyjna; rozwój zasobów ludzkich)

Wersja 80 itemów

Język angielski

KWESTIONARIUSZ STRESU ORGANIZACYJNEGO (STRESS D'ORGANISATION QUESTIONNAIRE; VOS-D) (PREVENT, 2005) [1986]

Przedmiot pomiaru Badanie warunków pracy w celu ułatwienia realizacji zadań obciążonym pracownikom

Mierniki 14 modułów: przeciążenia; definicja ról; nadmierna odpowiedzialność; konfliktowość ról; unieruchomienie miejsca pracy; możliwości decyzyjne; zainteresowanie pracą; pewność pracy; wsparcie od przełożonych i współpracowników; satysfakcja z pracy; problemy w pracy; zdrowie psychiczne i somatyczne

Wersja 95 itemów (niektóre pytania otwarte)

Język holenderski, francuski

PROFIL STRESU (STRESS PROFILE) (Setterlind i Larson, 1995) [1995]

Przedmiot pomiaru Psychospołeczne środowisko pracy

Mierniki 4 główne wskaźniki: zewnętrzne przyczyny stresu (psychospołeczne środowisko pracy; treść pracy; obciążenie pracą/ kontrola nad pracą; klimat przywództwa; fizyczne warunki pracy; związki rodzinne; główne wydarzenia życiowe; codzienne problemy/radości); reakcje (obraz siebie, poczucie koherencji); umiejętności radzenia sobie ze stresem (skoncentrowane na problemie; skoncentrowane na emocjach; angażowanie się w czynności zastępcze; styl życia) reakcje

	na stres (fizyczne; emocjonalne; poznawcze; wypalenie zawodowe)
Wersja	224 itemy
Język	angielski, norweski, duński, estoński, fiński, niemiecki, francuski
KWESTIONARIUSZ OCENY RYZYKA STRESU (STRESS RISK ASSESSMENT QUESTIONNAIRE; SRA) (Stressrisk.com) [2003]	
Przedmiot pomiaru	Stres w miejscu pracy
Mierniki	12 głównych wskaźników: kultura organizacyjna; wymagania (w tym zagrożenia fizyczne); kontrola nad pracą; relacje interpersonalne; zmiana w organizacji; rola; wsparcie; zdrowie; wydajność; radzenie sobie z presją w miejscu pracy; potrzeba zmian organizacyjnych; sugestie dot. redukcji stresu
Wersja	50 itemów
Język	Angielski
PRACA I ZDROWIE (TRAVAIL ET SANTÉ (VAG) (Conseil National du Travail (CNT) 2004; Fédération Générale du Travail de Belgique (FGTB), 2002) [1993]	
Przedmiot pomiaru	Charakterystyka stresu zawodowego
Mierniki	Zawartość treściowa zadań; organizacja pracy; fizyczne warunki pracy; bezpieczeństwo/wyposażenie; relacje interpersonalne; wysiłek psychofizyczny; interakcje między życiem zawodowym i prywatnym; kariera; zdrowie; opinia nt. pracy
Wersja	Pełna (200 itemów), skrócona (41)
Język	holenderski, francuski
KWESTIONARIUSZ TRIPOD SIGMA (TRIPOD SIGMA QUESTIONNAIRE) (Wiezer i Nelemans, 2005) [2003]	
Przedmiot pomiaru	Elementy zarządzania stresem
Mierniki	8 skal: procedury; sprzęt; organizacja; komunikacja; szkolenie/umiejętności; niezgodność celów; wsparcie społeczne; indywidualne środki ochrony
Wersja	166 itemów
Język	holenderski

ANALIZA I OCENA ŚRODOWISKA PRACY (VRAGENLIJST BELEVING EN BEOORDELING VAN DE ARBEID; VBBA) (Van Veldhoven i Broersen, 2003) [1994]

Przedmiot pomiaru Elementy zarządzania stresem

Mierniki 8 wymiarów: charakterystyka pracy (tempo pracy/ilość pracy; obciążenie emocjonalne/umysłowe; wysiłek fizyczny); różnorodność; autonomia; relacje interpersonalne/ komunikacja; problemy związane z pracą (jasność zadań/ zmiany w zadaniach; informacja; problemy); warunki (płaca; kariera; bezpieczeństwo); satysfakcja (przyjemność; zaangażowanie organizacyjne; fluktuacja); napięcie (potrzeba odpoczynku; zmartwienie; jakość snu; reakcje emocjonalne; zmęczenie)

Wersja pełna (212 itemów) i skrócona (108 itemów) plus dodatkowe itemy dostosowane do specyfiki branżowej

Język holenderski, francuski (Questionnaire sur le Vécu du Travail; VT)

SKALA ŚRODOWISKA PRACY (WORK ENVIRONMENT SCALE; WES) (Moos, 1981) [1981]

Przedmiot pomiaru Klimat społeczny zakładów pracy

Mierniki Zaangażowanie; relacje pracownicze; wsparcie ze strony przełożonych; autonomia; orientacja zadaniowa; presja pracy; jasność; kontrola nad pracą; innowacyjność; komfort fizyczny

Wersja długa (90 itemów); krótka (40 itemów)

Język angielski

KWESTIONARIUSZ WARUNKÓW PRACY I KONTROLI (WORKING CONDITIONS AND CONTROL QUESTIONNAIRE; WOCCQ) (De Keyser i Hansez, 1996) [2001]

Przedmiot pomiaru Ryzyko psychospołeczne oraz stopień kontroli pracowników nad wykonywaną przez nich pracą

Mierniki Kontrola sytuacji zawodowych; zasoby; przyszłość; zarządzanie zadaniami; ryzyko dla siebie i dla innych; planowanie pracy; zarządzanie czasem

Wersja 80 itemów (plus dwa kwestionariusze opcjonalne)

Język francuski; holenderski, angielski

Źródło: Leka i Jain, 2013 (za zgodą wydawcy)

5.2. Metody obserwacyjne rekomendowane w wydawnictwach WHO

Drugą, obok kwestionariuszy, grupę metod, które mogą być stosowane do diagnozy stresu w organizacji stanowią metody obserwacyjne. Listę tych narzędzi rekomendowanych w wydawnictwach Światowej Organizacji Zdrowia zamieszczono w Tabeli 5.2..

Tabela 5.2.. Zestawienie narzędzi obserwacyjnych wraz z opisem [oraz datą pierwszej publikacji]

CANEVAS (Delaunois i in., 2002) [1995]	
Typ	Analiza firmy
Przedmiot pomiaru	Diagnoza stresu w organizacji w danym momencie. Ogólna ocena sytuacji wyjściowej (usługi; wydział; firma; organizacja) w kontekście ryzyka/ potwierdzenia stresu
Mierniki	Działania (zadania; autonomia; rola; podejmowanie decyzji; ryzyka); środowisko (kontekst; struktura organizacyjna; kariera; zarobki; relacje interpersonalne); mediatory podmiotowe (stres rodzinny; osobowość; wartości; potencjał; doświadczenie; zdrowie)
Metody	70 itemów dotyczących rzeczywistych danych o firmie (fizyczne warunki pracy; przepływ informacji; kultura organizacyjna; czynniki psychospołeczne; warunki pracy; godziny pracy). Analiza oparta o cztery konstrukty, tj.: integracja, mistrzostwo; przejrzystość; wymagania
Język	francuski
FIŃSKI INSTYTUT MEDYCyny PRACY (FINNISH INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALTH) (Hurrell i in., 1998) [1983]	
Typ	Lista kontrolna obserwacji
Przedmiot pomiaru	Ocena stresorów zawodowych (psychospołeczne; fizyczne; chemiczne)
Mierniki	12 stresorów (odpowiedzialność za bezpieczeństwo; monotonia i monotypia; narzucony rytm pracy; złożoność podejmowanych decyzji etc.)
Metody	System punktowy oparty o obserwację procesu pracy (stresory definiowane/ilustrowane w instrukcji stanowiskowej) uzupełniony wywiadami z pracownikami i przełożonymi
Język	fiński

KWESTIONARIUSZ ANALIZY STANOWISKA (POSITION ANALYSIS QUESTIONNAIRE (PAQ) (McCormick i in., 1972) [1972]

Typ Analiza pracy

Przedmiot pomiaru Ocena stanowiska i stresu zawodowego

Mierniki 195 itemów: 187 dotyczy działalności/środowiska (informacja; procesy umysłowe; wyniki; relacje interpersonalne; rodzaj stanowiska pracy; charakterystyka pracy), 8 dotyczy odszkodowań

Metody Oparta o wywiady z pracownikiem/przełożonym, poszczególnym pracom przyporządkowywane są wagi

Język angielski

RHIA/VERA (Leitner i Resch, 2005) [1989]

Typ Analiza obserwacyjna stresu zawodowego

Przedmiot pomiaru Opis i ocena czynników stresogennych, którym przypisuje się wpływ na zdrowie

Mierniki Bariery w pracy; monotonne warunki pracy; presja czasu; niekorzystne czynniki środowiskowe; ograniczenia czasowe; ograniczenia w zakresie potrzeb fizjologicznych/fizycznych

Metody Dwie części: instrukcja zawierająca wszystkie definicje i arkusze odpowiedzi, przygotowana pod kątem szczegółowej analizy; 2-6 godzinna obserwacja miejsca pracy/ rozmowy z pracownikami z wykorzystaniem wywiadu częściowo ustrukturyzowanego (nanoszone na arkusze odpowiedzi zgodnie z definicjami zawartymi w instrukcji)

Język niemiecki

SUVAPRO (Delaunois i in., 2002) [1999]

Typ Lista kontrolna

Przedmiot pomiaru Przesiewowe badanie sytuacji stresowych w firmie, dostarczające danych dla późniejszych interwencji

Mierniki Stresory; zasoby pozwalające przeciwdziałać stresorom; objawy stresu

Metody 3 dokumenty: (1) dla kadry zarządzającej: pytania dotyczące wypadków, absencji, szkód materialnych, pewności pracy; skarg na stres wynikający z terminowości; stanowisk pracy usytuowanych w izolacji, monotonii, odpowiedzialności, rodzaju stanowisk pracy; (2) dla grup roboczych: 3-częściowa lista kontrolna obejmująca: identyfikację stresu, eliminację

przyczyn stresu; poprawę warunków pracy. (3) dla pracowników: 10 części: „pięć przykładów”, wyjaśnienie pojęcia stresu, pytania pozwalające zidentyfikować subiektywne stresory; ocena objawów; ocena zasobów (autonomia, sieć społeczna, informacja/partycypacja; kondycja fizyczna i psychiczna, motywacja do pracy, planowanie i organizacja pracy); tabela podsumowująca wyniki (oraz identyfikacja wszelkich działań pośredniczących); usuwanie stresorów (bardziej szczegółowa ilustracja), rozwijanie zasobów (ułatwienia w zakresie organizacji, planowanie i przygotowanie komunikacji, odpoczynek i równowaga), dyskusja nad „pięcioma przykładami”, opracowanie indywidualnego programu zwalczania stresu

Język	francuski, niemiecki, włoski
PRACA I ORGANIZACJA (TRAVAILLEUR ET ORGANISATION; TOMO) (PREVENT, 2005) [1994]	
Typ	Obserwacyjna lista kontrolna
Przedmiot pomiaru	Inwentarz ryzyk związanych z funkcjami/działem (nie poszczególnymi pracownikami)
Mierniki	Wymagania związane z zadaniami: treść pracy (monotonia, funkcja, cykle, jednostki itp.); obciążenie pracą (presja czasu, precyzja/ koncentracja, niedociążenie, aspekty emocjonalne); odpowiedzialność (zbyt dużo/mało; niedookreślona; sporna); wiedza/uzdolnienia (za wysokie/niskie); (2) relacje w miejscu pracy kontakty związane z funkcją (dialog, wsparcie, współpraca); inne kontakty (możliwości, środowisko pracy); przełożeni (informacja zwrotna, wsparcie, etc.); integralność personalna (przestrzeń, intymność, dyskryminacja, molestowanie seksualne); (3) warunki wynagrodzenia za pracę (poziom, zróżnicowanie itp.); pozapłacowe składniki wynagrodzeń (udogodnienia rekreacyjne, itp.); czas odpoczynku (harmonogramy pracy, czas pracy, przerwy); kariera; (4) możliwości regulacyjne: zadania (modalność; tempo/rytm; rozwiązywanie problemów; zakłócenia zewnętrzne); środowisko (swoboda poruszania się; stanowisko pracy; zakłócenia, kontakt ze współpracownikami); organizacja (dialog; czas/harmonogram pracy, kariera); dostęp do informacji/informacja zwrotna
Metody	Trzy dokumenty: (1) inwentarz problemów – lista 54 itemów (ewaluowanych na podstawie obserwacji, wywiadów, dyskusji); (2) 137 działań prewencyjnych; (3) 54 itemy podzielone ze względu na grupę (patrz wyżej)
Język	Holenderski

WEBA (WELZIJN BIJ OF ARBEID) (Delaunois i in., 2002)[1990]

Typ	Narzędzie do analizy pracy
Przedmiot pomiaru	Identyfikacja zagrożeń dla dobrostanu pod względem ryzyka stresu oraz przeciążenia psychicznego i braku stosownych możliwości Szkolenia zawodowego
Mierniki	7 wymiarów: (1) kompletność funkcji zawodowej (zestaw zadań spójny z przygotowaniem/wsparciem); (2) organizacja zadań (decyzyjność; komunikacja z przełożonymi/współpracownikami w celu rozwiązania problemu); (3) unikanie zadań wykonywanych w krótkich cyklach (,90 sekund); (4) stopień trudności funkcji (równowaga między zadaniami prostymi/ intensywnymi); (5) autonomia pracy (rytm, kolejność zadań, metody pracy); (6) kontakty społeczne (przełożeni/współpracownicy); (7) dostępność informacji (na poziomie indywidualnym, wydziału, całej firmy)
Metody	Najpierw kwestionariusz przesiewowy, którego celem jest określenie ryzykownych grup/ wydziałów, a następnie sześć kroków: (1) analiza zadań (inwentarz); (2) ewaluacja warunków wykonywania zadania (czas cyklu pracy, złożoność poznawcza; autonomia; możliwość kontaktu; informacja); (3) i (4) problemy z kontrolą nad pracą (możliwości vs wymagania), zakłócenia procesu; (5) ewaluacja pracy (patrz: mierniki powyżej); (6) raportowanie efektów i dyskusja nad priorytetami i usprawnieniami
Język	francuski, holenderski

Źródło: Leka i Jain, 2013 (za zgodą wydawcy)

5.3. Kwestionariusze dostępne w wersji polskiej i ich podstawowe właściwości

Przeglądu narzędzi do pomiaru zagrożeń psychospołecznych funkcjonujących w badaniach polskich dokonała Potocka (2012). Wyniki tego przeglądu, rozszerzone o dodatkowe informacje oraz narzędzia, które pojawiły się w 2013 roku, zaprezentowano poniżej.

5.3.1. Kwestionariusz Psychospołeczne Warunki Pracy

Jest to kwestionariusz autorstwa Cieślaka i Widerszal-Bazyl (2000), umożliwiający ocenę wymagań, zakresu kontroli, wsparcia społecznego i dobrostanu oraz szacowanie potrzeb pracowników dotyczących zmian w ich środowisku pracy. Kwestionariusz może służyć do monitorowania czynników psychospołecznych i być wykorzystywany przy partycypacji pracowników w poprawie warunków pracy. Konstrukcję narzędzia autorzy oparli na modelu stresu wymagania–kontrola–wsparcie (znany w literaturze również jako model DCS) od Karaska i Theorella (1990). Zgodnie z tym modelem obciążenie w pracy jest wypadkową trzech głównych właściwości pracy:

– wymagań stawianych przez pracę (ang. *demand*),

– możliwości kontroli pracownika nad pracą, czyli możliwości wpływu na pracę i jej warunki (ang. *control*),

– wsparcia społecznego, czyli poczucia możliwości otrzymania pomocy w codziennych i trudnych sytuacjach (ang. *support*).

Zgodnie z modelem DCS najbardziej zagrażająca dobrostanowi pracownika jest taka sytuacja, w której wysokim wymaganiom towarzyszy niski poziom kontroli i wsparcia społecznego. Metoda składa się z krótkiej instrukcji i 6 części (wszystkich pozycji razem z metryką w kwestionariuszu jest 118).

1. Część I (skala W): jakie wymagania stawia Twoja praca? – służy do pomiaru spostrzeganego poziomu wymagań i składa się z 25 pytań, np.: *Czy praca wymaga dobrego słuchu?*; *Czy praca wymaga śledzenia literatury fachowej?*
2. Część II (skala K): w jakim stopniu możesz wpływać na to, co dzieje się w pracy? – służy do oceny spostrzeganego zakresu kontroli i składa się z 20 pytań, np.: *Na ile jest dla Ciebie jasne, jakie są Twoje obowiązki i zakres odpowiedzialności?*, lub *Czy masz wpływ na sposób wykonywania realizowanych zadań?*
3. Część III (skala WS): na jakie wsparcie i pomoc możesz liczyć? – przeznaczona do pomiaru spostrzeganego wsparcia społecznego pochodzącego ze środowiska pracy, składa się z 16 pytań, np.: *W jakim stopniu możesz liczyć na to, że Twoi przełożeni pomogą Ci w jakiś konkretny sposób?*, *W jakim stopniu możesz liczyć, że Twoi współpracownicy sprawią, że poczujesz się kimś ważnym i cenionym?*
4. Część IV (skala D): jakie jest Twoje samopoczucie? – służy do pomiaru spostrzeganego poziomu dobrostanu i składa się z 22 pytań, np.: *Czy dobrze śpisz?*, *Czy jesteś nerwowy?*
5. Część V (skala PZ): czy oczekujesz jakichś zmian w pracy? – przeznaczona do oceny spostrzeganego przez badanych potrzeby dokonania zmian w pracy, składa się z 20 pytań zamkniętych i jednego otwartego. Przykładowe zmiany to: modernizacja maszyn, urządzeń, poprawa stosunków międzyludzkich, szkolenie dla przełożonych, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności, kompetencji.
6. Część VI: kim jesteś i jaka jest Twoja firma? – służy do zebrania podstawowych danych biograficznych. Pierwszym krokiem w procedurze obliczania wyników surowych jest zmiana kodowania odpowiedzi zgodnie z podanymi przez autorów kluczami, a następnie zsumowanie punktów za odpowiedzi na pytania wchodzące w skład danej skali. Otrzymane sumy należy podzielić przez liczbę pytań, na które badany udzielił odpowiedzi, w celu otrzymania średnich wyników skali lub podskali. Uzyskane wartości należy porównać z normami.

Kwestionariusz zaopatrzonej jest w normy opracowane dla 8 grup zawodowych specjalistów ds. bankowości i ubezpieczeń, pielęgniarek, robotników budowlanych, sprzedawców, urzędników administracji, informatyków, kierowców komunikacji zbiorowej i nauczycieli. Posiada także normę bez podziału na grupy zawodowe. Normy te opracowane zostały w 2000 roku. Kwestionariusz można wykorzystać do badań grupowych i indywidualnych, a czas wypełnienia kwestionariusza zajmuje średnio 30 minut. Rzetelność dla skal mierzona wskaźnikiem α Cronbacha waha się od 0,82 do 0,94, jest zatem zadowalająca.

Zaletą narzędzia są normy dla różnych grup zawodowych, dobre właściwości psychometryczne, a także to, iż pozwala ono dobrze scharakteryzować strukturę psychospołecznych warunków pracy; Wyniki można interpretować nie tylko na poziomie skal ale również na poziomie poszczególnych pozycji kwestionariusza, co powoduje, że narzędzie może być użyteczne także dla osób bez przygotowania psychologicznego. Metoda uwzględnia także oczekiwania co do zmian w pracy oraz pomiar dobrostanu psychofizycznego pracowników. Kwestionariusz znajduje się w wykazie narzędzi stosowanych do oceny psychospołecznych zagrożeń zawodowych opublikowanym przez Światową Organizację Zdrowia, toteż pozwala na porównywanie wyników z innymi badaniami polskimi i światowymi.

Wadą tej metody jest przede wszystkim czasochłonność badania – liczba pytań (aż 118) może zniechęcać do wypełnienia kwestionariusza. Mimo uwzględnienia wielu kategorii zagrożeń brakuje pytań o takie zagrożenia, jak mobbing, dyskryminacja czy interferencje praca–dom. Analiza tego rodzaju zagrożeń, wymaga stosowania dodatkowych narzędzi. Potocka (2012) wskazuje także, że Kwestionariusz PWP identyfikuje najczęściej spotykane czynniki, które mogą wywoływać stres w badanej grupie, ale nie pozwala wyłonić grup ryzyka, to znaczy najbardziej zestresowanych pracowników, jednak nie sposób podzielić tego twierdzenia wobec normalizacji dla skali pożądanych zmian i skali dobrostanu (w tym dla ośmiu grup zawodowych). Narzędzie nie bada jednak deklaratywnego poziomu stresu, zamiast tego badając nasilenie cech środowiska pracy, o których wiadomo, że mają związek ze zdrowiem. Warto też zauważyć, że normy opracowane zostały w roku 2000, a więc należy je uznać za stare wobec zmian jakie zaszły przez ostatnich 14 lat w polskim środowisku pracy

Kwestionariusz może być stosowany do badań indywidualnych i grupowych. Szczegółowe informacje metodologiczne zostały opublikowane w formie podręcznika autorstwa Cieślaka i Widerszal Bazyl (2000).

5.3.2. Kwestionariusz ERI

Wersja oryginalna *Efford-Reward Imbalance* - ERI została opracowana przez prof. J.Siegrista z Uniwersytetu w Dusseldorfie, zaś autorami polskiej adaptacji tego kwestionariusza są Widerszal-Bazyl i Radkiewicz. Polska adaptacja narzędzia obejmuje dwie z trzech oryginalnych skal i została wykonana w ramach międzynarodowego programu badawczego European NEXT-Study (Nurses' Early Exit Study), którego głównym celem była diagnoza przyczyn, dla których pielęgniarki przedwcześnie rezygnują z pracy w zawodzie. Projekt był realizowany w 10 krajach Europy, w tym w Polsce, przez Centralny Instytut Ochrony Pracy w Warszawie oraz Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Kwestionariusz ERI służy do badania środowiska pracy pod kątem zagrożeń psychospołecznych, które mogą mieć swoje źródło w zaburzonej równowadze między wysiłkiem, jaki człowiek wkłada w pracę, a tym, co w zamian uzyskuje.

W wersji polskiej Kwestionariusz składa się z 17 pozycji opisanych na skali Likerta, grupujących się w 2 skale:

1. Zaangażowanie (Wysiłek) – umożliwi określenie stopnia wysiłku, jaki dana osoba wkłada w pracę.

Wysiłki rozumiane są tu jako wymagania, zobowiązania, duża odpowiedzialność, występowanie przeszkód w realizacji zadań, a także nadmierne zaangażowanie uwarunkowane wewnętrznymi charakterystykami jednostki, w tym osobowościowymi. Skala składa się z 6 pozycji, np.:

– Jestem pod stałą presją czasową z powodu dużego obciążenia pracą.

– Mam bardzo odpowiedzialną pracę.

Wynik tej skali mieści się w przedziale 6–30 – im jest wyższy, tym większy jest wysiłek, jakiego doświadcza osoba w związku z pracą (większy wkład w wykonywanie pracy).

2. Nagroda – nośnikami nagród są nie tylko pieniądze, ale i szacunek (uznanie), możliwość rozwoju kariery zawodowej czy bezpieczeństwo zatrudnienia. Skala składa się z trzech podskali (łącznie 11 pozycji):

a) Kariera + Wynagrodzenie (4 pozycje), np.:

– Moje szanse na awans są małe.

– Moje obecne stanowisko odpowiada mojemu wykształceniu.

b) Szacunek (5 pozycji), np.:

– Moi przełożeni traktują mnie z szacunkiem.

– W trudnych sytuacjach otrzymuję odpowiednie wsparcie i pomoc.

c) Poczucie bezpieczeństwa (2 pozycje), np.:

– Czuję się zagrożony/a utratą pracy.

Wynik tej skali mieści się w przedziale 11–55 – im jest wyższy, tym więcej gratyfikacji oczekuje pracownik w związku z wykonywaną pracą (oznacza to, że praca nie stanowi wystarczającego źródła nagród dla osoby badanej).

Aby uzyskać odpowiedź na pytanie, czy dana osoba doświadcza równowagi vs nierównowagi w kontekście wysiłku, jaki wkłada w pracę, a nagrodą, jaką w zamian otrzymuje, należy obliczyć wskaźnik wysiłek–nagroda. Oblicza się go za pomocą formuły:

$w/n \times wk$, gdzie:

w – suma punktów dla skali Wysiłek;

n – suma punktów dla skali Nagroda

wk – współczynnik korygujący (*correction factor*), czyli współczynnik, który koryguje różnicę w liczbie pozycji w poszczególnych skalach (Współczynnik korygujący w tym przypadku wynosi 0,545 [$wk = 6/11$, gdzie nominator odzwierciedla liczbę pozycji w skali Wysiłek (sześć); denominator z kolei wskazuje na liczbę pozycji w skali Nagroda (jedenaście)]).

Jeżeli wartość współczynnika wysiłek–nagroda jest bliska zeru, można uznać, że istnieje względna równowaga między zaangażowaniem w pracę a zadowoleniem z gratyfikacji, jaką za nią

otrzymujemy. Jeżeli natomiast wartość współczynnika jest większa niż jeden, wówczas ta równowaga jest zaburzona (im wartość bardziej zbliża się do dwójki, tym więcej wysiłku kosztuje nas praca i więcej gratyfikacji oczekujemy w zamian). Istnieje również możliwość porównania wartości uzyskanych w poszczególnych skalach ze średnimi podanymi przez autorów (dla skali Wysiłek średnia = 15,70, odchylenie standardowe = 4,99; dla skali Nagroda – odpowiednio: 39,74 i 8,72).

Parametry psychometryczne kwestionariusza ERI prezentują się następująco: współczynnik rzetelności α Cronbacha dla skali Wysiłek wynosi 0,75, a dla skali Nagroda – 0,79 (za: Potocka, 2012), są to więc współczynniki zadowalające, zarówno do celów badawczych, jak interwencyjnych.

ERI to metoda zaadaptowana w wielu krajach i dostępna w 16 wersjach językowych; znajduje się ona w wykazie narzędzi stosowanych do oceny psychospołecznych zagrożeń zawodowych, opublikowanym przez Światową Organizację Zdrowia (por. Tabela 5.1.). Zaletą tego narzędzia jest także niewielka liczba pytań pozwala zaoszczędzić czas i łatwiej pozyskać zgodę respondenta na udział w badaniu. Metoda pozwala na określenie zarówno grup, jak i czynników ryzyka, tzn. najbardziej zestresowanych pracowników (wskaźnik wysiłek–nagroda będzie przyjmował wartości powyżej jeden) i najbardziej stresujących charakterystyk pracy.

Jako minus wymienić należy brak pytań o takie zagrożenia, jak np. mobbing, dyskryminacja czy interferencje praca–dom. Brak jest także podręcznika do kwestionariusza oraz normalizacji, a dostęp do narzędzia jest utrudniony (obecnie jedyną drogą jego zdobycia jest bezpośredni kontakt z autorami polskiej adaptacji). Co więcej, w ramach polskiej adaptacji na potrzeby projektu NEXT nie dokonano pełnej adaptacji kwestionariusza – w wersji pełnej kwestionariusz zawiera 6 dodatkowych itemów badających motywację pracownika, która ma wpływ na równowagę wysiłek – nagroda.

Narzędzie może być wykorzystywane do badań indywidualnych i grupowych. Szczegółowe informacje metodologiczne dostępne są w języku angielski w podręczniku autorstwa Siegrista i Montano (2013).

5.3.3. **Kwestionariusz do Oceny Cech Pracy (KOCP) oraz Kwestionariusz do Subiektywnej Oceny Pracy (KSOP)**

Oba te kwestionariusze zostały opracowane w Instytucie Medycyny Pracy im. Nofera przez Dudka i wsp. (2004).

Kwestionariusz do Oceny Cech Pracy służy do pomiaru ogólnego obciążenia stanowiska czynnikami psychospołecznymi, ale umożliwia też określenie grupy czynników (utworzonych przez poszczególne cechy pracy), które stanowią największe źródło stresu zawodowego. Ocena jest wypadkową ocen przeprowadzonych niezależnie przez 2–3 ekspertów (np. inspektor bhp, kierownik), więc nie jest zależna od stresu przeżywanego przez osoby zatrudnione na ocenianym stanowisku.

Narzędzie składa się z 34 pozycji opisujących różne cechy pracy. Każda z tych cech poddana zostaje ocenie od 1 do 5, gdzie 1 oznacza, że dana cecha w ogóle nie występuje, a 5, że stanowi najwyższą uciążliwość na danym stanowisku pracy. Oprócz ogólnego wskaźnika stresogenności pracy można stworzyć profil dla stanowiska, odzwierciedlający poszczególne grupy zagrożeń (czynników), czyli:

- a) nieprzyjemne warunki pracy (np. brud, wilgoć, złe oświetlenie);
- b) złożoność pracy (np. przerzucanie się z jednej czynności na drugą, udzielanie pomocy innym, złożone zadania umysłowe);
- c) zagrożenia (np. błędy zagrażające zdrowiu i życiu, system pracy);
- d) konflikty (np. konflikty z ludźmi spoza firmy, zabieranie pracy do domu, wyjazdy służbowe);
- e) niepewność wynikająca z organizacji pracy (np. ciągłe zmiany na stanowisku pracy, presja czasu);
- f) uciążliwości (np. hałas, ciasnota);
- g) pośpiech (np. praca wykonywana w pośpiechu);
- h) odpowiedzialność (np. materialna);
- i) wysiłek fizyczny związany z pracą;
- j) rywalizacja (np. zadania wymagające rywalizacji).

Wypełnienie kwestionariusza trwa około 15–20 minut. Jak już wspomniano, ocena stanowiska pracy jest średnim wynikiem niezależnych ocen 2–3 ekspertów i odnosi się zarówno do wyniku ogólnego, jak i poszczególnych czynników (wymienionych w punktach a–j). Im wyższy wynik otrzymamy po zliczeniu punktów za odpowiedzi, tym wyższe nasilenie danego czynnika (np. niepewność wynikająca z organizacji pracy). Wynik surowy porównujemy z opracowanymi przez autorów normami. Zgodność wewnętrzną dla całego kwestionariusza wynosi 0,64 (α Cronbacha).

Zalety i wady Kwestionariusza do Oceny Cech Pracy są następujące:

Za plus poczytać należy, iż dostępny jest podręcznik wraz z normami. Ponadto, wypełnienie kwestionariusza zajmuje dość krótki czas. Narzędzie umożliwia też obiektywną ocenę potencjalnych psychospołecznych zagrożeń na stanowisku pracy.

Jednakże, kwestionariusz ten pozwala na identyfikację najczęściej spotykanych czynników, które mogą wywoływać stres w badanej grupie, ale nie pozwala wyłonić grup ryzyka, tzn. najbardziej zestresowanych pracowników. Pytania dotyczą głównie treści pracy, dlatego stosując to narzędzie, nie uzyskamy informacji na temat zagrożeń, które wynikają z kontekstu pracy (np. jakości relacji czy wsparcia). Brakuje pytań o takie zagrożenia, jak mobbing czy dyskryminacja. Także obiektywność oceny może stanowić minus, gdyż, jak podkreśla się w literaturze przedmiotu, negatywne skutki stresu różnią się w zależności od konkretnych osób (ich możliwości psychofizycznych, preferencji, zdolności radzenia sobie, etc.) Trzeba także zwrócić uwagę na niezadawalającą rzetelność skali (poniżej 0,70), co powoduje iż jest on przydatny jedynie do celów badawczych i nie powinien być stosowany w celach interwencyjnych. Ponadto, ogólnie dostępny kwestionariusz i klucz zwiększa też ryzyko manipulacji wynikami a normalizacja opracowana 10 lat temu wymaga już odświeżenia.

Kwestionariusz do Subiektywnej Oceny Pracy (KSOP) jest metodą, którą można posłużyć się do oceny subiektywnej percepcji pracy i do pomiaru indywidualnego poczucia narażenia na psychospołeczne zagrożenia zawodowe (jest to podstawowa różnica między tym kwestionariuszem a wyżej opisanym KOCP). Narzędzie umożliwia pomiar ogólnego poczucia obciążenia czynnikami

psychospołecznymi, a także określenie grupy czynników (utworzonych przez poszczególne cechy pracy), które stanowią największe źródło stresu zawodowego. Kwestionariusz składa się z 57 pozycji opisujących różne cechy pracy, które grupują się w następujące czynniki:

a) Poczucie psychicznego obciążenia związane ze złożonością pracy – składa się z 9 pozycji, np.: Zdarza się, że po powrocie do domu nie mogę przestać myśleć o sprawach związanych z pracą.; Zdarza się, że muszę zabierać pracę do domu z różnych powodów.

b) Brak nagród w pracy – składa się z 8 pozycji, np.: Mam poczucie, że jestem niedoceniany w pracy; Mam poczucie, że w pracy moi zwierzchnicy nie traktują mnie sprawiedliwie.

c) Poczucie niepewności wywołane organizacją pracy składa się z 7 pozycji, np.: W mojej pracy muszę przerzucać się z jednej czynności na drugą, a każda z nich wymaga pewnej koncentracji uwagi; W mojej pracy wymagany jest ode mnie pośpiech.

d) Kontakty społeczne – składa się z 5 pozycji, np.: Udzielanie pomocy innym osobom jest moim podstawowym obowiązkiem i poświęcam mu sporo czasu; W mojej pracy otrzymuję zadania wymagające ode mnie rywalizowania z innymi.

e) Poczucie zagrożenia – składa się z 5 pozycji, np.: Na moim stanowisku pracy dochodzi do konfliktów, zadrażnień i kłótni z pacjentami, petentami i innymi ludźmi spoza przedsiębiorstwa.; Popelnione błędy lub zaniedbania w pracy na moim stanowisku mogą spowodować utratę zdrowia innych ludzi, a nawet zagrozić ich życiu.

f) Uciążliwości fizyczne – składa się z 4 pozycji, np.: zbyt duży hałas, nieodpowiednia temperatura.

g) Nieprzyjemne warunki pracy – składa się z 3 pozycji, np.: brud, wilgoć.

h) Brak kontroli – składa się z 4 pozycji, np.: Moja praca wymaga czujności; Przerwy w pracy na odpoczynek i jedzenie są dokładnie wyznaczone.

i) Brak wsparcia – składa się z 3 pozycji, np.: Jeśli występują w mojej pracy jakiegokolwiek trudności lub kłopoty, nie mogę liczyć na skuteczną pomoc moich kolegów; Moja nieobecność, nawet jednodniowa, powoduje zakłócenia w pracy instytucji.

j) Poczucie odpowiedzialności – składa się z 4 pozycji, np.: Pracując na tym stanowisku, nie mam informacji o tym, czy to, co robię, wykonuję dobrze czy źle; Moja praca związana jest z odpowiedzialnością materialną i finansową.

Tak jak w przypadku kwestionariusza KOCP przy każdym twierdzeniu znajdują się cyfry od 1 do 5, które określają stopień, w jakim dana cecha jest uciążliwa dla osoby oceniającej. Wskaźnikiem poziomu odczuwanego stresu jest suma punktów zakreślonych przez badaną osobę. Wynik surowy (suma punktów) porównujemy z normami opracowanymi przez autorów. W celu oszacowania, które czynniki (wymienione w punktach od a do j) są dla pracownika szczególnie stresujące, należy najpierw obliczyć wyniki surowe w poszczególnych czynnikach (suma punktów dla pozycji, które wchodzi w skład każdego z czynników), a następnie porównać je z wartościami w tabeli norm.

Badanie poczucia stresogenności pracy można przeprowadzić indywidualnie lub grupowo, a przeciętny czas wypełnienia kwestionariusza zajmuje około 20 minut. Wartość współczynników α

Cronbacha dla poszczególnych czynników waha się od 0,49 do 0,83, a dla całego kwestionariusza wynosi 0,84.

Zalety i wady Kwestionariusza do Subiektywnej Oceny Pracy:

Podstawową zaletą jest podręcznik oraz normy, a także dobre parametry psychometryczne. Narzędzie to popularne i chętnie stosowane przez polskich badaczy (dzięki temu można porównywać otrzymane wyniki z wynikami cytowanymi w różnych publikacjach). Pozwala na określenie zarówno grup ryzyka (najbardziej zestresowanych pracowników), jak i czynników ryzyka (najbardziej stresujących charakterystyk pracy).

Jako minus trzeba jednak wskazać fakt, iż omawiane narzędzie jest znane i używane tylko w Polsce, co uniemożliwia porównywanie wyników z innymi krajami. Brak jest również pytań o takie zagrożenia, jak mobbing czy dyskryminacja. Ponadto ogólnie dostępny kwestionariusz i klucz zwiększa ryzyko manipulacji wynikami. Normy zostały opublikowane w 2004 roku, zatem mogą być nieadekwatne do współczesnych psychospołecznych warunków pracy.

Szczegółowe informacje metodologiczne dotyczące kwestionariuszy KOCP oraz KSOP dostępne są w podręczniku autorstwa Dudka i współpracowników (2004).

5.3.4. Krótka Skala do Mierzenia Stresu w Pracy

Skala w polskiej wersji opracowana przez Dudka i Hauka jest adaptacją *The Stress in General Scale* autorstwa Stanton i wsp. (za: Potocka, 2012). Narzędzie pozwala szybko zidentyfikować czynniki, które stanowią najczęstsze źródło stresu w badanej grupie pracowników. Kwestionariusz składa się z przymiotników lub fraz opisujących różne cechy pracy (łącznie 26 pozycji), zgrupowanych w 5 czynnikach (skalach):

1. Presja – zawiera 7 pozycji, np. gorączkowa, nerwowa, pełna ponagleń.
2. Atrakcyjność – 6 pozycji, np. ciekawa, kształcąca.
3. Ryzyko – 3 pozycje, np. niebezpieczna.
4. Lubienie – 5 pozycji, np. pasjonująca, zniechęcająca.
5. Spokój – 5 pozycji, np. odprężająca, przebiegająca gładko.

Osoba badana ocenia, czy dana cecha (wyrażona przymiotnikiem) charakteryzuje jej pracę (zakreśla odpowiedź „tak”), czy nie (odpowiedź „nie”). Jeśli badany ma trudności z podjęciem decyzji, zaznacza kółkiem znak zapytania. Za odpowiedź „tak” przyznawane jest 0 punktów, za odpowiedź „nie wiem” (znak zapytania) – 1,5 punktu, a za odpowiedź „nie” – 3 punkty. W 14 pytaniach zastosowano skalę odwróconą, dlatego konieczne jest rekodowanie wyników. Im wyższy wynik otrzymamy po zliczeniu punktów za odpowiedzi, tym wyższe nasilenie danego czynnika (np. presji związanej z pracą). Brak norm czy też średnich nakazuje ostrożność w interpretowaniu wyników (jest to narzędzie nowe i cały czas weryfikowane). Wartość współczynników α Cronbacha dla poszczególnych czynników waha się od 0,70 do 0,87, a dla całego kwestionariusza wynosi 0,85.

Zalety i wady Krótkiej Skali do Mierzenia Stresu w Pracy to:

Plusy – prosta forma (przymiotniki), mała liczba pozycji sprawia, że narzędzie pozwala na szybką identyfikację czynników ryzyka.

Minusy – skala pozwala na identyfikację najczęściej spotykanych czynników, które mogą wywoływać stres w badanej grupie, ale nie pozwala wyłonić grup ryzyka, tzn. najbardziej zestresowanych pracowników. Ponadto brakuje norm czy też średnich, do których można odnieść wynik surowy. Mankamentem jest również trudność w wykorzystaniu takiej skali do konkretnych działań prewencyjnych związanych z ograniczaniem ryzyka źródła.

Narzędzie zostało szczegółowo przedstawione w artykule Dudka i Hauka (2010).

5.3.5. Kwestionariusz do Pomiaru Stresu w Pracy

Autorem kwestionariusza *HSE Management Standards Indicator Tool* jest Brytyjski Inspektorat Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracy (Health and Safety Executive - HSE). Narzędzie to jest elementem standardów zarządzania w organizacji (Management Standards) opracowanych przez brytyjski HSE. Istnieje 18 wersji językowych tego narzędzia (za darmo do pobrania na stronie HSE), w tym również polska. Pozwala to na identyfikacji czynników stresogennych w firmach zatrudniających obcokrajowców. Kwestionariusz może być wykorzystywany przez firmy do diagnozy aktualnych zagrożeń psychospołecznych, które kształtują poziom stresu w organizacji. W przypadku tego narzędzia otrzymujemy dane o konkretnych źródłach stresu i ich nasileniu, co ma ukierunkować proces zarządzania stresem. Wybór kategorii źródeł stresu oparto na modelu psychospołecznych zagrożeń zawodowych Coxa (1993) oraz danych empirycznych dotyczących wpływu poszczególnych stresorów na zdrowie człowieka.

Narzędzie składa się z 35 pozycji opisanych na 5-stopniowej skali porządkowej (Likerta). Poszczególne pozycje grupują się w 6 czynników (kategorii psychospołecznych zagrożeń zawodowych), tworząc następujące skale kwestionariusza:

1. Wymagania – ocenia przeciążenie zadaniami, aspekty organizacji pracy – składa się z 8 pozycji, np.: Wyznacza mi się niemożliwe do osiągnięcia terminy. Nie jestem w stanie robić sobie wystarczających przerw w pracy., Wywiera się na mnie presję, abym spędzał w pracy długie godziny.
2. Kontrola – ocenia, na ile pracownik ma wpływ na organizację i sposób pracy – składa się z 6 pozycji, np.: Mogę sam decydować o przerwach w pracy. Sam decyduję o tempie wykonywanej pracy. Mój czas pracy może być elastyczny.
3. Wsparcie – ocenia dostępność wsparcia, pomocy, ze strony przełożonych i kolegów z pracy – składa się z 9 pozycji, tworzących 2 podskale:
 - a) wsparcie od przełożonych (5 pozycji), np.: Otrzymuję konstruktywne uwagi i informacje zwrotne na temat wykonywanej pracy. Otrzymuję wsparcie podczas wykonywania trudnej emocjonalnie pracy.
 - b) wsparcie od współpracowników (4 pozycje), np.: Jeżeli praca okazuje się za trudna, mogę liczyć na pomoc ze strony współpracowników. Jestem szanowany w miejscu pracy.
4. Relacje międzyludzkie – ocenia atmosferę i jakość relacji interpersonalnych w organizacji – składa się z 4 pozycji, np.: Doświadczam przykrości w pracy w formie nieuprzejmych uwag lub zachowań. Jestem ofiarą prześladowań i mobbingu w pracy.

5. Rola – ocenia, czy pracownik rozumie swoją rolę w organizacji oraz czy organizacja sprzyja doświadczaniu konfliktu ról – składa się z 5 pozycji, np.: Wiem, jak realizować powierzone mi zadania. Wiem, jak moja rola wpasowuje się w ogólne cele organizacji.

6. Zmiana – ocenia, na ile zmiany zachodzące w organizacji są komunikowane i dają możliwość pracownikowi przystosowania się do nich – składa się z 3 pozycji, np.: Kierownictwo zawsze konsultuje się z pracownikami na temat zmian w pracy. Kiedy w pracy wprowadzane są zmiany, wiem, jak będą się one przekładać na codzienne działania.

Dla każdej grupy stresorów (skali) oblicza się średnią (suma punktów za odpowiedzi dla poszczególnych pozycji tworzących skalę, podzielona przez liczbę pozycji w skali), którą można porównać do średnich podanych przez autorów (Wymagania – 3,29, Kontrola – 3,72, Wsparcie–Przełożony – 3,65, Wsparcie–Koledzy – 4,00, Relacje – 4,04, Rola – 4,31, Zmiana – 3,24). Wskazane jest skorzystanie z analizatora wyników, który można pobrać (w formacie Excel) za darmo ze strony HSE. Aby skorzystać z analizatora, wystarczy wprowadzić dane za pomocą elektronicznej wersji kwestionariusza. Następnie program przelicza wyniki i dokonuje interpretacji. Uzyskujemy dwa rodzaje informacji: co jest dobrze (i za to program nas chwali) i co jest źle – tu dostajemy wskazówki, co szybko należy poprawić (jakie zagrożenia należy pilnie próbować minimalizować/eliminować) oraz co wymaga korekty, ale nie w trybie natychmiastowym. Analizator jest dostępny tylko w wersji angielskiej. Wartość współczynników α Cronbacha dla poszczególnych czynników waha się od 0,78 do 0,88, a dla całego kwestionariusza wynosi 0,92 (w wersji oryginalnej; dla wersji polskiej nie jest znana- za: Potocka, 2010).

Zalety i wady Kwestionariusza do Pomiaru Stresu w Pracy:

Plusy – metoda dostępna nieodpłatnie, umożliwia diagnozę w środowisku wielokulturowym, wyposażona w narzędzie do analizy i interpretacji wyników. Dostępne tłumaczenie na wiele języków, w tym polski (co nie jest jednoznaczne z polską wersją metody – patrz minusy). Czas wypełniania jest relatywnie krótki.. Znajduje się ona w wykazie narzędzi stosowanych do oceny psychospołecznych zagrożeń zawodowych opublikowanym przez Światową Organizację Zdrowia.

Minusy – pozwala na identyfikację najczęściej spotykanych czynników, które mogą wywoływać stres w badanej grupie, ale nie umożliwia wyłonienia grup ryzyka, tzn. najbardziej zestresowanych pracowników. Narzędzie standaryzowane jedynie na obszarze Wielkiej Brytanii (brak wersji polskiej spełniającej wymogi stawiane profesjonalnej adaptacji), co narzuca daleko posuniętą ostrożność w interpretowaniu wyników. Materiały (podręcznik, wskazówki, analizator danych) tylko w wersji angielskiej.

Informacje metodologiczne dostępne są w języku angielskim na stronie Brytyjskiego Inspektoratu Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracy pod adresem www.hse.gov.pl

5.3.6. Kwestionariusz „Czynniki psychospołeczne”

Jest to metoda autorstwa Waszkowskiej i wsp., który służy do oceny poczucia uciążliwości pracy i stresu na stanowisku pracownika socjalnego oraz identyfikacji psychospołecznych czynników środowiska pracy, które stanowią ich źródło. Pozycje zasadniczej części kwestionariusza zostały wyodrębnione w efekcie analiz statystycznych wyników badań 500-osobowej grupy walidacyjnej

(pracownicy socjalni). Przeprowadzona analiza czynnikowa ujawniła 3 niezależne czynniki – praca z klientem, relacje w pracy, warunki pracy. Narzędzie składa się z 3 części:

1. Zasadniczej – zawierającej 33 pozycje opisujące różne cechy pracy, grupujące się w następujące skale:

a) Praca z klientem (14 pozycji), np.: próby manipulacji ze strony klientów, konieczność stosowania przepisów prawnych, procedur niedostosowanych do realiów.

b) Relacje w pracy (10 pozycji), np.: nadmierne kontrolowanie mnie przez przełożonych, konflikty, nieporozumienia z moimi kolegami i koleżankami.

c) Warunki pracy (9 pozycji), np.: zły stan lub niedobór wyposażenia technicznego, biurowego służącego do wykonywania pracy, narażenie na pobicie, uszkodzenie ciała.

2. Pytań dotyczących występowania mobbingu oraz wpływu pracy na życie prywatne (respondenci mają do wyboru 2 możliwe odpowiedzi: tak lub nie).

3. Pytań dodatkowych (uzupełniających) opisujących różne cechy pracy, które można dodatkowo zastosować w badaniu (31 pozycji), np.: problemy z dostępem do publikacji niezbędnych, w pracy, złe warunki socjalne do krótkiego odpoczynku, zjedzenia posiłku, kontakt z osobami chorymi psychicznie, ograniczone możliwości awansu zawodowego.

Zadaniem osoby badanej jest określenie (poprzez zaznaczenie jednej z 5 możliwych odpowiedzi), czy dana cecha występuje na jej stanowisku pracy, a jeśli tak, w jakim stopniu przeszkadza w pracy i denerwuje. Następnie oblicza się liczbę punktów uzyskanych w każdym czynniku, tzw. wyniki surowe (poprzez zsumowanie punktów uzyskanych w pozycjach opisujących każdy czynnik), oraz ich łączną ich sumę. Wyniki porównuje się z normami opracowanymi przez autorów. Wartość współczynników α Cronbacha dla poszczególnych czynników waha się od 0,84, do 0,91, a dla całości (części zasadniczej kwestionariusza) wynosi 0,94 (za Potocka, 2012).

Zalety i wady kwestionariusza „Czynniki psychospołeczne”:

Plusy – dostępny jest podręcznik wraz normami, ponadto narzędzie ma dobre parametry psychometryczne i specyficzność – ukierunkowane jest na konkretną grupę zawodową, co pozwala na dokładną diagnozę i monitoring psychospołecznych zagrożeń w tym środowisku pracowników. Pozwala na określenie zarówno grup ryzyka (najbardziej zestresowanych pracowników), jak i czynników ryzyka (najbardziej stresujących charakterystyk pracy).

Minusy – ukierunkowane na konkretną grupę zawodową, (pracownicy socjalni i ewentualnie zawody pokrewne) – to, co z jednej strony jest zaletą tego kwestionariusza, z drugiej jest minusem.

Narzędzie zostało szczegółowo opisane przez autorów w publikacji Waszkowskiej i wsp. (2010)

5.3.7. Kwestionariusz Obciążeń Zawodowych Pedagoga (KOZP)

Kwestionariusz został opracowany przez Pyżalskiego i Plichtę (2008) i służy do pomiaru obciążenia psychospołecznego w zawodzie pedagoga. Może być wykorzystywany do pomiaru stresu zawodowego zarówno osób pracujących z podopiecznymi o specjalnych potrzebach edukacyjnych,

jak i osób zatrudnionych w placówkach ogólnodostępnych. Narzędzie to zostało uwzględnione w międzynarodowej bazie narzędzi stosowanych w promocji zdrowia PROMENPOL (Pyżalski, 2008). Kwestionariusz ma dwie wersje (20-pozycyjną wersję A oraz 42-pozycyjną wersję B), z których zalecana jest wersja A – ma lepsze parametry psychometryczne i pozwala na wyliczenie wyników w 3 następujących skalach:

1. Sytuacje konfliktowe – szacuje obciążenia związane z konfliktami interpersonalnymi z osobami, z którymi pedagog ma do czynienia w kontekście zawodowym – składa się z 9 pozycji, np.:

– Podopieczni kwestionują sens prowadzonych przeze mnie zajęć.

– Wchodzę w konflikty z innymi instytucjami zajmującymi się moimi wychowankami.

2. Obciążenia organizacyjne – mierzy obciążenia związane z aspektami organizacyjnymi zarówno na poziomie makro (systemowym), jak i konkretnej placówki oświatowej – składa się z 8 pozycji, np.:

– Programy nauczania i plany są przeładowane.

– Moi współpracownicy rywalizują ze mną.

3. Brak sensu pracy – skala mierząca obciążenia wynikające z braku efektów lub zbyt długiego oczekiwania na efekty pracy pedagogicznej – składa się z 3 pozycji, np.:

– Na pozytywne zmiany w zachowaniu wychowanków muszę czekać zbyt długo.

Wypełniając kwestionariusz, badany zaznacza na skali od 1 do 5, na ile dany czynnik jest dla niego obciążający. Można obliczyć zarówno wynik ogólny, który mówi o ogólnym poziomie stresu, jak i wyniki dla poszczególnych skal wskazujące, które obciążenia stanowią największy problem w badanej grupie. Wyniki surowe porównujemy z normami, które wraz z podręcznikiem zostały udostępnione przez autorów. Wartość współczynników α Cronbacha dla poszczególnych czynników waha się od 0,63 do 0,85, a dla całego kwestionariusza wynosi 0,84 (Pyżalski, 2008).

Zalety i wady Kwestionariusz Obciążeń Zawodowych Pedagoga:

Plusy – dostępny jest podręcznik wraz normami. Narzędzie ma dobre parametry psychometryczne i specyficzność – ukierunkowane jest na konkretną grupę zawodową, co pozwala na dokładną diagnozę i monitoring psychospołecznych zagrożeń w tym środowisku pracowników. Pozwala na określenie zarówno grup (najbardziej zestresowanych pracowników), jak i czynników ryzyka (najbardziej stresujących charakterystyk pracy).

Minusy – kwestionariusz ukierunkowany jest na konkretną grupę zawodową (pedagogzy) – to, co z jednej strony jest zaletą tego kwestionariusza, z drugiej jest jego wadą.

Szczegółowe informacje dotyczące narzędzia i metodologii jego stosowania można znaleźć w publikacji Pyżalskiego i Plichty (2007).

5.3.8. Kwestionariusz „Skala ryzyka psychospołecznego”

Narzędzie to został opracowany w Instytucie Medycyny Pracy im. J.Nofera w Łodzi przez Merecz i wsp. (2014) i jest prezentowana przez autorów jako spójne i całościowe narzędzie do szacowania zagrożeń psychospołecznych i ich skutków, opracowanym dla pracodawców i

pracowników. Pozwala ono na ocenę cech pracy, które mogą być potencjalnymi zagrożeniami, oraz na subiektywną ocenę ich stresogenności, w powiązaniu z takimi aspektami funkcjonowania zawodowego jak: absencja, częstość wypadków przy pracy, zdrowie fizyczne i zdolność do pracy, poziom zadowolenia z pracy, zaangażowanie w pracę oraz intencja zmiany stanowiska i pracy. W Skali Ryzyka Psychospołecznego uwzględnione są cechy pracy występujące we wszystkich sektorach gospodarki oraz cechy specyficzne dla 15 branż: budowlanej, bankowej, metalowej, energetycznej, chemicznej, górniczej, spożywczej, transportowej, turystycznej, handlowej, łącznościowej, ochrony zdrowia, oświaty, kultury i komunikacji.

Narzędzie składa się z czterech części: A, B, C i D.

Część A zawiera wstęp i instrukcję dla osoby badanej oraz pytania metryczkowe (dane demograficzne takie jak: płeć, wiek, wykształcenie, stanowisko, staż pracy, formę zatrudnienia, wykonywanie pracy zmianowej oraz liczba osób w gospodarstwie domowym)

Część B: zawiera pytania dotyczące takich aspektów funkcjonowania w zakresie zdrowia i funkcjonowania zawodowego, jak częstość korzystania ze zwolnień lekarskich, liczba dni nieobecności w pracy z powodu własnej choroby, częstość ulegania wypadkom przy pracy, samoocena stanu zdrowia fizycznego, samoocena zdolności do pracy, zadowolenie z pracy, poziom zaangażowania w pracę oraz chęć zmiany pracy i stanowiska, np.

- proszę zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej opisuje Pani/Pana sytuację: (4) w porównaniu do osób w Pani/Pana wieku i tej samej płci, ocenia Pani/Pan swój stan zdrowia jako: bardzo zły/raczej zły/znośny/dość dobry/bardzo dobry

- Każda praca ma swoje dobre i złe strony. Proszę ocenić pracę, którą Pani/Pan wykonuje i zaznaczyć w jakim stopniu jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony z: (7) rodzaju wykonywanej pracy (rodzaju zadań, czynności) – w ramach odpowiedzi badany wybiera spośród czterech emotikonów

- Czy zgadza się Pani z poniższymi stwierdzeniami: (14) pracuję w firmie bo ją lubię w ramach odpowiedzi badany zaznacza zgadzam się/ raczej zgadzam się/raczej nie zgadzam się/ nie zgadzam się

Część C: składa się z 50 pytań dotyczących cech pracy, stanowiących potencjalne zagrożenia psychospołeczne. Cechy te składają się na trzy czynniki, tj.

- czynnik treści (inaczej: „czynnik twardy”), obejmujący cechy dotyczące pierwszych trzech obszarów potencjalnie stresogennych opisywanych w Tabeli 1, tj. treści pracy, ilości i tempa pracy oraz harmonogram pracy

-czynnik kontekstu (zwany inaczej „miękkim” lub „czynnikiem tła”, obejmujący cechy pracy związane z kontrolą nad pracą, kulturą organizacyjną, stosunkami międzyludzkimi, rolą w organizacji oraz rozwojem kariery i konfliktem praca-dom

- czynnik patologii, który dotyczy patologii w relacjach interpersonalnych, jak narażenie na agresję psychiczną i fizyczną, narażenie na mobbing, molestowanie seksualne i dyskryminację.

Uczestnicy badania do każdej z cech ustosunkowują się określając czy dana cecha występuje w ich środowisku pracy oraz – jeśli tak - to w jakim stopniu w ich opinii jest ona stresująca (wcale, trochę czy bardzo).

Przykładowe pytania w Części C to:

- W mojej pracy wymagane jest korzystanie z nowoczesnych technologii
- W pracy muszę przerzucać się z jednej czynności na drugą, a każda z nich wymaga pewnej koncentracji uwagi:
- Ze względu na charakter pracy muszę zrezygnować z wielu zaplanowanych wcześniej spraw prywatnych:

Część D: zawiera pytania o cechy specyficzne dla danej branży, została przygotowana w 15 wersjach i w zależności od branży zawiera 9-16 pytań. Podobnie jak w części C osoby badane wskazują czy cecha występuje czy nie, a jeśli występuje to jak bardzo jest stresująca. Przykładowe pytania w tej części to np. dla branży budowlanej:

- moja praca wymaga dużego wysiłku fizycznego
- w pracy często muszę pracować w godzinach nadliczbowych
- moja praca wymaga ścisłej współpracy w zespole.

Właściwości psychometryczne Skali Ryzyka Psychospołecznego określano przy pomocy analizy dyskryminacyjnej, analizy czynnikowej i analizy zgodności wewnętrznej. Analiza czynnikowa pozwoliła wyodrębnić trzy omówione wyżej czynniki. Współczynnik zgodności alfa-Cronbacha dla części B wyniósł 0,83. Dla części stwierdzono zadawalające wskaźniki zgodności wewnętrznej alfa-Cronbacha 0,93 dla całej skali oraz 0,79-0,92 dla podskal. Dla części D współczynniki alfa-Cronbacha także niemal wszystkie przekraczają wartość 0,70, wahając się w granicach od 0,72 dla branży metalowej do 0,875 dla branży bankowej. Jedynie w przypadku branży chemicznej współczynnik osiągnął wartość niższą, tj. 0,683.

Zalety i wady Skali Ryzyka Psychospołecznego to:

Plusy: narzędzie nowe, obejmujące 10 obszarów potencjalnie stresogennych, w tym zagrożenia patologiami takimi jak mobbing; posiada 15 wariantów uwzględniających specyfikę poszczególnych branż; zadawalające pod względem psychometrycznym, dostępne bezpłatnie w Internecie; możliwość badania on-line lub w wersji papier-ołówek; dostępność obu wersji dla pracodawców i pracowników

Minusy: narzędzie sprawdzone jedynie w firmach sektora prywatnego (Mościcka-Teske i in., 2013), brak możliwości badania osób o stażu krótszym niż 1 rok u obecnego pracodawcy (Mościcka-Teske i Potocka, 2014), narzędzie nie umożliwia badania osób z obsługi administracyjnej firmy, a jedynie pracowników zatrudnionych na stanowiskach wykonawczych; narzędzie umożliwia ocenę wyłącznie w odniesieniu do jednego miejsca pracy, wykluczone jest więc określenie narażenia płynącego z pracy w więcej niż jednym miejscu, brak też możliwości badania osób samo

zatrudnionych; dostępność dla wszystkich wersji papierowe, podręcznika oraz klucza powoduje, że wyniki uzyskiwane za pomocą tego narzędzia są podatne na manipulację.

Szczegółowe dane metodologiczne na temat Skali oceny ryzyka psychospołecznego zamieszczono w podręczniku autorstwa Mościckiej-Teske i Potockiej (2014).

5.4. Uwagi dotyczące zasad wyboru metod do monitorowania zagrożeń psychospołecznych

W literaturze przedmiotu sugeruje się, żeby wybierając konkretne narzędzie do diagnozy psychospołecznych zagrożeń zawodowych, odpowiedzieć sobie na kilka pytań, jak:

- a) Jaki jest cel diagnozy – czy wystarczy identyfikacja głównych czynników stresu, czy może ważne jest także, jaka grupa pracowników najbardziej odczuwa stres (szukamy grup podwyższonego ryzyka)? W tym pierwszym przypadku wystarczy narzędzie, którym wskażemy częstość występowania zagrażających cech pracy, natomiast w drugim musimy posłużyć się narzędziem, które dostarczy wiedzy na temat subiektywnej oceny tych cech (pozwoli oszacować, na ile te określone cechy powodują dyskomfort).
- b) Czy działanie jest krótko- czy długofalowe – czy ma ono służyć jednorazowej interwencji czy też być wykorzystywane w procesie zarządzania ryzykiem psychospołecznym (etapy zarządzania: identyfikacja zagrożeń, planowanie interwencji, wdrażanie opracowanej strategii, ewaluacja podjętych działań)?
- c) W jakim środowisku prowadzona będzie diagnoza – jednorodnym pod względem narodowości czy zróżnicowanym?

Na podstawie odpowiedzi na tego rodzaju proste pytania możliwe staje się wybranie najbardziej optymalnej dla danej organizacji metody monitorowania zagrożeń psychospołecznych. Metoda taka może i powinna być używana regularnie w ramach oceny ryzyka zawodowego, zarówno na etapie identyfikacji ryzyka, jak i na etapie monitoringu efektywności programów interwencyjnych mających na celu poprawę warunków psychospołecznych w danej organizacji.

Zgodnie z aktualnym dorobkiem europejskim w zakresie metodyki zarządzania ryzykiem psychospołecznym (CIOP-PIB, 2009) zarządzanie ryzykiem psychospołecznym jest procesem ciągłym składającym się z pięciu etapów, tj.:

1. Ocena ryzyka oraz audyt dotychczas stosowanych praktyk, w tym:
 - identyfikacja czynników psychospołecznych występujących w środowisku pracy na różnych stanowiskach,
 - ocena skutków występowania zagrożeń psychospołecznych:
 - (a) zdrowotnych (somatycznych i psychicznych),
 - (b) organizacyjnych,
 - ocena dotychczasowych działań w zakresie zarządzania stresem zawodowym (o ile były podejmowane).
2. Przygotowanie planu działania, który powinien określać:
 - cel(e) działań i zadania, jakie należy zrealizować by je osiągnąć, sposoby ich osiągnięcia,
 - harmonogram,

- osoby odpowiedzialne,
 - niezbędne środki,
 - oczekiwane korzyści oraz ich miary i wskaźniki,
 - sposób, w jaki będzie oceniana skuteczność podjętych działań.
3. Wdrożenie, czyli praktyczna realizacja opracowanego planu działania uwzględniająca również zbieranie informacji o czynnikach ułatwiających i utrudniających realizację wdrożenia.
4. Ewaluacja wdrożenia, której celem jest weryfikacja procesu wdrażania i ocena jego efektów. Na tym etapie analizie podlegają:
- cele (czy wszystkie zostały osiągnięte, czy są one trwałe);
 - zadania (czy były dobrze określone, czy właściwy był ich zakres, czy wszystkie udało się osiągnąć);
 - metody i sposoby interwencji (czy harmonogram był właściwy, czy wybrane sposoby realizacji przyniosły oczekiwane rezultaty);
 - organizacja pracy zespołu wdrożeniowego (czy wszyscy członkowie i w jakim stopniu byli zaangażowani w realizację programu, czy właściwie układała się współpraca);
 - rodzaj i źródła niepowodzeń (jakie trudności udało się przewidzieć i je pokonać, a jakich nie i dlaczego),
 - koszty i zyski materialne i niematerialne wynikające z wdrożenia.
5. Uczenie się organizacji, czyli wyciągnięcie wniosków dotyczących:
- racjonalności wyboru celów i zadań przeprowadzonej interwencji, prawidłowości wyboru metod i sposobu (procedury) interwencji,
 - sposobu organizacji pracy zespołu wdrożeniowego,
 - rodzaju i źródeł niepowodzeń.

Podkreśla się przy tym cykliczność całego procesu i włączenie go na stałe do systemu zarządzania i polityk organizacji. Prezentowane wyżej metody monitorowania stresu mogą być zatem wykorzystywane na pierwszym i czwartym etapie zarządzania ryzykiem psychospołecznym. Z założenia służą one bowiem do identyfikacji zagrożeń psychospołecznych, a w niektórych przypadkach także skutków zdrowotnych tych zagrożeń (np. w przypadku wyników skal dobrostanu w Kwestionariuszu Psychospołeczne Warunki Pracy). Mogą być także wykorzystane podczas obecny metod i efektywności interwencji, które mają doprowadzić do poprawy psychospołecznych warunków pracy.

Podkreślenia wymaga jednak fakt, iż niewiele z w/w narzędzi może być – jak dotąd w polskich realiach – stosowane przez osoby w praktyce odpowiedzialne za ocenę ryzyka zawodowego, czyli przez specjalistów bezpieczeństwa i higieny pracy. Narzędzia te mają bowiem status testów psychologicznych i jako takie podlegają dystrybucji regulowanej (są dostępne wyłącznie dla psychologów, ewentualnie dla osób po specjalnych szkoleniach). Co więcej, praktycznie wszystkie

omawiane wyżej metody monitorowania stresu nie są dostępne powszechnie nawet dla psychologów, nie podlegają one bowiem dystrybucji komercyjnej. W praktyce dostęp do tych narzędzi odbywa się na podstawie zgody autora narzędzia. Tymczasem jest niezmiernie istotne, by zagrożenia psychospołeczne były monitorowane z użyciem dobrze opracowanych, wystandaryzowanych narzędzi, zapewniających nie tylko trafność pomiaru, ale i jego rzetelność oraz powtarzalność warunków badania.

Warto tu również zauważyć, iż żaden z kwestionariuszy przeznaczonych do pomiaru stresu nie uwzględnia właściwości jednostki w radzeniu sobie ze stresem, a tylko nieliczne obejmują pomiar dobrostanu pracowników (skutki stresu). Powody takiego stanu rzeczy nie są istotne z punktu widzenia celu niniejszego opracowania. Wystarczy podsumować, za Widerszal-Bazyl (2003), że choć same tylko cechy pracy – wymagania, kontrola i wsparcie społeczne – mogą być trafnymi predyktorami zdrowia, to jednak uwzględnienie zmiennych indywidualnych, odnoszących się do sposobów funkcjonowania jednostki w warunkach silnej stymulacji (cech temperamentu i sposobów zachowania) w interakcji z wymaganiami, kontrolą i wsparciem umożliwia predykcję większej puli wskaźników zdrowia i ich rodzaju. Zatem w celu efektywnej profilaktyki negatywnych skutków stresu w pracy niezbędne staje się nie tylko monitorowanie zagrożeń psychospołecznych w środowisku pracy, ale i indywidualnych predyspozycji pracowników (dobór zawodowy, szczególnie do zawodów wyjątkowo wymagających), jak i badanie i rozwijanie kompetencji osobistych w zakresie radzenia sobie ze stresem.

Z punktu widzenia efektywności zarządzania ryzykiem psychospołecznym w celach prewencyjnych niezwykle istotna jest jakość zbieranych danych, dlatego tam gdzie to tylko możliwe warto jest zdecydować się na powierzenie pracy badawczej kompetentnym fachowcom, najczęściej psychologom wykonującym zadania służby medycyny pracy. W tych miejscach pracy, w których z różnych względów będzie to utrudnione, warto przynajmniej stosować ogólnie dostępne narzędzia, możliwie dobrze dopracowane pod względem psychometrycznym, jak np. Skala ryzyka psychospołecznego, pamiętając jednak o ograniczonym zaufaniu do wyników uzyskiwanych za pomocą narzędzi których dostępność (lub tylko trafność fasadowa) może zwiększać ryzyko manipulacji danymi. Powyższe pozostaje zgodne z wytycznymi normy PN-N-18002:2011 zawierającej wytyczne metodyczne do oceny ryzyka zawodowego.

6. ZALECENIA PREWENCYJNE

W ostatnich latach w coraz szerszym stopniu zwraca się uwagę na konieczność opracowania sposobów pomiaru oraz programów pozwalających zwalczać zagrożenia psychospołeczne i zapobiegać im (Eurofund, 2007; ILO, 2004; WHO, 2003). W odniesieniu do środowisk pracy powszechnie stosuje się interwencje na trzech poziomach: prewencję pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową (Murphy i Sauter, 2004). Prewencja pierwszorzędowa, zwana też często „działaniami na poziomie organizacyjnym” (Burke, 1993) odnosi się do działań podejmowanych w kierunku wyeliminowania lub ograniczenia u źródła zagrożeń obecnych w środowisku pracy (np. zagrożeń psychospołecznych), a przez to zmniejszenie ich negatywnego wpływu na człowieka (Cooper i Cartwright, 1997). Prewencja drugorzędowa dotyczy działań podejmowanych w celu zmodyfikowania sposobu reagowania pracownika na zagrożenia psychospołeczne, w szczególności odnosi się ona do próby nakłonienia pracowników do rozpoznawania oraz właściwego postępowania z mniej poważnymi dolegliwościami i brakiem komfortu psychicznego (Sutherland i Cartwright, 2000).

I wreszcie, prewencja trzeciorzędowa dotyczy minimalizowania negatywnych skutków zdrowotnych do jakich doszło wskutek narażenia na stres, poprzez programy postępowania w przypadku wystąpienia choroby lub choroby zawodowej, obejmujące też leczenie i rehabilitację (Cooper i Cartwright, 1997; Hurrell i Murphy, 1996; LaMontagne i in., 2007). W niniejszym rozdziale przedstawiono zalecenia prewencyjne nakierowane głównie na redukcję ryzyk u źródła, jako, że tego rodzaju prewencja przynosi największe wymierne skutki i obejmuje działania, które pracodawcy realnie najłatwiej mogą wdrożyć. W katalogu dobrych praktyk przedstawiono, obok przykładów prewencji pierwszego rzędu, także przykład oddziaływania w ramach prewencji drugorzędowej oraz trzeciorzędowej. Katalog dobrych praktyk poprzedzono jednak prezentacją wyników najnowszych badań nad czynnikami sprzyjającymi oraz utrudniającymi przedsiębiorstwom zarządzanie eliminacją ryzyk psychospołecznych, która może być pomocna w planowaniu zadań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych np. w zakresie dofinansowania prewencyjnych działań pracodawców.

6.1. Czynniki sprzyjające i utrudniające zarządzanie ryzykiem psychospołecznym w przedsiębiorstwach

Opublikowany przez Europejską Agencję ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy raport (EU-OSHA, 2014b) wskazuje na istnienie kilka istotnych prawidłowości związanych z efektywnością zarządzania ryzykiem psychospołecznym i działaniami pracodawców na rzecz redukcji stresu związanego z pracą. Europejskie Badanie Przedsiębiorstw w zakresie Nowych i Pojawiających się Ryzyk (ESENER) dostarczyło danych umożliwiających wyłonienie czynników sprzyjających i niesprzyjających eliminacji zagrożeń psychospołecznych w przedsiębiorstwach. Zmienną wyjaśnianą w tym badaniu było zarządzanie ryzykiem psychospołecznym rozumiane jako:

- a. Posiadanie procedur dotyczących problemów psychospołecznych, w tym:
 - Stresu związanego z pracą
 - Mobbingu/molestowania
 - Przemocy związanej z pracą
- b. Wysiłków na rzecz redukcji ryzyka psychospołecznego, w tym:
 - Monitoring (wykorzystywanie narzędzi pomiarowych)
 - Działania na rzecz ograniczania długich godzin pracy
 - Informowanie pracowników
 - Korzystanie ze wsparcia zewnętrznego

Do najważniejszych czynników stanowiących predyktory zarządzania przez pracodawcę ryzykiem psychospołecznym i stresem w pracy należą:

1. System zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy - zasadniczo przedsiębiorstwa posiadające system zarządzania BHP (z reguły były to większe firmy) mają także lepiej rozwinięty system zarządzania stresem w pracy. Przedsiębiorstwa charakteryzujące się wyższym poziomem kultury bezpieczeństwa czterokrotnie częściej wdrażają procedury dotyczące stresu związanego z pracą oraz 3,5 raza częściej posiadają procedury dotyczące przemocy w miejscu pracy, a także trzykrotnie częściej posługują się systemem wskaźników zagrożeń psychospołecznych.
2. Borykanie się z problemami natury psychospołecznej – pracodawcy, u których występują problemy związane z wykonywaniem pracy uznawanej za stresogenną, przemocą w miejscu pracy oraz lobbieniem lub molestowaniem w miejscu pracy a także takimi zagrożeniami jak:

presja czasu, niewłaściwa komunikacja interpersonalna, niski poziom współpracy w zespołach, brak kontroli pracowników nad organizacją ich pracy, niestabilność zatrudnienia, konieczność obcowania z trudnymi klientami, pacjentami, podopiecznymi etc., nieregularne lub długie godziny pracy, niejasna polityka personalna lub dyskryminacja, są bardziej skorzy do wdrożenia systemu zarządzania ryzykiem psychospołecznym. Te przedsiębiorstwa, w których występują ryzyka psychospołeczne dwukrotnie częściej wyrażają skłonność do wdrożenia systemu monitoringu, zaś te, które borykają się z problemem stresu – 1,5 raza.

3. Absencja chorobowa – poziom absencji pracowniczej stanowi spójny predyktor wdrożenia w firmie zarówno procedur jak i wskaźników monitoringu ryzyka psychospołecznego, w szczególności dotyczących mobbingu i molestowania. Przedsiębiorstwa, które wskazują absencję pracowników jako powód zainteresowania zarządzaniem ryzykiem psychospołecznym z 1,5 raza większym prawdopodobieństwem posiadali procedury dotyczące stresu i przemocy oraz 1,3 częściej posiadali wskaźniki monitoringu zarządzania ryzykiem psychospołecznym. Podkreśla się przy tym, że choć absencja stanowi bardzo silny predyktor wdrażania systemów zarządzania stresem i ryzykiem psychospołecznym, przedsiębiorstwa rzadko przyznają się, że stanowi ona powód do implementacji systemów zarządzania ryzykiem psychospołecznym. Jedynie co piąta firma przyznała się, że to absencja stanowiła impuls, by zacząć radzić sobie z ryzykiem psychospołecznym.
4. Żądania pracownicze – żądania pracownicze wysuwane za pośrednictwem przedstawicieli załogi również stanowią spójny predyktor dla działań zmierzających do ograniczania narażenia na ryzyko psychospołeczne i stres związany z pracą.
5. Obowiązek prawny – badania wskazują że istniejące obligacje prawne mogą być traktowane w kategoriach predyktora zarówno co do wdrażania w przedsiębiorstwach procedur jak i monitoringu zagrożeń psychospołecznych
6. Spadek produktywności – spadek wydajności okazał się pozytywnie korelować z podejmowaniem działań na rzecz redukcji ryzyka psychospołecznego; przedsiębiorstwa wskazujące ten motywator 1,5 raza częściej podawały, że podejmują znaczną liczbę działań w celu obniżenia stresu w pracy, należy przy tym podkreślić, iż spadek wydajności nie był silnym predyktorem, znacznie silniejszą zależność obserwowano między działaniami na rzecz redukcji ryzyka a systemem zarządzania BHP, żądaniami pracowników, troską o minimalizację stresu i redukcję ryzyka psychospołecznego; spadek produktywności nie ujawnił też żadnych korelacji z istnieniem w przedsiębiorstwie procedur dotyczących stresu, mobbingu/molestowania i przemocy w pracy
7. Wymagania kontrahenta lub względy wizerunkowe – podobnie jak w przypadku obniżenia wydajności, wymagania kontrahenta i względy wizerunkowe wykazały pozytywną korelację jedynie w odniesieniu do podejmowania działań w kierunku redukcji ryzyka psychospołecznego, nie wykazując żadnych związków z istnieniem procedur dotyczących stresu, mobbingu i przemocy w pracy. Omawiany rodzaj motywatora był przy tym najczęściej wymienianym motywatorem przedsiębiorstw – blisko 70% badanych firm w 27 krajach Unii wskazało względy wizerunkowe lub wymagania klientów jako podstawowy powód, dla którego podejmują działania zmierzające do poprawy psychospołecznych warunków pracy; czynnik ten był najpopularniejszy w sektorze hotelarsko-gastronomicznym oraz budowlanym, jednak analizy statystyczne wykazały, że jest on raczej słabym predyktorem faktycznego wdrażania rozwiązań zmierzających do redukcji stresu i ryzyka psychospołecznego.

8. Nacisk ze strony Inspekcji pracy – naciski ze strony inspekcji pracy nieoczekiwanie okazały się być silnie negatywnie skorelowane z wysiłkami zmierzającymi do poprawy psychospołecznego środowiska pracy, co oznacza, że przedsiębiorstwa wskazujące ten motywator tylko nieznacznie częściej miały faktycznie wdrożone procedury, i częściej należały do grupy nie podejmującej wielu wysiłków w celu poprawy psychospołecznych warunków pracy. Nie stwierdzono żadnej istotnej statystycznie korelacji nacisków inspekcji pracy z posiadaniem przez organizacje procedur dotyczących przemocy. Ujawniona ujemna korelacja stanowi tym bardziej zastanawiający wynik, że 60% przedsiębiorstw wskazało ten motywator. Wynik ten wskazuje, że przedsiębiorstwa podejmujące działania na rzecz ochrony zdrowia pracowników przed negatywnymi skutkami stresu rzadziej mają do czynienia z inspekcją pracy, co stanowi odzwierciedlenie faktu, iż kontrole inspekcji są zazwyczaj związane z nieprawidłowościami zidentyfikowanymi w środowisku pracy.

Nie mniej znacząca dla prewencji jest wiedza o wskazywanych przez pracodawców barierach utrudniających ochronę zdrowia pracowników przed skutkami narażenia na niekorzystne psychospołeczne warunki pracy. Ostatnie badanie ESENER (EU-OSHA, 2014b) pozwoliło zidentyfikować następujące czynniki hamujące działania na rzecz redukcji ryzyka psychospołecznego:

1. Brak wsparcia technicznego i poradnictwa – najsilniejszą barierą zarówno dla wdrażania procedur jak i podejmowania działań ograniczających negatywne skutki stresu i narażenia na ryzyko psychospołeczne okazał się brak wsparcia technicznego i poradnictwa, które byłyby pomocne przedsiębiorstwom, istnienie tej bariery zmniejszało prawdopodobieństwo działań o 38% w stosunku do zarządzania stresem w miejscu pracy, 33% w odniesieniu do procedur dotyczących mobbingu i 24%, gdy chodzi o posiadanie procedur dotyczących przemocy w miejscu pracy. Trzeba przy tym zaznaczyć, że bariera ta była dość niechętnie wskazywana przez kierownictwo firm – jedynie co piąte przedsiębiorstwo przyznało się do istnienia tego ograniczenia (rzadziej wskazywano jedynie kulturę organizacyjną)
2. Brak zasobów – kolejną najsilniejszą barierą okazał się być brak zasobów. W porównaniu do przedsiębiorstw, które nie wskazały tego utrudnienia, pracodawcy, u których istniało tego rodzaju ograniczenia 24% rzadziej dysponowali procedurami dotyczącymi stresu w pracy i 22% rzadziej procedurami na okoliczność przemocy w miejscu pracy. Wyniki wskazują, że omawiane utrudnienie może być szczególnie ważne w przypadku firm, które są już zaangażowane w ograniczanie negatywnych skutków niekorzystnych psychospołecznych warunków pracy. Brak zasobów jako bariera wskazywany był przez 40 % badanych przedsiębiorstw w kontekście procedur dotyczących stresu i przemocy. Szczególnie często wskazywany był w przedsiębiorstwach o profilu edukacyjnym oraz w małych firmach (do 20 zatrudnionych).
3. Brak wiedzy/umiejętności specjalistycznych – czynnik ten jest negatywnie skorelowany z posiadaniem procedur dotyczących przemocy w pracy i wdrażaniem działań na rzecz redukcji ryzyka psychospołecznego. W odniesieniu do zagadnień związanych z redukcją ryzyka psychospołecznego bariera ta jest drugim (po braku wsparcia technicznego) najważniejszym czynnikiem utrudniającym ocenę ryzyka zawodowego – dotyczy to wszystkich przedsiębiorstw, niezależnie od wielkości i branży (choć najczęściej wskazywali ją menadżerowie z branży górniczej).
4. Brak świadomości – analiza regresji wykazała, że ta bariera jest statystycznie istotna jedynie w przypadku procedur dotyczących stresu związanego z pracą, przy czym zależność ta nie jest

szczególnie silna. Prawdopodobieństwo posiadania procedur dotyczących stresu w przedsiębiorstwach wskazujące tę barierę było 16% niższe niż w tych, których omawiane utrudnienie nie dotyczyło.

5. Delikatność problemu – wbrew oczekiwaniom stwierdzono pozytywną (a nie negatywną) korelację między wskazywaniem przez firmy delikatnej natury problemu a istnieniem procedur i podejmowaniem wysiłków na rzecz ochrony zdrowia pracowników przed skutkami stresu i niekorzystnymi psychospołecznymi warunkami pracy, co oznacza, że częściej wskazywały tę barierę firmy, które już prowadzą aktywną politykę zarządzania stresem i ryzykiem psychospołecznym.
6. Kultura organizacyjna – najrzadziej wskazywaną przez firmy barierą okazała się być kultura organizacyjna, którą za utrudnienie w zarządzaniu stresem i redukcją ryzyka psychospołecznego uznało 20% firm w Europie; nie okazała się ona jedna silnie związana z posiadaniem procedur i działaniami na rzecz redukcji ryzyka psychospołecznego. Zdaniem EU-OSHA taki wynik może być rezultatem niejasności co do znaczenia kultury organizacyjnej dla funkcjonowania BHP i innego rozumienia tego zagadnienia przez kierownictwo firm. Agencja sugeruje rozpowszechnianie informacji o tym w jaki sposób kultura organizacyjna może wpływać pozytywnie lub negatywnie na psychospołeczne warunki pracy.

Podsumowując wnioski z badania europejskich przedsiębiorców, za najważniejsze czynniki sprzyjające skutecznemu zarządzaniu ryzykiem psychospołecznym i stresem w pracy uznać należy system zarządzania BHP (OR = 2,9) oraz żądania pracownicze (OR= 2,1), zaś za największe bariery: brak wsparcia technicznego (OR = 0,67) i wiedzy specjalistycznej (OR = 0,85).

6.2. Dobre praktyki – przykłady skutecznego ograniczania narażenia na ryzyko psychospołeczne i stres w miejscu pracy

Niniejszy katalog dobrych praktyk został opracowany w oparciu o założenie, że praktyka powinna prezentować działanie ukierunkowane na poprawę dobrostanu pracowników poprzez ograniczanie stresu zawodowego i narażenia na niekorzystne czynniki psychospołeczne w środowisku pracy i winna stanowić opis faktycznie rozwiązania, które zostało faktycznie wdrożone i poddane stosownej ewaluacji pod względem osiągniętych rezultatów. Zaprezentowane w niniejszej sekcji przykłady dotyczą przede wszystkim prewencji pierwszego rzędu, co jest podyktowane obowiązującymi w Polsce (i w Europie) regulacjami, które za redukcję ryzyka zawodowego (w w tym psychospołecznego) i ochronę zdrowia pracowników czynią odpowiedzialnym pracodawcę. Przykłady prewencji pierwszorzędowej zostały wybrane spośród dobrych praktyk zgłoszonych do konkursów realizowanych przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy. Zaprezentowane przykłady zostały nadesłane na Konkurs „Zdrowe Miejsce Pracy” w latach 2008-2012 i zostały nagrodzone lub wyróżnione przez jury. Prezentowana interwencja drugorzędowa pochodzi z materiałów projektu PRIMA-EF, zaś trzeciorzędowa została opracowana w oparciu o opublikowane wyniki badań klinicznych będące rezultatem współpracy specjalistów z Uniwersytetu Gutenberga w Mainz oraz Kliniki Psychosomatycznej w Bad Neustadt/Saale w Niemczech.

6.2.1. Przykłady skutecznych interwencji skierowanych na redukcję ryzyka u źródła

W tej części zamieszczono opis pięciu dobrych praktyk z zakresu prewencji pierwszorzędowej. Wszystkie przedstawione przykłady zostały nagrodzone lub wyróżnione w europejskich konkursach dobrych praktyk. Przedstawiono rozwiązania pochodzące z takich sektorów

jak: transport zbiorowy, opieka zdrowotna (szpital i dom opieki), zakłady przemysłowe, drukarnie, przy czym są to rozwiązania niespecyficzne, zatem mogą być wdrażane w innych branżach niż te, w których je opracowano.

6.2.1.1. Ocena i ograniczanie zagrożenia przemocą w miejscu pracy

Praktyka została opracowana i wdrożona w Hiszpanii w przedsiębiorstwie Sociedad Publica Euska Trenbideak _ferrocarries Vascos S.A., które działa w sektorze transportu publicznego.

ZARYS PROBLEMU:

Pracownicy firmy pozostają w ciągłym kontakcie z pasażerami i często są narażeni na przemoc ze strony osób trzecich (ataki werbalne, obelgi, groźby i zastraszanie). Przedsiębiorstwo zdecydowało się przeprowadzić rzetelną ocenę zagrożeń psychospołecznych, na jakie narażeni są pracownicy oraz przygotować i wdrożyć procedurę dotyczącą przemocy.

PODJĘTE DZIAŁANIA:

Projekt identyfikacji a następnie oceny ryzyka psychospołecznego został przeprowadzony we współpracy z doradcą technicznym. W celu uzyskania niezbędnych informacji podjęto następujące działania:

- Powołano zespół koordynujący projekt, którego celem było również zachęcanie pracowników do uczestnictwa;
- Przeprowadzono indywidualne rozmowy z osobami na stanowiskach kierowniczych w celu uzyskania informacji o pracownikach w ich regionie;
- Przeprowadzono grupowe wywiady zogniskowane (*focus groups*) z pracownikami (obecność dobrowolna) aby lepiej poznać problem;
- Przeprowadzono analizę epidemiologiczną dotyczącą nieobecności spowodowanej chorobą na przestrzeni ostatnich kilku lat;
- Przeprowadzono badanie kwestionariuszowe wśród pracowników, składające się z 165 pytań na temat stresu, zdrowia psychicznego, satysfakcji z pracy, motywacji oraz wsparcia społecznego;
- Przeprowadzono analizę działań korekcyjnych i prewencyjnych, które mogłyby przyczynić się do redukcji ryzyka i minimalizacji negatywnego wpływu zidentyfikowanych zagrożeń na zdrowie

Po określeniu rozmiaru problemu opracowano Plan Przeciwdziałania Przemocy ze strony osób trzecich w miejscu pracy, obejmujący takie działania jak:

- Promocję zaangażowania pracowników w działania prewencyjne poprzez ustanowienie dwóch zespołów: (1) Interdyscyplinarnego Zespołu Doskonalącego, którego zadaniem było koordynować wdrożenie Planu Przeciwdziałania Przemocy oraz (2) Zespołu Zero Przemocy
- Dzięki pracy tych zespołów firma starała się znaleźć rozwiązanie problemów pojawiających się przedsiębiorstwie niezależnie od lokalizacji i komórki organizacyjnej, w stosunku do pracowników autobusów, tramwajów, pociągów, kolejek i pracowników działu obsługi klientów. Wprowadzono przykładowo takie rozwiązania jak: instalację monitoringu video w autobusach, koordynacja działań z policją w obszarach podwyższonego ryzyka, szkolenie

personelu podczas którego pracowników uczono jak należy reagować w przypadkach pojawiającej się przemocy, etc.

- Przygotowanie i wdrożenie rejestru incydentów oraz opracowanie poradnika nt. zapobiegania przemocy

OSIĄGNIĘTE REZULTATY:

- Większy poziom wiedzy o czynnikach ryzyka występujących w każdej kategorii zawodowej
- Zaangażowanie pracowników w działalność prewencyjną
- Zmniejszenie liczby odnotowywanych incydentów
- Poprawa warunków pracy
- Zbieranie danych nt. pojawiających się incydentów przemocy
- Poprawa w obszarze komunikacji, informowania personelu oraz szkolenia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów konkursu „Bezpieczeństwo i zdrowie w pracy. Europejskie nagrody dobrych praktyk 2008-2009. Zdrowie miejsca pracy. Europejska kampania na temat ryzyka zawodowego” <http://hw.osha.europa.eu>

6.2.1.2. Poprawa skuteczności przeprowadzania oceny ryzyka zawodowego dzięki zastosowaniu metody koła zdrowia (Health circle)

Praktyka ta została opracowana i wdrożona w Danii w Solgarden Nursing Home, który działa w branży ochrony zdrowia prowadząc dom opieki.

ZARYS PROBLEMU:

Przedsiębiorstwo postanowiło korzystać z takiej metody oceny ryzyka zawodowego, w którą pracownicy się włączą i która pozwoli efektywnie poprawić psychospołeczne i fizyczne warunki pracy.

PODJĘTE DZIAŁANIA:

Celem projektu było przetestowanie metody kół zdrowia, jako sposobu na poprawę istniejącego systemu oceny ryzyka zawodowego.

Metoda kół zdrowia może być wykorzystywana do wdrażania kompleksowych zmian na stanowiskach pracy. Prosta struktura tej metody pozwala w prosty sposób przejść od identyfikacji problemu do bieżącego wdrażania odpowiednich rozwiązań. Metoda ta opiera się na założeniu, iż pracownicy są najlepszymi ekspertami w zakresie ich własnego środowiska pracy i że ich wiedza powinna być wykorzystana do opracowywania propozycji usprawnień. Spotkania kół zdrowia prowadzone są przez przeszkolonego koordynatora, który nadzoruje przebieg procesu grupowego i przewodzi spotkaniom problemowym koła.

Koło zdrowia w Solgarden składało się z dziewięciu uczestników, w tym sześciu pracowników, specjalisty ds. bezpieczeństwa i higieny pracy, męża zaufania oraz kierownika domu opieki.

Projekt rozpoczął się od kompleksowego badania kwestionariuszowego dotyczącego fizycznych i psychospołecznych warunków pracy. Koordynator zaprezentował wyniki tego badania na spotkaniu z pracownikami, podczas którego mogli oni komentować wyniki badania. Koło zdrowia

rozpoczęto działalność od przeglądu istniejących problemów do rozwiązania. Każdy z problemów został poddany szczegółowej analizie i przedyskutowany pod względem możliwych rozwiązań. Po sześciu spotkaniach koła zdrowia postanowiono wdrożyć tak wiele wypracowanych propozycji usprawnień, ile tylko będzie możliwe.

OSIĄGNIETE REZULTATY:

W okresie pół roku zidentyfikowano 24 problemy, z czego większość dotyczyła psychospołecznych warunków pracy. W tym czasie koło zdrowia opracowało rozwiązania 14 z nich, skutkujące wdrożeniem w sumie 33 usprawnień.

Pracownicy podkreślali, że metoda kół zdrowia okazała się znacznie bardziej efektywna niż istniejący wcześniej system oceny ryzyka zawodowego, głównie z powodu bardziej konkretnych i szczegółowych analiz problemów, które były pomocne w wypracowaniu bardziej adekwatnych i skonkretyzowanych rozwiązań, a także ze względu na to, że wszystkie problemy zostały wysłuchane i zajęto się nimi.

Absencja chorobowa spadła dzięki temu z 1514 dni chorobowego w roku 2006 do poziomu 1017 dni w roku 2007.

Pracownicy stwierdzili również, że dzięki projektowi kół zdrowia psychospołeczne warunki pracy wyraźnie się poprawiły, co zwrotnie podniosło także poziom motywacji i zaangażowanie pracowników w pracę.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów konkursu „Bezpieczeństwo i zdrowie w pracy. Europejskie nagrody dobrych praktyk 2008-2009. Zdrowie miejsca pracy. Europejska kampania na temat ryzyka zawodowego” <http://hw.osha.europa.eu>

6.2.1.3. Lepsze wyniki pracy dzięki ograniczeniu stresu i mobbingu

Praktyka ta została opracowana w Danii, w Ringshospitalet, który działa w branży ochrony zdrowia. Jest to publiczny szpital w Kopenhadze, zatrudniający ponad 8,5 tysiąca pracowników, co czyni z niego jedno z największych duńskich miejsc pracy.

ZARYS PROBLEMU:

Wyniki badania satysfakcji pracowników w 2011 roku ujawniły, że podstawowe problemy w środowisku pracy stanowiły: stres, mobbing oraz niekorzystne fizyczne warunki pracy. Jako, że w szpitalu pracuje ponad pięćdziesiąt grup zawodowych, metody niezbędne do rozwiązania problemów, a także same problemy, w dużej mierze zależały od warunków panujących w konkretnym oddziale. W celu uzyskania jak najlepszych efektów, interwencja musiała być więc podjęta na każdym poziomie.

PODJĘTE DZIAŁANIA:

W każdym oddziale były już wcześniej grupy odpowiedzialne za BHP, jednak przeorganizowano ich pracę podkreślając konieczność dzielenia się wiedzą i wymiany informacji między nimi. Przedstawiciele pracowników opracowali polityki i poradniki dotyczące zapobiegania mobbingowi i molestowaniu seksualnemu oraz redukcji stresu.

W szpitalnym intranecie uruchomiono specjalny newsletter zawierający wywiady przedstawiające przypadki dobrych praktyk poprawy prosowiska pracy zebrane w każdym z oddziałów. W sumie w poszczególnych oddziałach zrealizowano 20 przedsięwzięć mających na celu poprawę bezpieczeństwa i higieny pracy, np:

- poprawa koordynacji między oddziałami szpitala i Pracownią Radiologii w celu lepszego wykorzystania urządzeń do rezonansu magnetycznego;
- na wniosek przedstawicieli załogi w Oddziale Położniczym rozpoczęto proces odciążania pracowników od nadmiaru obowiązków;
- w Przychodni Poradni Oddziale Reumatologii podjęto działania na rzecz poprawy efektywności i obniżenia poziomu stresu wśród pracowników odpowiedzialnych za prowadzenie dokumentacji medycznej
- na Oddziale Hematologii stworzono narzędzie do ustalania priorytetów w pracy tak więc pielęgniarki nie były już obciążone koniecznością podejmowania tego rodzaju decyzji osobiście.

Współpraca między kierownictwem a pracownikami służby BHP i przedstawicielami związków zawodowych okazała się czynnikiem kluczowym, bez którego niemożliwe byłoby osiągnięcie wymiernych rezultatów. Dyrekcja szpitala uznała konieczność poprawy warunków pracy za priorytet. Przełożony pielęgniarek podjął działania przeciwdziałające mobbingowi. Szpital dofinansowuje prace doktorskie z zakresu mobbingu, utworzono też siatkę kierowniczą zorientowaną na zapobieganie niedopuszczalnym zachowaniom.

OSIĄGNIĘTE REZULTATY:

Wdrożone rozwiązania przyniosły wymierne rezultaty:

- znacznie poprawiła się współpraca poszczególnych oddziałów z Pracownią Radiologii w kwestii nagłych przypadków wymagających badania rezonansem magnetycznym a wykorzystanie urządzeń MRI wzrosło o 15%;
- ilość zaległych dokumentacji w Poradni reumatologicznej spadła z 850 do zera;
- nadzorowany przez kierownictwo system nadawania priorytetów zadaniom na Oddziale Hematologii istotnie obniżył poziom stresu wśród pielęgniarek;
- poziom satysfakcji z pracy w Oddziale Położniczym znacznie się poprawił dzięki rozpoczynaniu obchodu 20 minut wcześniej.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów konkursu „Bezpieczeństwo i zdrowie w pracy. Europejskie nagrody dobrych praktyk 2011-2012. Zdrowie miejsca pracy. Współpracując na rzecz zapobiegania ryzyku” <http://hw.osha.europa.eu>

6.2.1.4. Dobra praca – dłuższa kariera

Niniejsza praktyka została opracowana w Finlandii w przedsiębiorstwie Oy SKF AB, Fabryka Muurame we współpracy ze Stowarzyszeniem Fińskich Firm Technologicznych, Związkiem Zawodowym Fińskich Pracowników Branży Metalowej, Związkiem Zawodowym Pro, Stowarzyszeniem Osób Sprawujących Funkcje Kierownicze i Wykonujących Wolne Zawody YTN oraz Związkiem Inżynierów Fińskich. Projekt ten został wdrożony w przeszło 50 fińskich przedsiębiorstwach z branży technologicznej.

ZARYS PROBLEMU:

Absencja chorobowa stanowi poważny problem w przemyśle technologicznym. Dolegliwości mięśniowo-szkieletowe, wypadki oraz zaburzenia zdrowia psychicznego stanowią główne powody krótko- i długoterminowych zwolnień lekarskich, a nawet trwałej utraty zdolności do pracy skutkującej przedwczesnym opuszczeniem rynku pracy. Celem projektu była zatem poprawa dobrostanu pracowników i wydłużenie czasu trwania aktywności zawodowej.

PODJĘTE DZIAŁANIA:

Projekt realizowany był w latach 2010-2013. W jego ramach powołano zespoły robocze, składające się z przedstawicieli kierownictwa, specjalistów BHP, przedstawicieli służby medycyny pracy (lekarz, psycholog) oraz członków związków zawodowych. Powołaniu tych zespołów przyświecał zamiar poprawy dobrostanu pracowników poprzez ciągły rozwój różnych wymiarów zdolności do pracy: wydolności zdrowotnej i funkcjonalnej, kompetencji zawodowych, wartości, postaw i motywacji, a także zarządzania środowiskiem pracy i przywództwa.

W każdym z przedsiębiorstw, w których projekt był realizowany, przeprowadzono wśród pracowników anonimowe badanie dobrostanu. Następnie przeprowadzono szereg dyskusji pozwalających ustalić konkretne cele w zakresie poprawy dobrostanu pracowników. Po kolejnych 12 miesiącach powtórzono badanie, aby możliwe było dokonanie oceny rezultatów.

Jednym z uczestników była położona w centralnej Finlandii Fabryka Muurame należąca do Oy SKF AB, stanowiącej część SKF. W przedsiębiorstwie tym w dyskusje nad problemem zaangażowano cały personel produkcyjny. Zorganizowano szkolenia mające na celu poprawę stosunków kierownictwa i pracowników. Wprowadzono także cotygodniowe spotkania, których celem było rozwiązywanie w ramach zespołów roboczych problemów nawracających oraz nowych. Taki model wczesnego reagowania umożliwił przejmowanie problemów z poziomu szeregowych pracowników na poziom kierownictwa. Liczba pracowników nadzorujących proces produkcji została zwiększona z dwóch do czterech osób.

Dokonano inwestycji w poprawę bezpieczeństwa. Zakupiono obuwie ochronne dla pracowników administracyjnych i gości przeznaczone do poruszania się w okolicach linii produkcyjnej. Zakupiono także oznaczenia i tablice BHP oraz szerokokątne lustro żeby podnieść poziom bezpieczeństwa ruchu ciężarówek na terenie fabryki. W celu zredukowania poziomu hałasu zainstalowano ekrany izolacyjne oddzielające poszczególne komórki produkcyjne. Udostępniono pracownikom środki ochrony indywidualnej pozwalające obniżyć natężenie stałego hałasu. Poczyniono również inwestycje zwiększające bezpieczeństwo prac transportowych i przy urządzeniach, a także przeszkolono pracowników w zakresie bezpiecznej pracy. Udostępniono także pracownikom multimedialną prezentację pt. „Wszyscy pracujemy na rzecz ograniczania ryzyka”.

OSIĄGNIĘTE REZULTATY:

Zarówno projekt jako całość, jak i jego wdrożenie w Oy SKF AB, przyniosły pozytywne rezultaty, takie jak:

- Badanie kontrolne wykazało, że dobrostan pracowników znacznie się poprawił, szczególnie w grupie pracowników młodych (do 35 roku życia) oraz pracowników starszych (powyżej 54

roku życia); w grupie 54 + zaobserwowano również wzrost motywacji do pracy i lepsze nastawienie do pracy;

- Składki na fundusz wypadkowy spadły w Oy SKF AB o 17%
- Nie odnotowano żadnego wypadku w okresie luty 2011 – września 2012 (czyli do momentu złożenia niniejszej dobrej praktyki do konkursu)
- Poziom absencji pracowników spadł.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów konkursu „Bezpieczeństwo i zdrowie w pracy. Europejskie nagrody dobrych praktyk 2011-2012. Zdrowie miejsca pracy. Współpracując na rzecz zapobiegania ryzyku” <http://hw.osha.europa.eu>

6.2.2.Prewencja drugorzędowa: Modyfikacja stylów radzenia sobie ze stresem wśród pracowników

Praktyka została opracowana i wdrożona w Polsce, w Centralnym Instytucie Ochrony Pracy – Państwowym Instytucie Badawczym.

ZARYS PROBLEMU:

Podstawowym celem projektu zarządzania stresem w miejscu pracy było rozwijanie umiejętności i promocja korzystania z uznawanych za zdrowsze stylów radzenia sobie ze stresem, a konkretnie tych, które określa się mianem zadaniowego stylu radzenia sobie czy też stylu skoncentrowanego na rozwiązaniach, a także promocja i wzmacnianie wsparcia społecznego w miejscu pracy, a w rezultacie także zmniejszenie skali stosowania stylów. Skoncentrowanych na emocjach czy związanych z ignorowaniem przyczyny stresu (style unikowe, działania polegające na zajmowaniu się czymś innym). Zmiana sposobu reagowania w sytuacji stresu powinna przyczynić się do lepszego, bardziej efektywnego radzenia sobie oraz do poprawy dobrostanu i ogólnego stanu zdrowia.

PODJĘTE DZIAŁANIA:

Program treningowy został opracowany i był prowadzony przez psychologów. Składa się on z dziesięciu cotygodniowych, czterogodzinnych spotkań. Pracownicy uczestniczyli w spotkaniach grupowych oraz różnorodnych ćwiczeniach zorientowanych na doświadczenie. Sesje były ustrukturyzowane w taki sposób, by obejmowały konkretne tematy: zagadnienia związane z powszechnymi sytuacjami stresowymi oraz sposobami radzenia sobie z tymi sytuacjami (zarówno w sposób negatywny jak i pozytywny). W celu pogłębiania świadomości uczestników wykorzystywano techniki oddziaływań poznawczo-behawioralnych. Zwiększanie wglądu obejmowało takie aspekty jak źródła stresu we własnym środowisku pracy oraz osobiste możliwości i ograniczenia w radzeniu sobie z tymi stresorami. Uczestnicy byli zachęceni do samodzielnego identyfikowania czynników osobowych i środowiskowych, które prowadzą do wzrostu napięcia emocjonalnego oraz do formułowania i wdrażania strategii zmian tych czynników.

Działaniom tym towarzyszyły także treningi umiejętności asertywnych, trenowanie określonych zachowań oraz ćwiczenie ról. Podczas każdej sesji jednym z istotnych elementów był o ćwiczenie radzenia sobie dzięki budowaniu sieci społecznych, czemu towarzyszył instruktaż jak należy efektywnie poszukiwać wsparcia oraz jak udzielać go innym osobom.

Ze względu na konieczność prowadzenia treningu przez profesjonalistę oraz potrzebę zaangażowania znacznej ilości czasu przez pracowników program był (i powinien być) realizowany w godzinach pracy, gdyż podnosi to skuteczność treningu.

OSIĄGNIĘTE REZULTATY

Efektywność treningu oceniano dzięki losowemu podzieleniu pracowników na dwie grupy, z czego w jednej prowadzone były oddziaływania treningowe, a w drugiej nie. Przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu w obu grupach przeprowadzono badanie testami psychologicznymi w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem oraz dobrostanu.

W grupie pracowników uczestniczących w treningu stwierdzono:

- statystycznie istotny wzrost poziomu wykorzystywania stylów skoncentrowanych na rozwiązaniach (konstruktywne radzenie sobie);
- obniżenie poziomu stosowania destrukcyjnych sposobów radzenia sobie ze stresem

Ponadto, wśród tych uczestników, którzy charakteryzowali się nieproporcjonalnie częstym stosowaniem stylu skoncentrowanego na emocjach stwierdzono poprawę równowagi stosowanych sposobów radzenia sobie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów Projektu PRIMA – EF www.prima-ef.org

6.2.3. Prewencja trzeciego rzędu: włączenie treningu przystosowania zawodowego do programu rehabilitacji psychosomatycznej

Praktyka została opracowana w Niemczech przez specjalistów z z Uniwersytetu Gutenberga w Mainz oraz Kliniki Psychosomatycznej w Bad Neustadt/Saale i wdrożona w Klinice Psychosomatycznej w Bad Neustadt/Saale.

ZARYS PROBLEMU:

W Niemczech coraz większa liczba pacjentów psychosomatycznych wiąże swoje dolegliwości z trudnościami i konfliktami w miejscu pracy. Stało się to powodem opracowania specjalnego programu terapeutycznego skierowanego do pacjentów zagrożonych utratą zdrowia w związku z nieprzystosowaniem do środowiska pracy, którego celem była lepsza reintegracja zawodowa pacjentów psychosomatycznych.

PODJĘTE DZIAŁANIA:

Spośród 1590 pacjentów psychosomatycznych poniżej 50 r.z., przyjętych do Kliniki w latach 1999-2001, wyłoniono grupę podwyższonego ryzyka niepowodzenia reintegracji zawodowej. Osoby zaliczone do grupy podwyższonego ryzyka zostały następnie losowo podzielone na grupę badawczą i kontrolną. Postawy wobec pracy badano przy przyjęciu na oddział, przy wypisie, oraz 3-, 12 i 24 miesiące po odbyciu. Pacjentów z grupy badawczej poddano obok typowej terapii psychosomatycznej również treningowi przystosowania zawodowego. Trening prowadzony jest jako element rehabilitacji i polega na włączeniu w proces terapii nieodpłatnego stażu, który pacjent odbywa w specjalnie wybranych miejscach pracy. Celem takiego działania jest:

- Zidentyfikowanie realnych problemów pacjenta, jakie napotyka on w pracy

- Praca nad rozwiązaniem tych problemów równoległe podczas psychoterapii oraz stażu
- Umożliwienie podjęcia próby zastosowania rozwiązań wypracowanych podczas psychoterapii w realnym życiu zawodowym, w warunkach bezpiecznych dla pacjenta

Program rehabilitacji trwa 6-7 tygodni podczas których pacjent poddawany treningowi przystosowania zawodowego jest stopniowo coraz bardziej włączany w sytuacje zawodowe. Jednocześnie poddawany jest oddziaływaniom terapeutycznym, w formie psychoterapii indywidualnej i grupowej; uczestniczy też w specjalnej grupie terapeutycznej skupionej wyłącznie na typowym dla niego problemie związanym ze środowiskiem pracy, np. konfliktami w środowisku pracy. Ponadto uczestniczy również w treningach relaksacyjnych, zajęciach ruchowych oraz innych zajęciach typowych dla rehabilitacji psychosomatycznej.

OSIĄGNIĘTE REZULTATY:

Pacjenci poddani treningowi przystosowania zawodowego w porównaniu do pacjentów poddanych wyłącznie typowemu programowi rehabilitacji:

- Przy wypisie z oddziału prezentują bardziej optymistyczną postawę wobec powrotu do pracy
- Rok po wypisie odnotowują mniej absencji chorobowych w okresie ostatnich 12 miesięcy
- Po dwóch latach ich przystosowanie zawodowe jeszcze bardziej się poprawia, podczas gdy w grupie poddanej jedynie zwykłej rehabilitacji spada.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Beutel i in. (2005) oraz informacji osobistych uzyskanych w 2014 roku od przełożonego psychologów w Klinice Psychosomatycznej Bad Naustadt Dr L. Schattenburga.

LITERATURA

Adelmann, P.K. (1987). Occupational complexity, control, and personal income: Their relation to psychological well-being in men and women. *Journal of Applied Psychology*, 72, 529–537.

Ahasan M.R., Mohiuddin G., Vayrynen S., Ironkannas H. i Quddus R. (1999). Work related problems in metal handling tasks in Bangladesh: Obstacles to the development of safety and health measures. *Ergonomics*, 42(2), 385-396.

Akbaraly, T.N., Kivimäki, M., Brunner, E.J, Chandola, T., Marmot, M.G., Singh-Manoux, A. i Ferrie, JE (2009). Association between metabolic syndrome and depressive symptoms in middle-aged adults: Results from the Whitehall II study. *Diabetes Care*, 32(3), 499-504.

Akerstedt, T. (1985). Adjustment of the physiological circadian rhythms and the sleep-wake cycle to shiftwork. In S. Folkard & T. Monk (Eds.), *Hours of Work: Temporal Factors in Work Scheduling*. Oxford: John Wiley & Sons.

Akerstedt, T. (1988). Sleepiness as a consequence of shift work. *Sleep*, 11(1), 17-34.

Akerstedt, T. (1995). Work hours, sleepiness and the underlying mechanisms. *Journal of Sleep Research*, 4(2), 15-22.

Akerstedt, T. i Landstrom, U. (1998). Work place countermeasures of night shift fatigue. *International Journal Of Industrial Ergonomics*, 21(3-4), 167-178.

Akerstedt, T., Knutsson, A., Westerholm, P., Theorell, T., Alfredsson, L. i Kecklund, G. (2002). Sleep disturbances, work stress and work hours: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 741-8.

Akerstedt, T., Knutsson, A., Westerholm, P., Theorell, T., Alfredsson, L. i Kecklund, G. (2002). Work organisation and unintentional sleep: Results from the WOLF study. *Occupational & Environmental Medicine*, 59, 595-600.

Allen, T.D., Herst, D.E.L., Bruck, C.S. i Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(2), 278-308.

Allesøe, K., Hundrup, Y.A., Thomsen, JF. i Osler, M. (2010). Psychosocial work environment and risk of ischaemic heart disease in women: The Danish Nurse Cohort Study. *Occupational & Environmental Medicine*, 67(5), 318-322.

Althouse, R. i Hurrell, JJ (1977). An analysis of job stress in coal mining. Washington, D.C.:U.S. Government Printing Office.

Amick, B., Kawachi, I., Coakley, E, Lerner, D., Levine, S. i Colditz, G. (1998). Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States'. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 24(1), 54-61.

Andersen, I., Burr, H., Kristensen, T.S, Gamburg, M., Osler, M., Prescott, E. i Diderichsen, F.(2004). Do factors in the psychosocial work environment mediate the effect of socioeconomic position on the risk of myocardial infarction? Study from the Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. *Occupational & Environmental Medicine*, 61(11), 886-892.

Andersen, JH., Haahr, J, & Frost, P. (2007). Risk factors for more severe regional musculoskeletal symptoms. *Arthritis & Rheumatism*, 56(4), 1355-1364

Andersen, JH., Kaergaard, A., Frost, P., Thomsen, JF., Bonde, P., Fallentin, N., Borg, V. I Mikkelsen S (2002). Physical, psychosocial, and individual risk factors for neck/shoulder pain with pressure tenderness in the muscles among workers performing monotonous, repetitive work. *Spine*, 27(6), 660-667.

Aronsson, G. (1989). Dimensions of control as related to work organization, stress and health. *International Journal of Health Services*, 19(3), 459-468.

Aronsson, G. (1999a). Contingent workers and health and safety. *Work, Employment & Society*, 13(3), 439-459.

- Aronsson, G. (1999b). Influence of worklife on public health. *Scandinavian Journal of Work & Environmental Health*, 25(6), 597-604.
- Aronsson, G., & Goransson, S. (1999). Permanent employment but not in a preferred occupation: Psychological and medical aspects, research implications. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 152-163.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2004). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 94(1), 82-88.
- Auer, P., & Fortuny, M. (2000). Ageing of the labour force in OECD Countries: Economic and social consequences. Geneva: International Labour Office.
- Australian Council of Trade Unions –ACTU (2000). *Stop Stress at Work- A Guide for Workers*. Melbourne: ACTU OHS Unit.
- Australian Council of Trade Unions –ACTU (1998). *Stress at Work, a Report on the 1997 ACTU National Survey on Stress at Work*. Melbourne: ACTU Occupational Health and Safety Unit.
- Bacquer, D., Pelfrene, E., Clays, E., Mak, R., Moreau, M., de Smet, P., Kornitzer, M. I de Backer G. (2006). Perceived job stress and incidence of coronary events: 3-year follow up of the Belgian job stress project cohort. *American Journal of Epidemiology*, 161, 434-441.
- Baglioni, A.J., Cooper, C.L. i Hingley, P. (1990). Job stress, mental health and job satisfaction among U.K. senior nurses. *Stress Medicine*, 6, 9–20.
- Barling, J., Dekker, I., Loughlin, C., Kelloway, E., Fullagar, C. i Johnson, D. (1996). Prediction and replication of the organizational and personal consequences of workplace sexual harassment. *Journal of Managerial Psychology*, 11, 4-25.
- Barreto, S.M., Swerdlow, A.J., Smith, P.G. i Higgins, C.D. (1997). Risk of death from motor vehicle injury in Brazilian steelworkers: A nested case-control study. *International Journal of Epidemiology*, 26(4), 814-821.
- Bassett, J., Spillane, R. i Hocking, B. (1998). Cortisol excretion and illness reporting: A psycho-physiological study of business executives at home and at work. *Journal of Occupational Health & Safety*, 14(2), 135-141
- Bauer, G.F., Huber, C.A., Jenny, G.J., Müller, F. i Hämmig, O. (2009). Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: Explaining the gradient in men and women. *International Journal of Public Health*, 54(1), 23-30.
- Beale, D., Clarke, D., Cox, T., Leather, P. i Lawrence, C. (1999). System memory in violent incidents: Evidence from patterns of reoccurrence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(3), 233-244.
- Behr, T.A. i Newman, J.E. (1978). Job stress, employee health and organizational effectiveness: A facet analysis, model and literature review. *Personnel Psychology*, 31, 665-699.
- Béjean, S. i Sultan-Taïeb, H. (2005). Modelling the Economic Burden of Diseases Imputable to Stress at Work. *The European Journal of Health Economics*, 6(1), 16-23.
- Belkic, K.L., Landsbergis, P.A., Schnall, P.L. i Baker, D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 30 (2), 85-128.
- Belkic, K., Landsbergis, P., Schnall, P., Baker, D., Theorell, T., Siegrist, J., Peter, R. i Karasek, R. (2000). Psychosocial factors: Review of the empirical data among men. *Occupational Medicine*, 15, 24–46.
- Benach, J. i Mutaner, C. (2007). Precarious employment and health: Developing a research agenda. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61, 276–277.
- Benach, J., Amable, M., Muntaner, C. i Benavides, F.G. (2002). The consequences of flexible work for health: Are we looking in the right place? *British Medical Journal*, 56(6), 405-406.

Benavides, F.G., Benach, J, Diez-Roux, A.V. i Roman, C. (2000). How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European survey on working conditions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(7), 494-501.

Berg, A.M., Hem, E, Lau, B, Haseth, K. i Ekeberg, O. (2005). Stress in the Norwegian police service. *Occupational Medicine*, 55, 113–120.

Berger, M.L., Murray, JF., Xu J Pauly M. (2001) Alternative valuations of work loss and productivity, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(1), s. 18-24

Beutel M.E, Zwerenz R, Bleichmen F., Vomdran A., Gusson D, Knockenberg, r. (2005) Vocational Training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation – short and long-term results from a controlled study, *Disability and Rehabilitation*, 27, s. 891-900

Bhalla, S., Jbnes, B. i Flynn, D. M. (1991). Role stress among Canadian white-collar workers. *Work & Stress*, 5, 289-299.

Biersner, R.J, Gunderson, E.K., Ryman, D.H. i Rahe, R.H. (1971). Correlations of physical fitness, perceived health status, and dispensary visits with performance in stressful training. USN Medical Neuropsychiatric Research Unit. Technical report no: 71-30. USNavy, Washington DC.

Bigos, S.J, Battie, M.C., Spengler, D.M., Fisher, L.D., Fordyce, W.E, Hansson, T.H., Nachemson, A.L. i Wortley, M.D. (1991). A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. *Spine*, 16, 1-6.

Black, C. (2008). Review of the health of Britain's working age population: Working for a healthier tomorrow. London: TSO.

Blackmore, E.R., Stansfeld, S.A., Weller, I., Munce, S, Zagorski, B.M. i Stewart, D.E (2007). Major depressive episodes and work stress: Results from a national population survey. *American Journal of Public Health*, 97, 2088–2093.

Blanchard, M. (1993). Managing for wellness. *Executive Excellence*, 8–9.

Bøggild, H. i Knutsson, A. (1999). Shift work, risk factors and cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 25(2), 85-99.

Bøggild, H., Burr, H., Tüchsen, F. i Jeppesen, H.J (2001). Work environment of Danish shift and day workers. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 27(2), 97-105.

Bohle, P. (1999). Shiftwork in nursing: Relationships between work/non-work conflict, domestic responsibilities, gender and health - research report. Sydney: National Occupational Health and Safety Commission.

Bonde, JP. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational & Environmental Medicine*, 65 (7), 438-445.

Bonde, JP., Munch-Hansen, T., Agerbo, E, Suadicani, P., Wieclaw, J i Westergaard-Nielsen, N. (2009). Job strain and ischemic heart disease: A prospective study using a new approach for exposure assessment. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 51(6), 732-738.

Bongers, P.M., De Winter, C.R., Kompier, M.A.J i Hilderbrandt, M.D. (1993). Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 19, 297-312.

Bongers, P.M., Ijmker, S, van den Heuvel, S i Blatter, B.M. (2006). Epidemiology of work related neck and upper limb problems: Psychosocial and personal risk factors (Part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (Part II). *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(3), 29-302.

Borg, V., Kristensen, T.S i Burr, H. (2000). Work environment and changes in self-rated health: A five year follow-up study. *Stress Medicine*, 6, 37-47.

Borritz, M., Rugulies, R., Bjorner, JB., Villadsen, E, Mikkelsen, O.A. i Kristensen, T.S (2006). Burnout among employees in human service work: Design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(1), 49-58.

- Bosma, H., Marmot, M., Hemingway, H., Nicholson, A., Brunner, E i Stansfeld, S (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British Medical Journal*, 314, 558-565.
- Bosma, H., Peter, R., Segrist, J i Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88(1), 68-74.
- Bosma, H., Stansfeld, S.A. i Marmot, M.G. (1998). Job control, personal characteristics, and heart disease. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 402-9.
- Bradley, G. (1989). *Computers and the Psychological Work Environment*. London: Taylor and Francis.
- Breslin, F.C. i Mustard, C. (2003). Factors influencing the impact of unemployment on mental health among young and older adults in a longitudinal, population-based survey. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 29(1), 5-14.
- Breslow, L. i Buell, P. (1960). Mortality from coronary heart disease and physical activity of work in California. *Journal of Chronic Diseases*, 22, 87-91.
- Brook, A. (1973). Mental stress at work. *Practitioner*, 210, 500-506.
- Buck, V. (1972). *Working Under Pressure*. London: Staples Press.
- Buckle, P. (1997). Upper limb disorders and work: The importance of physical and psychosocial factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 17-25.
- Bunker, S.J., Colquhoun, D.M., Esler, M.D., Hickie, I.B., Hunt, D., Jelinek, V.M., Oldenburg, B.F., Peach, H.G., Ruth, D., Tennant, C.C. i Tonkin, A.M. (2003). Stress and coronary heart disease: Psychosocial risk factors. National Heart Foundation of Australia position statement update. *Medical Journal of Australia*, 178 (6), 272-276.
- Burke, R.J (1993). Organizational-level interventions to reduce occupational stressors. *Work & Stress*, 7(1), 77-87.
- CAL/OSHA (1998). Guidelines for Security and Safety of Health Care and Community Service Workers. Division of Occupational Safety and Health, Department of Industrial Relations, San Francisco. See www.dir.ca.gov/DOSH/dosh_publications/hcworker.html
- Calnan, M., Wainwright, D. i Almond, S (2000). Job strain, effort–reward imbalance and mental distress: A study of occupations in general medical practice. *Work & Stress*, 14, 297–311.
- Campo, M.A., Weiser, S i Koenig, K.L. (2009). Job strain in physical therapists. *Physical Therapy*, 89(9), 946-956.
- Cannon, W.B. (1929). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: An Account of Recent Researches in the Function of Emotional Excitement*. New York: Appleton.
- Cannon, W.B. (1931). *The Wisdom of the Body*. New York: Norton.
- Chandola, T., Britton, A., Brunner, E, Hemingway, H., Malik, M., Kumaria, M., Badrick, E, Kivimaki, M. i Marmot, M. (2008). Work stress and coronary heart disease: What are the mechanisms? *European Heart Journal*, 29, 640-648.
- Chandola, T., Brunner, E i Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study. *British Medical Journal*, 332(7540), 521-525.
- Chandola, T., Martikainen, P., Bartley, M., Lahelma, E, Marmot, M., Michikazu, S, Nasermoaddeli, A. i Kagamimori, S (2004). Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan, and the UK. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 884-893.
- Chappell, D. i Di Martino, V. (2000). *Violence at Work*. Geneva: International Labour Office
- Chen, W.Q., Yu, I.T.S, i Wong, T.W. (2005). Impact of occupational stress and other psychosocial factors on musculoskeletal pain among Chinese offshore oil installation Workers. *Occupational & Environmental Medicine*, 62, 251-256.
- Cheng, Y., Chen, C.W., Chen, C.J i Chiang, T.L. (2005). Job insecurity and its association with health among employees in the Taiwanese general population. *Social Science & Medicine*, 61(1), 41-52.
- Cherry, N.M., Meyer, J.D. i Holt, D.L. (2000). Surveillance of work-related diseases by occupational physicians in the UK: OPRA 1996-1999. *Occupational Medicine*, 50, 496-503.

- Chui, W., Chan, A., Snape, E i Redman, T. (2001). Age stereotypes and discriminatory attitudes towards older workers: An East-West comparison. *Human Relations*, 54(5), 629-61
- Cieślak R., Widerszal-Bazyl M. (2000), Psychospołeczne Warunki Pracy. Normy. Klucz do kwestionariusza.,Warszawa, CIOP-PIB,
- Cieślak R., Widerszal-Bazyl M. (2000), Psychospołeczne Warunki Pracy. Podręcznik do kwestionariusza.,Warszawa, CIOP-PIB,
- Cincirpini, P. M., Hook, J D., Mendes de Leon, C. F. i Pritchard, W. S. (1984). A review of cardiovascular, electromyographic, electrodermal and respiratory measures of psychological stress. National Institute for Occupational Safety and Health, contract no: 84-257, Cincinnati, Ohio: NIOSH.
- CIOP-PIB (2009) *Zarządzanie ryzykiem psychospołecznym – ramowe podejście europejskie. Wskazówki dla pracodawców i reprezentantów pracowników*, Warszawa
- Clausen, T., Christensen, K.B., Lund, T. i Kristiansen, J (2009). Self-reported noise exposure as a risk factor for long-term sickness absence. *Noise Health*, 11(43), 93-97.
- Cobb, S i Kasl, S. V. (1977). Termination: The consequences of job loss. US Department of Health, Education and Welfare, Cincinnati.
- Cohen, A. (1976). The influence of a company hearing conservative program on extra-auditory problems in workers. *Journal of Safety Research*, 8, 146-162.
- Cohen, S i Willis, T. A. (1985) Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cohen, A.J, Anderson, H.R., Ostro, B., Pandey, K.D., Krzyzanowski, M., Künzli, N., Gutschmidt, K., Pope, C.A. III, Romieu, I., Samet, JM. i Smith, K.R. (2004). Urban air pollution. In M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers & C.JL. Murray (Eds.), *Comparative Quantification of Health Risks*. Geneva: World Health Organization.
- Colligan, M.J, Smith, M.J i Hurrell, JJ (1977). Occupational incidence rates of mental health disorders. *Journal of Human Stress*, 3, 34-39.
- Commission for the Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- Concha-Barrientos, M., Imel, N.D., Driscoll, T., Steenland, N.K., Punnett, L., Fingerhut, M.A., Prüss-Üstün, A., Leigh, J, Tak, S.W. i Corvalàn, C. (2004). Selected occupational risk factors. W: M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers & C.JL. Murray (red.), *Comparative Quantification of Health Risks*. Geneva: World Health Organization.
- Cooper, C.L. (1981). *Executive Families under Stress*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Cooper, C.L i Cartwright, S (1994). Healthy mind: Healthy organizations - A proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 47, 455-471.
- Cooper, C.L i Cartwright, S (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 43 (1), 7-16.
- Cooper, C.L., Mallinger, M. i Kahn, R. (1978). Identifying sources of occupational stress amongst dentists. *Journal of Occupational Psychology*, 51, 227-234.
- Cooper, C.L., Russell, M. i Geroge, W.H. (1998). Coping expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 218-230.
- Cooper, C.L i Smith, M. J (1986). *Job Stress and Blue Collar Work*. Chichester: Wiley & Sons.
- Corey, D.M. i Wolf, G.D. (1992). An integrated approach to reducing stress injuries. W: J.C. Quick, L.R. Murphy & JJ Hurrell (red.), *Stress and Well-being at Work: Assessments and Interventions for Occupational Mental Health*. Washington DC: American Psychological Association.
- Cox, T. (1978). *Stress*. London: Macmillan.
- Cox, T. (1985a). The nature and measurement of stress. *Ergonomics*, 28, 1155-1163.
- Cox, T. (1985b). Repetitive work: Occupational stress and health. W: C.L. Cooper i M. J Smith (red.), *Job Stress and Blue Collar Work*. Chichester: Wiley & Sons.

- Cox, T. (1993). Stress research and stress management: Putting theory to work. HSE Contract Research Report No 61/1993). Sudbury: HSE Books.
- Cox, T. i Cox, S. (1993). Psychosocial and Organizational Hazards: Monitoring and Control. Occasional Series in Occupational Health, No.5. Copenhagen, Denmark: World Health Organization (Europe).
- Cox, T., Ferguson, E. i Farnsworth, W.F. (1993). Nurses' knowledge of HIV and AIDS and their perceptions of the associated risk of infection at work. Paper to: VI European Congress on Work and Organizational Psychology, Alicante.
- Cox, T. i Gotts, G. (1987). The General Well-Being Questionnaire Manual. Nottingham, UK: University of Nottingham, Department of Psychology.
- Cox, T. i Griffiths, A. (1996). Psychosocial hazards, work-related stress and upper limb disorders: A model. Proceedings of 1st International Congress of Applied Ergonomics, 21-24 May, Istanbul, Turkey.
- Cox, T. i Griffiths, A. (2005). The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. W: J.R. Wilson i N. Corlett (red.), *Evaluation of Human Work* (3rd ed.). London: CRS Press.
- Cox, T., Griffiths, A. i Leka, S. (2005). Work organization and work-related stress. W: K. Gardiner i J.M. Harrington (red.), *Occupational Hygiene* (3rd ed.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Cox, T., Griffiths, A. i Rial-Gonzalez, E. (2000). Research on work related stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Cox, T., Griffiths, A. i Rial-Gonzalez, E. (2006). *Badania nad stresem związanym z pracą*, Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, Luxembourg
- Cox, T. i Howarth, I. (1990). Organizational health, culture and helping. *Work & Stress*, 4,107-110.
- Cox, T. i Kuk, G. (1991). Healthiness of schools as organizations: Teacher stress and health. Paper to: International Congress, Stress, Anxiety & Emotional Disorders, University of Minho, Braga, Portugal.
- Cox, T. i Leather, P. (1994). The prevention of violence at work: Application of a cognitive behavioural theory. W: C.L. Cooper i I. Robertson (red.), *International Review of Industrial & Organizational Psychology*, Chichester: Wiley & Sons.
- Cox, T. i Leiter, M. (1992). The health of healthcare organizations. *Work & Stress*, 6, 219-227.
- Croon, D.E., Sluiter, J. Kuijper, P.P. i Frings-Dresen, M. (2005). The effect of office concepts on worker health and performance: A systematic review of the literature. *Ergonomics*, 48(2), 119-134.
- Cummings, G. i Estabrooks, C.A. (2003). The effects of hospital restructuring that included layoffs on individual nurses who remained employed: A systematic review of impact. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(8), 8-53.
- D'Souza, R.M., Strazdins, L., Lim, L., Broom, D. i Rodgers, B. (2003). Work and health in contemporary society: Demands, control and insecurity. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, 849-854.
- Danna, K. i Griffin R.W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25(3), 357-384.
- Davidson, M.J i Cooper, C.L. (1981). A model of occupational stress. *Journal of Occupational Medicine*, 23, 564-570.
- De Beeck, R.O. i Hermans, V. (2000). Research on work-related low back disorders (No. 204). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Deeney, C. i O'Sullivan, L. (2009). Work related psychosocial risks and musculoskeletal disorders: Potential risk factors, causation and evaluation methods. *Work*, 34 (2), 239-248.
- De Jonge, J., Bosma, H., Peter, R. i Siegrist, J (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: A large-scale cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 50, 1317-1327.

De Jonge, J i Kompier, M.A.J (1997). A critical examination of the demand-control-support model from a work psychological perspective. *International Journal of Stress Management*, 4, 235-258.

De Lange, A.H., Taris, T.W., Kompier, M.A.J, Houtman, I.L.D. i Bongers, P.M. (2004). Work characteristics and psychological well-being: Testing normal, reversed and reciprocal relationships within the 4-wave SMASH study. *Work & Stress*, 18, 149-166.

De Lange, A.H., Taris, T.W., Kompier, M.A.J, Houtman, I.L.D. i Bongers, P.M. (2003). The very best of the Millennium: Longitudinal research and the Demand-Control-(Support) model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(4), 282-305.

Demerouti, E, Bakker, A.B. i Bulters, A. (2004). The loss spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion: Reciprocal relations in a three-wave study. *Journal of Vocational Behaviour*, 64, 131-149.

Devereux, J.J, Buckle, P.W. i Vlachonikolis, I.G. (1999). Interactions between physical and psychosocial risk factors at work increase the risk of back disorders: An epidemiological approach. *Occupational & Environmental Medicine*, 56, 343-353.

Devereux, J, Rydstedt, L., Kelly, V., Weston, P. i Buckle, P. (2004). The role of stress and psychological factors in the development of musculoskeletal disorders: The stress and MSD study. Report No. 273: HSE

Devereux, J.J, Vlachonikolis, I.G. i Buckle, P.W. (2002). Epidemiological study to investigate potential interaction between physical and psychosocial factors at work that may increase the risk of symptoms of musculoskeletal disorder of the neck and upper limb. *Occupational & Environmental Medicine*, 59(4), 269-277.

Dewa, C.S, Lin, E, Kooehoorn, M. i Goldner, E (2007). Association of chronic work stress, psychiatric disorders, and chronic physical conditions with disability among workers. *Psychiatry Services*, 58(5), 652-658.

Dollard, M.F. Skinner, N., Tuckey, M.R. i Bailey, T. (2007). National surveillance of psychosocial risk factors in the workplace: An international overview. *Work & Stress*, 21, 1-9.

Donaldson, J, & Gowler, D. (1975). Perogatives, participation and managerial stress. W: D. Gowler i K. Legge (red.), *Managerial Stress*. London: Gower Press.

Dooley, D., Catalano, R. i Wilson, G. (1994). Depression and unemployment: Panel findings from the epidemiologic catchment area study. *American Journal of Community Psychology*, 22, 745-765.

Dudek B., Hanke W., Merez D., Waszkowska M. (2004) *Ochrona zdrowia pracowników przed negatywnymi skutkami stresu zawodowego*, IMP, Łódź

Dudek B., Hauk M. (2010), Krótka skala do mierzenia stresu w pracy, *Medycyna Pracy* 61 (4), s. 479-487

Dunbar, J.A., Reddy, P., Davis-Lameloise, N., Philpot, B., Laatikainen, T., Kilkkinen, A., Bunker, S.J, Best, J.D., Vartiainen, E, Kai, L.S. i Janus, E.D. (2008). Depression: An Important comorbidity with metabolic syndrome in a general population. *Diabetes Care*, 31(12), 2368-2373.

Eby, L.T., Casper, W.J, Lockwood, A., Bordeaux, C. i Brinley, A. (2005). Work and family research in IO/OB: Content analysis and review of the literature (1980-2002). *Journal of Vocational Behaviour*, 66, 124-197.

Enarsen, S, Raknes, B.I. i Matthiesen, S.M. (1994). Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality - an exploratory study. *The European Work and Organizational Psychologist*, 4, 381-401.

Eler, N.H., Netterstrøm, B., Gyntelberg, F., Kristensen, T.S, Nielsen, F., Steptoe, A. i Theorell, T. (2009). Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: A systematic review. *Cardiology Review*, 17(2), 83-97.

Ho, A., Leppänen, A., Lindström, K. i Ropponen, T. (1992). OSQ, Occupational Stress Questionnaire - Users instructions. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health

Bovainio, M., Ferrie, J.E, Singh-Manoux, A., Gimeno, D., De Vogli, R., Shipley, M.J, Vahtera J, Brunner, E.J, Marmot, M.G. i Kivimäki, M. (2009). Cumulative exposure to high-

strain and active jobs as predictors of cognitive function: The Whitehall II study. *Occupational & Environmental Medicine*, 66(1), 32-37.

Emslie, C., Hunt, K. i McIntyre, S. (1999). Problematizing gender, work and health: The relationship conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science & Medicine*, 48, 33-48.

Ertel, M., Pech, E i Ullsperger, P. (2001). Working hours and health in flexible work arrangements. In C. Weikert, E. Torkelson & J. Pryce (Eds.), *Occupational Health Psychology: Europe 2001*. Nottingham: I-WHO Publications, ISBN: 0-9539936-12.

EU-OSHA (2002). How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EU-OSHA (2004). Report on the priorities for occupational safety and health research in EU25. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EU-OSHA (2007). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EU-OSHA (2009). OSH in figures: Stress at work - facts and figures. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EU-OSKA (2010) Safety and health at work. European Good Practice Award 2008-09. Healthy workplaces. A European campaign on risk assessment., <http://hw.osha.europa.eu>

EU-OSHA (2012a) Management of psychosocial risks at work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). Luxembourg: Publication Office of the European Union.

EU-OSHA (2012b) Drivers and barriers of psychosocial risks management. An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). Luxembourg: Publication Office of the European Union.

EU-OSHA (2014) Healthy workplaces. Working together for risk prevention. European Good Practice Award 2012-13., <http://hw.osha.europa.eu>

EU-OSHA (2014b) Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks, Luxembourg: Publication Office of the European Union EuroFound (2007). The Fourth Working Conditions Survey. Dublin: Office for Official Publications of the European Communities.

Eurostat (1999). Work-related health problems and accidental injuries (ad hoc module of the 1999 Labour Force Survey): Eurostat Metadata in SDDS format: Eurostat.

Eurostat (2006). Eurostat Metadata in SDDS format: Eurostat.

Everson-Rose, S.A. i Lewis, T.T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual Review of Public Health*, 26, 469-500.

Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Murray, C.J.L. (red.) (2004). *Comparative Quantification of Health Risks*. Geneva: World Health Organization.

Fell, D.B., Kephart, G., Curtis, L.J., Bower, K., Muhajarine, N., Reid, R. i Roos, L. (2007). The relationship between work hours and utilization of general practitioners in four Canadian provinces. *Health Services Research*, 42(4), 1483-98.

Felstead, A. i Jewson, N. (2000). *In Work, at Home: Towards an Understanding of Homeworking*. London: Routledge.

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Marmot, M., Stansfeld, S.A. i Smith, G.D. (1995). Health effects of anticipation of job change and non-employment: Longitudinal data from the Whitehall II study. *British Medical Journal*, 311, 1264-1269.

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Stansfeld, S.A. i Marmot, M.G. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: The Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56, 450-454.

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Stansfeld, S.A., Smith, G.D. i Marmot, M. (2003). Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health: The Whitehall II study. *Social Science & Medicine*, 57(4), 637-46.

- Fielden S.L. i Peckar C.J (1999). Work stress and hospital doctors: A comparative study. *Stress Medicine*, 15(3), 137-141.
- Figley, C.R. (1985). *Trauma and Its Wake: The Study of Treatment of Post Traumatic Stress Disorder*. New York: Brunner/Mazel.
- Fischer, F.M., Oliveira, D.C., Nagai, R., Teixeira, L.R., Júnior, M.L., Latorrec, M.R.D.O. i Cooper, S.P. (2005). Job control, job demands, social support at work and health among adolescent workers. *Revista de Saúde*, 39(2), 245-253.
- Fjell, Y., Osterberg, M., Alexanderson, K., Karlqvist, L. i Bildt, C. (2007). Appraised leadership styles, psychosocial work factors, and musculoskeletal pain among public employees. *International Archives of Occupational & Environmental Health*, 81(1), 19-30.
- Flannery, R. (1996). Violence in the workplace, 1970-1995: A review of the literature. *Aggression & Violent Behaviour*, 1, 57-68.
- Floderus, B., Hagman, M., Aronsson, G., Marklund, S. i Wikman, A. (2009). Work status, work hours and health in women with and without children. *Occupational & Environmental Medicine*, 66, 704-710.
- Frankenhauser, M. (1975). Sympatheticadreno-medullary activity, behaviour and the psychosocial environment. In P. H. Venables & M. Christie (Eds.), *Research in Psychophysiology*. Chichester: Wiley & Sons.
- Frankenhauser, M. i Gardell, B. (1975). Underload and overload in working life: A multidisciplinary approach. Reports from the Department of Psychology, no: 460, University of Stockholm, Stockholm.
- French, J.R.P. i Caplan, R. D. (1970). Psychosocial factors in coronary heart disease. *Industrial Medicine*, 39, 383-397
- French, J R. P. i Caplan, R. D. (1972). Organizational stress and individual strain. W: A. Marrow (red.) *The Failure of Success*. New York: AMACOM.
- French, J R. P., Caplan, R. D. i van Harrison, R. (1982). *The Mechanisms of Job Stress and Strain*. New York: Wiley & Sons.
- French, J R. P., Rogers, W. i Cobb, S. (1974). A model of person-environment fit. W: G.W. Coehlo, D.A. Hamburg i J.E. Adams (red.), *Coping and Adaptation*. New York: Basic Books.
- Frone, M.R. (2000). Work-family conflict and employee psychiatric disorders: The national comorbidity survey. *Journal of Applied Psychology*, 85(6), 888-895.
- Frone, M.R., Russell, M. i Barnes, G.M. (1996). Work-family conflict, gender, and health related outcomes: A study of employed parents in two community samples. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 57-69.
- Frone, M.R., Russell, M. i Cooper, M.L. (1992). Antecedents and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. *Journal of Applied Psychology*, 77, 65-78.
- Frone, M.R., Russell, M. i Cooper, M.L. (1995). Job stressors, job involvement and employee health: A test of identity theory. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 68, 1-11.
- Gadalla, T.M. (2009). Determinants, correlates and mediators of psychological distress: A longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 68(12), 2199-2205.
- Gael, S. (1988). *The Job Analysis Handbook for Business, Industry and Government*. New York: Wiley & Sons.
- Gałązka-Sobotka, M. (red.) (2013), *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce.*, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarzkiego
- Ganster, D.C. (1989). Worker control and well-being: A review of research in the workplace. W: S.L. Sauter, J.J. Hurrell, J. i C.L. Cooper (red.), *Job control and worker health: 3-24*. New York: Wiley.
- Ganster, D.C., Fusilier, M.R. i Mayes, B.T. (1986). Role of social support in the experience of stress at work. *Journal of Applied Psychology*, 71, 102-110.

- Ganster, D.C. i Schaubroeck, J (1991). Work stress and employee health. *Journal of Management*, 17, 235–271.
- Gershon, R.M.M., Barocas, B., Canton, A.N., Li, X. i Vlahov, D. (2009). Stress in police officers: Mental, physical, and behavioural outcomes associated with perceived work. *Criminal Justice & Behaviour*, 36, 275.
- Glass, D.C. i Singer, J.E. (1972). *Urban Stress: Experiments on Noise and Social Stressors*. New York: Academic Press.
- Glowinkowski, S.P. i Cooper, C.L. (1986). Managers and professionals in business/industrial settings: The research evidence. *Journal of Organizational Behavior Management*, 8, 177–193.
- Gobel, M., Springer, J i Scherff, J (1998). Stress and strain of short haul bus drivers: Psychophysiology as a design oriented method for analysis. *Ergonomics*, 41(5), 563-580.
- Goldberg, D. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Glass, D.C. i McKnight, J.D. (1998). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychology & Health*, 11(1), 23-48.
- Griffiths, A. (1997). Ageing, health and productivity: A challenge for the new millennium. *Work & Stress*, 11, 197-214.
- Griffiths, A. (2007). Healthy work for older workers: Work design and management factors. W: W. Loretto, S Vickerstaff i P. White (red.), *The Future for Older Workers: New Perspective*. Policy Press, Bristol.
- Grosch, J.W., Caruso, C.C., Rosa, R.R. i Sauter, S.L. (2006). Long hours of work in the U.S: Associations with demographic and organizational characteristics, psychosocial working conditions and health. *American Journal of Industrial Medicine*, 49(11), 943-52.
- Grunberg L., Moore S., Sikora P., Greenberg E (2006), Work stress and alcohol use. Examining the tension-reduction model as a functions of worker's parent's alcohol use. Institute of behavioural science. University of Colorado at Boulder. Working Paper PEC2006-0001
- Grzywacz, J.G. i Bass, B.L. (2003). Work, family, and mental health: Testing different models of work–family fit. *Journal of Marriage & Family*, 65, 248-261.
- Guglielmi, R.S i Tatrow, K. (1998). Occupational stress, burnout, and health in teachers: A methodological and theoretical analysis. *Review of Educational Research*, 68(1), 61-99.
- Gurr, K., Straker, L. i Moore, P. (1998). Cultural hazards in the transfer of ergonomics technology. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 22, 397-404.
- GUS(2009) Wypadki przy pracy w 2008 roku. www.stat.gov.pl
- GUS(2010) Wypadki przy pracy w 2009 roku. www.stat.gov.pl
- GUS(2010) Rocznik statystyczny pracy 2010. www.stat.gov.pl
- GUS(2011) Wypadki przy pracy w 2010 roku. www.stat.gov.pl
- GUS(2012) Wypadki przy pracy w 2011 roku. www.stat.gov.pl
- GUS(2012) Rocznik statystyczny pracy 2012. www.stat.gov.pl
- GUS(2013) Wypadki przy pracy w 2012 roku. www.stat.gov.pl
- Guthrie, R. i Quinlan, M. (2005). The occupational safety and health rights and workers' compensation entitlements of illegal immigrants: An emerging challenge. *Policy & Practice in Safety & Health*, 3(2), 69-89.
- Halbesleben, J.R.B. i Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19 (3), 208-220.
- Hall, E.M. (1991). Gender, work control and stress: A theoretical discussion and an empirical test. W: J.V. Johnson i G. Johansson (red.), *The Psychosocial Work Environment: Work Organization, Democratization and Health*. New York: Baywood Publishing
- Hamer, M., O'Donnell, K., Lahiri, A. i Steptoe, A. (2010). Salivary cortisol responses to mental stress are associated with coronary artery calcification in healthy men and women. *European Heart Journal*, 31(4), 424-429.

- Hammer, B., Helland, T., Øystein, P.O., Kjell, N., Torvatn, H. i Mahmut, B. (2004). Expanding the psychosocial work environment: Workplace norms and work-family conflict as correlates of stress and health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 83-97.
- Hannigan, B., Edwards, B., & Burnard P. (2004). Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review. *Journal of Mental Health*, 13(3), 235-245.
- Harrington, JM. (1978). *Shift Work and Health: A critical review of the literature* London: HMSO.
- Harrington, JM. (2001). Health effects of shift work and extended hours of work. *Occupational & Environmental Medicine*, 58, 68-72.
- Harris, M.M., Heller, T i Braddock, D. (1988). Sex differences in psychological well-being during a facility closure. *Journal of Management*, 14, 391-402.
- Head, J, Stansfeld, S.A. i Siegrist, J (2004). The psychosocial work environment and alcohol dependence: A prospective study. *Occupational & Environmental Medicine*, 61, 219-224.
- Health and Safety Executive-HSE (2000). *The Effects of New Ways of Working on Employee Stress Levels*. London: HSE
- Hemingway, H. i Marmot, M. (1999). Evidence based cardiology: Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies. *Clinical Review*, 318, 1460-1467.
- Heraclides, A., Chandola, T., Witte, D.R., Brunner, E.J (2009). Psychosocial stress at work doubles the risk of type 2 diabetes in middle-aged women: Evidence from the Whitehall II study. *Diabetes Care*, 32(12), 2230-2235.
- Hillert, A. (2008). [Abstract] Burnout - a new disease? *Versicherungsmedizin*, 60(4), 163-169.
- Hingley, P. i Cooper, C.L. (1986). *Stress and the Nurse Manager*. Chichester: Wiley & Son.
- Hoel, H., Sparks, K. i Cooper, C. (2001). The Cost of Violence/Stress At Work and the Benefits of a Violence/Stress-Free Working Environment. Report commissioned by the International Labour Organization, University of Manchester.
- Holt, R.R. (1982). Occupational stress. W: L. Goldberger i S. Breznitz (red.) *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press
- Hooftman, W.E, van Poppel, M.N.N., van der Beek, A.J, Bongers, P.M., i van Mechelen, W. (2004). *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 30, 261-278.
- Hu, Q., & Schaufeli, W. (2010). Impact of past and future job insecurity on Chinese family business workers' mental health. Paper presented at the 4th International Conference on Psychosocial Factors at Work: The Changing World of Work. 14-17 June 2010, Amsterdam. ICOH Scientific Committee 'Work Organisation & Psychosocial Factors'.
- House, JS, i Wells, JA. (1978). Occupational stress, social support and health. W: A. McLean, G. Black, & M. Colligan (red.), *Reducing Occupational Stress: Proceedings of a conference*. DWEH (NIOSH) Publication no: 78-140, 8-29.
- HSE (2013), Annual Statistics for Great Britain 2012/2013, www.hse.gov.uk
- Hugo, G., Luszcz, M., Carson, M., Hinliff, J, Edwards, P., Barton, C. i King, P. (2009). State of Ageing in South Australia: A summary of a report to the South Australian office for the ageing. Adelaide: Department for Families and Communities Government of South Australia.
- Hurrell, J.J. i Murphy, L.R. (1996). Occupational stress interventions. *American Journal of Industrial Medicine*, 29, 338-341.
- Iavicoli, S, Deitinger, P., Grandi, C., Lupoli, M., Pera, A. i Rondinone, B. (2004). Fact-finding survey on the perception of work-related stress in EU candidate countries. W: S Iavicoli, P. Deitinger, C. Grandi, M. Lupoli, A. Pera i M. Petyx (red.), *Stress at Work in Enlarging Europe*. Rome: ISPESL.

Ibrahim, S.A., Scott, F.E., Cole, D.C., Shannon, H.S. & Eyles, J. (2001). Job strain and self reported health among working women and men: An analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. *Women Health, 33*(1-2), 105-124

Ibrahim, S., Smith, P., & Muntaner, C. (2009). A multi-group cross-lagged analyses of work stressors and health using Canadian National sample. *Social Science & Medicine, 68*(1), 49-59

Ilmarinen, J. (1999). *Ageing worker in the European Union: Status and promotion of work ability, employability and employment*. Finnish Institute of Occupational Health: Helsinki, Finland.

Ilmarinen, J. (2006). The ageing workforce - challenges for occupational health. *Occupational Medicine, 56*(6), 361-364.

ILO (1986). *Psychosocial factors at work: Recognition and control* (Vol. 56). Geneva International Labour Office

ILO (2000). *Mental health in the workplace*. Geneva: International Labour Organization.

ILO (2004). *Global strategy on occupational safety and health*. Geneva: International Labour Organization.

Ingersoll, G.L., Cook, J.A., Fogel, S., Applegate, M. & Frank, B. (1999). The effect of patient focused redesign on midlevel nurse managers' role responsibilities and work environment. *Journal of Nursing Administration, 29*(5), 21-27.

Inoue, A., Kawakami, N., Haratani, T., Kobayashi, F., Ishizaki, M., Hayashi, T., Fujita, O., Aizawa, Y., Miyazaki, S., Hiro, H., Masumoto, T., Hashimoto, S. & Araki, S. (2010). Job stressors and long-term sick leave due to depressive disorders among Japanese male employees: Findings from the Japan Work Stress and Health Cohort Study. *Journal of Epidemiology & Community Health, 64*(3), 229-235.

Ivancevich, J.M. & Matteson, M.T. (1980). *Stress and Work*. Glenview, Illinois: Scott Foresman. Jackson, S.E. & Schuler, R.S. (1985). A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings. *Organizational Behavior & Human Decision Processes, 36*, 16-78.

Jamal, M. (1990). Relationship of job stress and type-a behavior to employees' job satisfaction, organizational commitment, psychosomatic health problems, and turnover motivation. *Human Relations, 43*, 727-738.

Jansen, N.W., Kant, I., Kristensen, T.S. & Nijhuis, F.J. (2003). Antecedents and consequences of work-family conflict: A prospective cohort study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine, 45*(5), 479-491.

Janus (1997). Psychological stress at work can threaten physical health. *Health & Safety at Work, 25*, 16.

Jensuu, M., Väänänen, A., Koskinen, A., Kivimäki, M., Virtanen, M., & Vahtera, J. (w druku). Psychosocial work environment and hospital admissions due to mental disorders: A 15-year prospective study of industrial employees. *Journal of Affective Disorders*.

Jhansson, G. & Aronsson, G. (1984). Stress reactions in computerized administrative work. *Journal of Occupational Behaviour, 5*, 159-181.

Jhanson, J.V. & Hall, E.M. (1996). Dialectic between conceptual and causal enquiry in psychosocial work-environment research. *Journal of Occupational Health Psychology, 1* (4), 362-374.

Jhanson, L.C. (1981). Biological rhythms, sleep and shift work. *Advances in Sleep Research* (Vol 7). New York: Spectrum.

Jhanson, J., Steward, W., Hall, E., Fredlund, P. & Theorell, T. (1996). Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. *American Journal of Public Health, 86*, 324-331.

Jones, J.R., Hodgson, J.T., Clegg, T.A. & Elliot R.C. (1998). *Self-reported Work-related Illness in 1995: Results from a household survey*. Sudbury: HSE Books.

- Jones, D.M. (1983). Noise. W: G.R.J Hockey (red.), *Stress and Fatigue in Human Performance*. Chichester: Wiley & Sons.
- Jones, D.M. (1999). The cognitive psychology of auditory distraction: The 1997 BPS Broadbent Lecture. *British Journal of Psychology*, 90 (2), 167-187.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009), Narzędzia pomiaru i radzenia sobie ze stresem, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa
- Juhan-Vague, I. i Alessi, M. (1993). Plasminogen activator inhibitor 1 and atherothrombosis. *Journal of Thrombosis & Haemostasis*, 70, 138-143.
- Kahn, R.L. (1973). Conflict, ambiguity and overload: three elements in job stress. *Occupational Mental Health*, 31, 2-9.
- Kahn, R.L., & Byosiere, S. (1990). Stress in organizations. W: M. Dunnette (red.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally.
- Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D. i Rosenthal, R.A. (1964). *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*. New York: Wiley & Sons.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A. i Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, 71, 694-705.
- Karasek, R.A., Gordon, G. i Pietroskovsky, C. (1985). Job content instrument: Questionnaire and user's guide. Los Angeles, CA/Lowell, MA: University of Southern California/University of Massachusetts.
- Karasek, R.A., Schwartz, J i Theorell, T. (1982). Job characteristics, occupation, and coronary heart disease. Cincinnati, OH: National Institute for Occupational Safety and Health.
- Karasek, R.A. i Theorell, T. (1990). *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Kasl, S.V. (1992). Surveillance of psychological disorders in the workplace. W: G.P. Keita i S.L. Sauter (red.), *Work and Well-Being: An Agenda for the 1990s*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kasl, S.V. (1996). The influence of the work environment on cardiovascular health: A historical, conceptual, and methodological perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 42-56.
- Kauppinen, K. i Kandolin, I. (1998). Gender and working in the European Union. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Kawakami, N. i Haratani, T. (1999). Epidemiology of job stress and health in Japan: Review of current evidence and future direction. *Industrial Health*, 37(2), 174-186.
- Kawakami, N., Araki, S., Takatsuka, N., Shimizu, H. i Ishibashi, H. (1999). Overtime, psychosocial working conditions, and occurrence of non-insulin dependent diabetes mellitus in Japanese men. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53(6), 359-63.
- Kegeles, S.M., Coates, T., Christopher, A. i Lazarus, J (1989). Perceptions of Aids: The continuing saga of Aids-related stigma. *Aids*, 3 (1), 253-258.
- Kelloway, E.K. i Barling, J (1991). Job characteristics, role stress and mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 64, 291-304.
- Kępiński A. (2004) Rytm Życia, wyd. siódme, Wydawnictwo Literackie Kraków
- Khuder, S.A., Peshimam, A.Z. i Agraharam, S. (2002). Environmental risk factors for rheumatoid arthritis. *Reviews on Environmental Health*, 17(4), 307-315.
- Kieselbach, T., Armgarth, E., Bagnara, S., Elo, A., Jefferys, S., Jöling, C., Kuhn, K., Nielsen, K., Popma, P., Rogovsky, N., Sahler, B., Thomson, G., Triomphe, C.E I Widerszal-Bazyl, M. (2009). *Health in Restructuring: Innovative Approaches and Policy Recommendations*. Mering: Rainer Hampp Verlag.
- King, P.M. (1995). The psychosocial work environment: Implications for workplace safety and health. *Professional Safety*, 40, 36-39.

- Kinnunen, U.I. Mauno, S. (1998), Antecedents and outcomes of work-family conflict among employed women and men in Finland. *Human Relations*, 51, 157-77.
- Kirkhorn, S., Greenlee, R.T. i Reeser, J.C. (2003). The epidemiology of agriculture-related osteoarthritis and its impact on occupational disability. *WMJ: State Medical Society of Wisconsin*, 102(7), 38—44.
- Kivimäki, M., Head, J, Ferrie, J.E., Shipley, M.J, Vahtera, J i Marmot, M.G. (2003). Sickness absence as a global measure of health: Evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *British Medical Journal*, 327(7411), 364-368.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J i Kirjonen, J (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: Prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 325(7369), 857.
- Kivimäki, M. i Vahtera, J (2008). Reducing sickness absence in occupational settings. *Occupational & Environmental Medicine*, 65, 219-220.
- Kivimäki, M., Vahtera, J, Elovainio, M., Virtanen, M. i Siegrist, J (2007). Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: Complementary or redundant models? *Occupational & Environmental Medicine*, 64 (10), 659-665.
- Kivimäki, M., Virtanen, M., Elovainio, M., Kouvonen, A., Väänänen, A. i Vahtera J (2006). Work stress in the aetiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 32(6), 431-442.
- Knutsson, A. (1989). Shiftwork and coronary heart disease. *Scandinavian Journal of Social Medicine, Supplement*, 44, 1-36.
- Knutsson, A., Akerstedt, T. i Jonsson, B. (1988). Prevalence of risk factors for coronary artery disease among day and shift workers. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 14, 317-321.
- Kogi, K. (1997). Ergonomics and technology transfer into small and medium-sized enterprises. *Ergonomics*, 40, 1118-1129.
- Kompier, M.A.J (2006). New systems of work organization and workers' health. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 32(6, special issue), 421-430.
- Kompier, M.A.J i Marcelissen, F.H.G. (1990). *Handbook of Work Stress: A Systematic Approach for Organizational Practice*. Amsterdam: NIA.
- Koningsveld, E.A.P., Zwinkels, W.S. Mossink, J.C.M., Thie, X.M. i Abspoel, M. (2003). Societal costs of working conditions (w jęz. holenderskim). The Hague: Ministry of Social Affairs and Employment (no 324).
- Kornitzer, M., deSmet, P., Sans, S., Dramaix, M., Boulenguez, C., DeBacker, G., Ferrario, M., Houtman, I., Isacsson, S-O., Ostergren, P-O., Peres, I., Pelfrene, E., Romon, M., Rosengren, A., Cesana, G. i Wilhelmsen, L. (2006). Job stress and major coronary events: Results from the job stress, absenteeism and coronary heart disease in Europe study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13(5), 695-704
- Koponen, H., Jkkelainen, J, Keinänen-Kiukaanniemi, S., Kumpusalo, E i Vanhala, M. (2008). Metabolic syndrome predisposes to depressive symptoms: A population-based 7-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 178-182.
- Kopp, M.S, Stauder, A., Purebl, G., Janszky, I. i Skrabski, A. Work stress and mental health in a changing society. *European Journal of Public Health*, 18(3), 238-244.
- Kortum, E (2007). Work-related stress and psychosocial risks: Trends in developing and newly industrialized countries. *The Global Occupational Health Network Newsletter, special issue (July)*, 3-6.
- Koukoulaki, T. (2004). Stress prevention in Europe: Trade union activities. W: S Iavicoli (red.), *Stress at Work in Enlarging Europe*. Rome: National Institute for Occupational Safety and Prevention (ISPESL).
- Kourinka, I., i Forcier, L. (1995). *Work Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs): A Reference Book for Prevention*. London: Taylor & Francis.

- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Cox, S.J., Cox, T. i Vahtera, J (2005). Relationship between work stress and body mass index among 45,810 female and male employees. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 577-583.
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Elovainio, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M. i Vahtera, J (2006). Effort-reward imbalance and sedentary lifestyle: An observational study in a large occupational cohort. *Occupational & Environmental Medicine*, 63(6), 422-427.
- Krause, N., Lynch, J., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., Goldberg, D.E i Salonen, J.T. (1997). Predictors of disability retirement. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 23, 403-413.
- Kristensen, T.S (1996). Job stress and cardiovascular disease: A theoretic critical review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(3), 246-260.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E i Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207
- Kristensen, T.S., Hannerz, H., Høgh, A. i Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 31(6), 438–449.
- Kristensen, T.S., Kronitzer, M. i Alfedsson, L., (1998). Social factors, work, stress and cardiovascular disease prevention. Brussels: European Heart Network.
- Kroes, W.H. (1976). *Society's Victim, the Policeman: An Analysis of Job Stress in Policing* Thomas, Springfield.
- Kryter, K.D. (1972). Non auditory effects of environmental noise. *American Journal of Public Health*, 62, 389-398.
- Kumar, S (2001). Theories of musculoskeletal injury causation. *Ergonomics*, 42, 14-47.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J i Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects - A systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 50(8), 904-915.
- Kuper, H. i Marmot, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within Whitehall II study. *Journal of Epidemiological & Community Health*, 57, 147-153.
- Kuper, H., Marmot, M. i Hemingway, H. (2002). Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Vascular Medicine*, 2, 267-314.
- Kuper, H., Singh-Manoux, A., Segrist, J i Marmot, M. (2002a). When reciprocity fails: Effort – Reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. *Occupational & Environmental Medicine*, 59 (11), 777-784.
- Kuper, H., Adami, H-O., Thorell, T. i Weiderpass, E (2006). Psychosocial determinants of coronary heart disease in middle-aged women: A prospective study in Sweden. *American Journal of Epidemiology*, 164, 349-357.
- Laaksonen, M., Martikainen, P., Rahkonen, O. i Lahelma, E (2008). Explanations for gender differences in sickness absence: Evidence from middle-aged municipal employees from Finland. *Occupational & Environmental Medicine*, 65, 325-330.
- Lallukka, T., Chandola, T., Roos, E., Cable, N., Sekine, M., Kagamimori, S., Tatsuse T., Marmot, M. i Lahelma, E (w druku). Work-family conflicts and health behaviors among British, Finnish, and Japanese employees. *International Journal of Behavioural Medicine*.
- LaMontagne, A.D., Keegel, T., Louie, A.M.L., Ostry, A. i Landsbergis, P.A. (2007). A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1995-2005. *International Journal of Occupational & Environmental Health*, 13, 268-280
- LaMontagne, A.D., Keegel, T., Vallance, D., Ostry, A. i Wolfe, R. (2008). Job strain — Attributable depression in a sample of working Australians: Assessing the contribution to health inequalities. *BMC Public Health*, 8, 181.
- Landstrom, U., Holmberg, K., Kjellberg, A., Soderberg, L., Tesarz, M. (1995). Exposure time and its influence on noise annoyance at work. *Journal of Low Frequency Noise & Vibration*, 14(4), 173-180.

- Landsbergis, P.A., Cahill, J i Schnall, P. (1999). The impact of lean production and related new systems of work organization on worker health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 108-130.
- Landsbergis, P.A., Schnall, P.L., Belkic, K.L., Baker, D., Schwartz, J i Pickering, T.G. (2001). Work stressors and cardiovascular disease. *Work*, 17, 191-208.
- Landy, F.J (1989). *The Psychology of Work Behaviour*. Monterey, California: Brooks/Cole
- Landy, F.J (1992). Work design and stress. W: G.P. Keita i S.L. Sauter (red.), *Work and Well-Being: An Agenda for the 1990s*. Washington DC: American Psychological Association
- Lazarus R., Folkman, S, (1984) *Stress, Appraisal and Coping*, Springer Publishing Company, New York
- Leather, P., Brady, C., Lawrence, C., Beale, D. i Cox, T. (red.) (1999). *Work-related Violence: Assessment and Intervention*. London: Routledge.
- Leather, P., Lawrence, C., Beale, D., Cox, T. i Dickson, R. (1998). Exposure to occupational violence and the buffering effects of intra-organizational support. *Work & Stress*, 12(2), 161- 178.
- Lehto, A.M. i Sutela, H. (1998). Finnish quality of worklife survey. Helsinki: Statistics Finland, 1998. Labour market, za: M. Nurminen i A. Karjalainen (2001). Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 27(3), 161-213.
- Leigh, J i Miller, T. (1998). Job-related diseases and occupations within a large workers' compensation data set. *American Journal of Industrial Medicine*, 33, 197-211.
- Leigh, J Markowitz, S Fahs, M. Shin, C. i Landrigan, P. (1997). Occupational injury and illness in the United States: Estimates of costs, morbidity, and mortality. *Archives of Internal Medicine*, 157, 1557-1568.
- Leiter, M.P. i Harvie, P.L. (1996). Burnout among mental health workers: A review and a research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 90-101.
- Leka, S. i Cox, T., (2008). *The European Framework for Psychosocial Risk Management*. Nottingham: I-WHO publications.
- Leka, S., Hassard, J, Jain, A., Makrinov, N., Cox, T., Kortum, E., Ertel, M., Hallsten, L., Iavicoli S, Lindstrom, K. i Zwetsloot, G. (2008). *Towards the development of a psychosocial risk management framework*. SALTSA report. Nottingham: I-WHO publications
- Leka, S., Griffiths, A. i Cox, T. (2003). *Work Organization and Stress*. Geneva: World Health Organization
- Leka S, Jain A. Orlak K. (tłum.) (2013) Zagrożenia psychospołeczne i ich wpływ na zdrowie, Warszawa, Stowarzyszenie Zdrowa Praca
- Levi, L. (1981). *Preventing Work Stress*. Reading, Mass: Addison-Wesley
- Levi, L. (1984). *Stress in industry: Causes, effects and prevention*. Occupational Safety and Health Series no. 51. Geneva: International Labour Organization.
- Levi, L. (2002). Spice of life or kiss of death. In *Working on Stress*, Magazine of the European Agency of Safety and Health at Work No.5. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Li, J i Jn, T.Y. (2007). Work stress and health - current research activities and implications in China. WHO Global Occupational Health Network (GOHNET) Newsletter, Special Issue, 25-28.
- Li, J, Yang, W. i Cho, S.I. (2006). Gender differences in job strain, effort-reward imbalance, and health functioning among Chinese physicians. *Social Science & Medicine*, 62 (5), 1066-1077.
- Lievense, A., Bierma-Zeinstra, S, Verhagen, A., Verhaar, J i Koes, B. (2001). Influence of work on the development of osteoarthritis of the hip: A systematic review. *Journal of Rheumatology*, 28(11), 2520—2528.
- Lin, JD., Lee, T.N., Yen, C.F., Loh, C.H., Hsu, S.W., Wu, J.L. i Chu, C.M. (2009). Job strain and determinants in staff working in institutions for people with intellectual disabilities in

Taiwan: A test of the Job Demand-Control-Support model. *Research in Developmental Disabilities*, 30(1), 146-57.

Lindstrom K., Elo A., Skogstad A., Dallner M., Gamberale F., Hottinen V., Knardahl S. I Orhede E (2000). User's Guide for the QPSNordic – General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.

Linn, M.W., Sandifer, R. i Stein, S. (1985). Effects of unemployment on mental and physical health. *American Journal of Public Health*, 75, 502-506.

Lloyd, C., King, R. i Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11(3), 255-265.

Lobban R.K., Husted, J i Farewell, V.T. (1998). A comparison of the effect of job demand, decision latitude, role and supervisory style on self-reported job satisfaction. *Work & Stress*, 12(4), 337-350.

Lu, J.L. (2008). Occupational hazards and illnesses of Filipino women workers in export processing zones. *International Journal of Occupational Safety & Ergonomics*, 14(3), 333-342.

Lu, L., Chen, Y.C. i Hsu, C.H. (1994). Occupational stress and its correlates. IOSH, Taipei.za: Lu, L., Tseng, H. I Cooper, C.L. (1999). Managerial stress, job satisfaction and health in Taiwan. *Stress Medicine*, 15, 53-64.

Lund, T., Labriola, M., Christensen, K.B., Bültmann, U. i Villadsen, E. (2006). Physical work environment risk factors for long term sickness absence: Prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. *British Medical Journal*, 332 (7539), 449-52.

Lundberg, U. i Forsman, L. (1979). Adrenal medullary and adrenal cortical responses to understimulation and over stimulation: Comparison between type A and type B persons. *Biological Psychology*, 9, 79-89.

Lynch, J., Krause, N., Kaplan, G.A., Salonen, R. i Salonen, J.T. (1997a). Workplace demands, economic reward, and progression of carotid atherosclerosis. *Circulation*, 96, 302–307.

Lynch, J., Krause, N., Kaplan, G.A., Tuomilehto, J i Salonen, J.T. (1997b). Workplace conditions, socioeconomic status, and the risk of mortality and acute myocardial infarction: The Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *American Journal of Public Health*, 87, 617–622.

MacDonald, L.A., Karasek, R.A., Punnett, L. i Scharf, T. (2001). Covariation between workplace physical and psychosocial stressors: Evidence and implications for occupational health research and prevention. *Ergonomics*, 44, 696-718.

Macleod, J, Smith, G.D., Heslop, P., Metcalfe, C., Carroll, D. i Hart, C. (2001). Are the effects of psychosocial exposures attributable to confounding? Evidence from a prospective observational study on psychological stress and mortality. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(12), 878-884.

Mann, S. i Holdsworth, L. (2003). The psychological impact of teleworking: Stress, emotions and health. *New Technology, Work & Employment*, 18(3), 196-211.

Marchand, A., Demers, A. i Durand, P. (2005). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science & Medicine*, 60, 1-14.

Margolis, B.L. I Kroes, W.H. (1974). Work and the health of man. W: J O'Toole (red.) *Work and the Quality of Life*. Cambridge, Mass: MIT Press

Margolis, B.L., Kroes, W.H. i Quinn, R.P. (1974). Job stress: an unlisted occupational hazard. *Journal of Occupational Medicine*, 16, 652-661.

Marmot, M. i Wilkinson, R.G. (red.) (2006). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.

Marmot, M., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E i Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *The Lancet*, 350, 235-239.

Marmot, M., Davey, S.G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E.J. i Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II Study. *The Lancet*, 337, 1387–1393.

Marmot, M., Feeney, A., Shipley, M., North, F. i Syme, S.L. (1995). Sickness absence as a measure of health status and functioning from the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 49, 124-130.

Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology & Health*, 16(5), 607-611.

Maslach, C. i Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99–113.

Maslach, C., Jackson, S.E. i Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (wyd. 3.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W.B. i Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Maurer, T. (2001). Career-relevant learning and development, worker age, and beliefs about self-efficacy for development. *Journal of Management*, 27, 123-140.

Mausner-Dorsch, H. i Eaton, W.E. (2000). Psychosocial work environment and depression: Epidemiologic assessment of the demand-control model. *American Journal of Public Health*, 90(11), 1765-2000.

Mayhew, C. (2003). Occupational violence: A neglected occupational safety and health issue? *Policy & Practice in Health & Safety*, 1(1), 31-58.

Mayhew, C. i Quinlan, M. (1999). The effects of outsourcing on occupational health and safety: A comparative study of factory-based workers and outworkers in the Australian clothing industry. *International Journal of Health Services*, 29 (1), 83-107.

McDonough, P. (2000). Job insecurity and health. *International Journal of Health Services*, 30, 453–476.

McDonough, P. i Amick, B.C. (2001). The social context of health selection: A longitudinal study of health and employment. *Social Science & Medicine*, 53, 135–145.

Meijman, T.F., Van Dormolen, M., Herber, R.F.M., Rongen, H. i Kuiper, S. (1995). Job stress, neuroendocrine activation, and immune status. W: S.L. Sauter i L.R. Murphy (red.), *Organizational Risk Factors for Job Stress*. Washington, DC: APA.

Melamed S., Yekutieli D., From P., Kristal-Boneh E. i Ribak, J. (1999). Adverse work and environmental conditions predict occupational injuries-The Israeli Cardiovascular Occupational Risk Factors Determination in Israel (CORDIS) study. *American Journal of Epidemiology*, 150(1), 18-26.

Melchior, M., Caspi, A., Milne, B.J, Danese, A., Poulton, R. i Moffitt, T.E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine*, 37(8), 1119–1129.

Messing, K. (1998). *One Eyed Science: Occupational Health and Women Workers*. Philadelphia: Temple University Press.

Michie, S. (2002). Causes and management of stress at work. *Occupational & Environmental Medicine*, 59, 67-72.

Middeldorp, C.M., Cath, D.C. i Boomsma, D.I. (2006). A twin-family study of the association between employment, burnout and anxious depression. *Journal of Affective Disorders*, 90, 163-169.

Mino, Y., Shigemi, J, Tsuda, T., Yasuda, N. i Bebbington, P. (1999). Perceived job stress and mental health in precision machine workers of Japan: A 2-year cohort study. *Occupational & Environmental Medicine*, 56, 41-45.

Molinie, A.F. (2003). Age and working conditions in the European Union. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Monden, C.W. (2005). Changing social variations in self-assessed health in times of transition? The Baltic States 1994-1999. *European Journal of Public Health*, 15(5), 498-503.

- Monk, T. H., & Teepas, D. (1985). *Shift Work*. W: C.L. Cooper i M.J Smith (red.), *Job Stress and Blue Collar Work*. Chichester: Wiley & Sons.
- Moorehead, A., Steele, M., Alexander, M., Kerry, S, i Duffin, L. (1997). *Changes at Work: The second Australian workplace industrial relations survey*. Melbourne: Longman.
- Mościcka-Teske A., Merecz D. (2014), Ocena ryzyka psychospołecznego w formach, Łódź-Gdańsk, NSZZ „Solidarność”
- Mościcka-Teske A., Potocka A. (2014), Skala Ryzyka Psychospołecznego. Budowa i zasady stosowania, Łódź-Gdańsk, NSZZ „Solidarność”
- Mullarkey, S., Jackson, P.R., Wall, T.D., Wilson, J.R. i Grey-Taylor, S.M. (1997). The impact of technology characteristics and job control on worker mental health. *Journal of Organizational Behaviour*, 18, 471–489.
- Muncer, S., Taylor, S., Green, D. i McManus, I. (2001). Nurses' representations of the perceived causes of work-related stress: A network drawing approach, *Work & Stress*, 15(1); 40-52.
- Murphy H (2013), Fit for purpose. Absence and workplace health survey, *CBI The voice of Business*, CBI, www.cbi.org.uk
- Murphy, L.R. i Sauter, S.L. (2004). Work organization interventions: Stage of knowledge and future directions. *Social & Preventive Medicine*, 49, 79-86.
- Murphy, G. i Athanasou, J (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 72, 83-99.
- Murray, C.J.L. i Lopez, A. (1996). *Global Health Statistics: A compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 2000 conditions*. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- Nabe-Nielsen, K., Tüchsen, F., Christensen, K.B., Garde, A.H. i Diderichsen, F. (2009). Differences between day and non day workers in exposure to physical and psychosocial work factors in the Danish eldercare sector. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 35(1), 48-55.
- Nabi, H., Singh-Manoux, A., Shipley, M., Gimeno, D., Marmot, M.G. i Kivimaki, M. (2008). Do psychological factors affect inflammation and incident coronary heart disease: The Whitehall II Study. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*, 28(7), 1398-1406.
- Neale, M.S., Singer, J., Schwartz, G.E i Schwartz, J (1983). *Conflicting perspectives on stress reduction in occupational settings: A systems approach to their resolution*. Report to NIOSH on P.O. No. 82-1058, Cincinnati, Ohio.
- Netterstrøm, B. (1999) Denmark: self-rule on route 166. An intervention study among bus drivers. W: M. Kompier i C. Cooper (red.) *Preventing Stress, Improving Productivity: European Case Studies in the Workplace*. London: Routledge.
- Netterstrøm, B., Kristensen, T.S. i Sjøel, A. (2006). Psychological job demands increase the risk of ischaemic heart disease: A 14-year cohort study of employed Danish men. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13(3), 414-420.
- Netterstrøm, B., Conrad, N., Bech, P., Fink, P., Olsen, O., Rugulies, R. i Stansfeld, S. (2008). The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiologic Reviews*, 30, 118-132.
- Ng, D.M. i Jeffery, R.W. (2003). Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health Psychology*, 22(6), 638-642.
- Niedhammer, I., Chastang, JF. i David, S. (2008a). Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey. *Occupational Medicine*, 58(1), 15-24.
- Niedhammer, I., Chastang, JF. i David, S. (2008b). The contribution of occupational factors to social inequalities in health: findings from the national French SUMER survey. *Social Science & Medicine*, 67(11), 1870-81.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I. i David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 24,197–205.

- Niedhammer, I., Tek, M-Y., Starke, D. i Siegrist, J (2004). Effort-reward imbalance model and self-reported health: Cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. *Social Science & Medicine*, 58, 1531-1541.
- Nielsen, M.L., Rugulies, R., Smith-Hansen, L., Christensen, K.B. i Kristensen, T.S. (2006). Psychosocial work environment and registered absence from work: Estimating the etiologic fraction. *American Journal of Industrial Medicine*, 49(3), 187-96.
- NIOSH (1999). Stress at work. Publication no. 99-101. Cincinnati: National Institute for Occupational Safety and Health
- NIOSH (2002). The changing organization of work and the safety and health of working people: Knowledge gaps and research directions. NIOSH (Vol. 2002-116): DHHS (NIOSH).
- Nishiyama, K. i Johnson, J.V. (1997). Karoshi - death from overwork: Occupational health consequences of Japanese production management. *International Journal of Health Services*, 27(4), 625-641.
- Norman, K., Floderus, B., Hagman, M., Toomingas, A. i Tornqvist, E.W. (2008). Musculoskeletal symptoms in relation to work exposures at call centre companies in Sweden. *Work*, 30(2), 201-214.
- North, F.M., Syme, S.L., Feeney, A., Shipley, M. i Marmot, M. (1996). Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: The Whitehall II study. *American Journal of Public Health*, 86(3), 332-340.
- Nurminen, M. i Karjalainen, A. (2001). Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 27(3), 161-213.
- Ogińska-Bulik N (2009), Stres zawodowy u policjantów. Źródła-Konsekwencje-Zapobieganie, Łódź, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomiczno-Humanistycznej w Łodzi
- Ogińska-Bulik N., Kaflik-Pierów M. (2006), Stres zawodowy w służbach ratowniczych, Łódź, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomiczno-Humanistycznej w Łodzi
- O'Neill, D.H. (2000). Ergonomics in industrially developing countries: Does its application differ from that in industrially advanced countries? *Applied Ergonomics*, 31, 631-640.
- Orlak K. (2010) Nadużywanie alkoholu- dezadaptacyjna reakcja na stres zawodowy?, *Polskie Forum Psychologiczne*, 15 (2), s. 193-211
- Ortega, A., Høgh, A., Pejtersen, J.H., Feveile, H. i Olsen, O. (2009). Prevalence of workplace bullying and risk groups: A representative population study. *International Archives of Occupational & Environmental Health*, 82(3), 417-426.
- Östergen, P-O., Hanson, B.S., Balogh, I., Ektor-Andersen, J, Isacsson, A., Örbaek, P., Winkel, J i Isacsson, S-O. (2005). Incidence of shoulder and neck pain in a working population: Effect modification between mechanical and psychosocial exposures at work? Results from a one year follow up of the Malmö shoulder and neck cohort. *Journal of Epidemiological & Community Health*, 59, 721-728.
- Östlin, P., Eckermann, E, Mishra, U.S, Nkowane, M. i Wallstam, E. (2006). Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promotion International*, 21, 21-35.
- Ostry, A.S, Kelly, S, Demers, P.A., Mustard, C. i Hertzman, C. (2003). A comparison between the effort-reward imbalance and demand control models. *BMC Public Health*, 27, 3-10.
- Oxenstierna, G., Ferrie, J, Hyde, M., Westerlund, H. i Theorell, T. (2005). Dual source support and control at work in relation to poor health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(6), 455-463.
- Parent-Thirion, A., Macías, E, Hurley, J, Vermeylen, Greet G. (2007). Fourth European Working Conditions Survey. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Park, S.G., Min, K.B., Chang, S.J, Kim, H.C. i Min, J.Y. (2009). Job stress and depressive symptoms among Korean employees: The effects of culture on work. *International Archives of Occupational & Environmental Health*, 82(3), 397-405

- Parkes, K. i Sparkes, T. (1998). Organizational interventions to reduce work stress: Are they effective? A review of the literature. Sudbury: HSE books.
- Patten, S.B., Wang, J.L., Williams, J.V., Lavorato, D.H., Bulloch, A. i Eliasziw, M. (2009). Prospective evaluation of the effect of major depression on working status in a population sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 841-855.
- Pearse, R. (1977). *What Managers Think About Their Managerial Careers*. New York: AMACOM.
- Pejtersen JH. i Kristensen, T.S. (2009). The development of the psychosocial work environment in Denmark from 1997 to 2005. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 35(4), 284-93.
- Pejtersen, J., Allermann, L., Kristensen, T.S. i Poulsen, O.M. (2006). Indoor climate, psychosocial work environment and symptoms in open-plan offices. *Indoor Air*, 16(5), 392-401.
- Peter, R. i Siegrist, J. (2000). Psychosocial work environment and the risk of coronary heart disease. *International Archives of Occupational & Environmental Health*, 73, 41-45.
- Peter, R., Alfredsson, L., Knutsson, A., Siegrist, J. i Westerholm, P. (1999). Does a stressful psychosocial work environment mediate the effects of shift work on cardiovascular risk factors? *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 25, 376-381.
- Peter, R., Siegrist, J., Hallqvist, J., Reuterwall, C., i Theorell, T. (2002). Psychosocial work environment and myocardial infarction: Improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(4), 294-300.
- Peterson, C. (1999). *Stress at Work: A Sociological Perspective*. Amityville: Baywood
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M. i Nygren, A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 84-95.
- Pietrzak Ł. (2007) *Analiza wypadków przy pracy dla potrzeb prewencji*, GIP, Warszawa
- Pikhart, H., Bobak, M., Siegrist, J., Pajak, A., Rywik, S., Kyshegyi, J., Gostautas, A., Skodova, Z. i Marmot, M. (2001). Psychosocial work characteristics and self rated health in four postcommunist countries. *Epidemiology & Community Health*, 55(9), 624-630.
- Pilkington, A. Mulholland, R. Cowie, H. Graham, M. i Hutchinson, P. (2001). Baseline measures for the evaluation of the work-related stress campaign. Health & Safety Executive research report no. CRR 322. Sudbury: HSE Books.
- Pines, A.M. i Aronson, E. (1988). *Career Burnout Causes and Cures*. New York: Free Press.
- PKN (2011) Polska norma PN-N-18002:2011. System zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy. Ogólne wytyczne do oceny ryzyka zawodowego, Warszawa
- Płopa M., Makarowski R. (2010), Kwestionariusz Poczucia stresu, Warszawa, Vizja Press&IT
- Pollard T.M. (1997). Physiological consequences of everyday psychosocial stress *Collegium Antropologicum*, 21(1), 17-28.
- Potocka A. (2010) Narzędzia kwestionariuszowe stosowane w diagnozie psychospołecznych zagrożeń zawodowych – przegląd metod. *Medycyna Pracy* 63(2):s. 237-250
- Porter, L.W. (1990). Commitment patterns in industrial organizations. Praca zaprezentowana na zjeździe Towarzystwa Psychologii Przemysłu i Organizacji (the Society for Industrial and Organizational Psychology), Miami Beach, Florida (kwiecień, 1990).
- Price, R.H. i Hooijberg, R. (1992). Organizational exit pressures and role stress: Impact on mental health. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 641-651.
- Prüss-Üstün, A. i Corvalán, C. (2006). Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease. Geneva: World Health Organization.
- Pyżalski J, Plichta P. (2007), *Kwestionariusz obciążeń zawodowych pedagoga (KOZP)*. *Podręcznik*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź

- Quick, J.D., Quick, J.C. i Horn, R.S. (1986). Health consequences of stress. *Journal of Organizational Behavior Management*, 8, 19–36.
- Quinlan, M. (2004). Workers' compensation and the challenges posed by changing patterns of work. *Policy & Practice in Safety & Health*, 2(1), 25-52.
- Quinlan, M., Mayhew, C. i Bohle, P. (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: A review of recent research. *International Journal of Health Services*, 31(2), 335-414.
- Radi, S., Ostry, A. i LaMontagne, A.D. (2007). Job stress and other working conditions: Relationships with smoking behaviors in a representative sample of working Australians. *American Journal of Industrial Medicine*, 50(8), 584-596.
- Raikkonen, K., Lassila, R., Keltikangas-Järvinen, L. i Hautanen, A. (1996). Association of chronic stress with plasminogen activator inhibitor-1 in healthy middle-aged men. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*, 363-367.
- Räikkönen, K., Matthews, K.A., & Kuller, L.H. (2007). Depressive symptoms and stressful life events predict metabolic syndrome among middle-aged women: A comparison of World Health Organization, Adult Treatment Panel III, and International Diabetes Foundation definitions. *Diabetes Care*, 30(4), 872-877.
- Ramirez, A.J., Graham, J., Richards, M.A., Cull, A. i Gregory, W.M. (1996). Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347, 724-728.
- Randall, R., Griffiths, A., Cox, T. i Welsh, C. (2002). The activation of mechanisms linking judgments of work design and management with musculoskeletal pain. *Ergonomics*, 45, 13-31.
- Raphael, B. (1991). Psychiatric aspects of preventative intervention with victims of violence. W: D. Chappell, P. Grabosky i H. Strang (Eds.), *Australian Violence: Contemporary Perspectives*. Canberra: Australian Institute of Criminology.
- Rhoades, L. i Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698-714.
- Richman, J., Rospenda, K., Nawyn, S., Flatherty, J., Fendrich, M., Drum, M. i Johnson, T. (1999). Sexual harassment and generalised workplace abuse among university employees: Prevalence and mental health correlates. *American Journal of Public Health*, 89, 358-363.
- Rick, J., Briner, R., Daniels, K., Perryman, S. i Guppy, A. (2001). A critical review of psychosocial hazard measures. Health & Safety Executive research report no. CRR 356 Sudbury: HSE Books.
- Rippon, T. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 452-460.
- Robertson, I.T. i Cooper, C.L. (1983). *Human Behaviour in Organizations*. London: MacDonald and Evans Ltd.
- Rodrigueza, E., Frongillo, E.A. i Chandrac, P. (2001). Do social programmes contribute to mental well-being? The long-term impact of unemployment on depression in the United States *International Journal of Epidemiology*, 30, 163-170.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Siwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W.A., Blackett, K.N., Sittiamorn, C., Sato, H. i Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet*, 364, 953–962.
- Rossignol, M., Leclerc, A., Hilliquin, P., Allaert, F.A., Rozenberg, S., Valat, J.P., Avouac, B., Coste, P., Savarieau, B. i Fautrel, B. (2003). Primary osteoarthritis and occupations: A national cross sectional survey of 10 412 symptomatic patients. *Occupational & Environmental Medicine*, 60(11), 882-886.
- Rugulies, R. i Krause, N. (2005). Job strain, iso-strain, and the incidence of low back and neck injuries. A 7.5-year prospective study of San Francisco transit operators. *Social Science & Medicine*, 61(1), 27-39.

Rugulies, R. i Krause, N. (2008). Effort-reward imbalance and incidence of low back and neck injuries in San Francisco transit operators. *Occupational & Environmental Medicine*, 65 (8), 525-533

Rugulies, R., Norborg, M., Sørensen, T.S., Knudsen, L.E i Burr, H. (2009). Effort-reward imbalance at work and risk of sleep disturbances: Cross-sectional and prospective results from the Danish Work Environment Cohort Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(1), 75-83.

Rugulies, R., Aust, B., Burr, H. i Bültmann, U. (2008). Job insecurity, chances on the labour market and decline in self-rated health in a representative sample of the Danish workforce, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(3), 245-50.

Rugulies, R., Bültmann, U., Aust, B. i Burr, H. (2006). Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: Prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 163(10), 877-87

Russek, H.I. i Zohman, B.L. (1958). Relative significance of heredity, diet and occupational stress in CHD of young adults. *American Journal of Medical Sciences*, 235, 266-275.

Rutenfranz, J, Haider, M. i Koller, M. (1985) Occupational health measures for night workers and shift workers. W: S. Folkard i T. H. Monk (red.), *Hours of Work: Temporal Factors in Work Scheduling*. Chichester: Wiley & Sons.

Rutenfranz, J, Colquhoun, W.P., Knauth, P. i Ghata, JN. (1977). Biomedical and psychosocial aspects of shift work: A review. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 3, 165-182.

Rydstedt, L.W., Jhansson, G. i Evans, G.W. (1998). A longitudinal study of workload, health and well-being among male and female urban bus drivers. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 71, 35-45.

Saito, I., Iso, H., Kokubo, Y., Inoue, M. i Tsugane, S. (2009). Metabolic syndrome and all-cause and cardiovascular disease mortality: Japan Public Health Center-based Prospective (JPHC) Study. *Circulation Journal*, 73(5), 878-884.

Salavecz, G., Chandola, T., Pikhart, H., Dragano, N., Segrist, J., Jöckel, K.H., Erbel, R., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., Marmot, M., Bobak, M. i Kopp, M. (2010). Work stress and health in Western European and post-communist countries: An East-West comparison study, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(1), 57-62.

Sauter, S.L. i Murphy, L.R. (1995). *Organizational Risk Factors for Job Stress*. Washington, DC: APA.

Sauter, S.L., Hurrell, J.J. i Cooper, C.L. (1989). *Job Control & Worker Health*. Chichester, Wiley & sons.

Sauter, S.L., Murphy, L.R. i Hurrell, J.J. (1992). Prevention of work related psychological disorders: A national strategy proposed by the National Institute for Occupational Safety and Health. W: G.P. Keita i S.L. Sauter (red.), *Work and Well-Being: An Agenda for the 1990s*. Washington, DC: APA.

Sauter, S.L., Hurrell, J.J., J., Murphy, L.R. i Levi, L. (1998). Psychosocial and organizational factors. W: J.M. Stellman (red.) *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety (wyd. 4)*, 34.2-34.6. Geneva: International Labour Organization.

Sauter, S.L., Brightwell, W.S., Colligan, M.J., Hurrell, J.J., Katz, T.M., LeGrande, D. E., Lessin, N., Lippin, R.A., Lipscomb, J.A. i Murphy, L.R. (2002). The changing organization of work and the safety and health of working people: Knowledge gaps and research directions. NIOSH (Vol. 2002-116): DHHS (NIOSH).

Schaufeli, W.B., i Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor and Francis.

Schaufeli, W.B. i Greenglass, E.R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health*, 16, 501-510.

- Schaufeli, W.B. i Taris, T.W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19(3), 256-262.
- Schnall, P., Landsbergis, P. i Baker, D. (1994). Job strain and CVD. *Annual Review of Public Health*, 15, 381–411.
- Schnall, P., Schwartz, J., Landsbergis, P., Warren, K. i Pickering, T., (1998). A longitudinal study of job strain and ambulatory blood pressure: Results from a 3-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 60, 697-706.
- Schnall, P. L., Belkic, K., Landsbergis, P. i Baker, D. (red.). (2000). The workplace and cardiovascular disease. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 15(1), 1–319.
- Schneider, K., Swan, S. i Fitzgerald, L. (1997). Job-related and psychological effects of sexual harassment in the workplace: Empirical evidence from two organisations. *Journal of Applied Psychology*, 82, 401-414.
- Schriber, J.B. i Gutek, B.A. (1987). Some time dimensions of work: Measurement of an underlying aspect of organizational culture. *Journal of Applied Psychology*, 7, 624-650
- Schrijvers, C., van de Mheen, D., Stronks, K. i Mackenbach, J (1998). Socioeconomic inequalities in health in the working population: The contribution of working conditions. *International Journal of Epidemiology*, 27, 1011–1018.
- Schultz, A.B. i Edington, D.W. (2007). Employee health and presenteeism: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(3), 547-579.
- Scutella, R. i Wooden, M. (2008). The effects of household joblessness on mental health. *Social Science & Medicine*, 67(1), 88-100.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Boston: Butterworths.
- Shields, M.A. i Price, S.W. (2003). The labour market outcomes and psychological well-being of ethnic minority migrants in Britain. UK, Home Office. Retrieved November 3rd, 2003 from National Coalition of Anti-Deportation Campaigns.
- Shields, M. (2006). Stress and depression in the employed population. *Health Reports*, 17(4), 11-29.
- Shields, M. (1999). Long working hours and health. *Health Reports*, 11(2), 33-48.
- Shields, M. (2002). Shift work and health. *Health Reports*, 13(4), 11-33.
- Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 263-270.
- Segrist, J (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27–41.
- Segrist, J (2009). Job control and reward: Effects on well being. W: S. Cartwright i C.L. Cooper (red.), *The Oxford Handbook of Organizational Well-being*. Oxford: Oxford University Press.
- Segrist J, Montano D. (2013) *ERI Questionnaires. Users Guide*. http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/Questionnaires/Users-Guide/Users-Guide.pdf (data pobrania: 2.10.2014)
- Segrist, J, Peter, R., Georg, W., Cremer, P. i Seidel, D. (1991). Psychosocial and biobehavioral characteristics of hypertensive men with elevated atherogenic lipids. *Atherosclerosis*, 86, 211–218.
- Segrist, J, Peter, R., Junge, A., Cremer, P. i Seidel, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue-collar men. *Social Science & Medicine*, 31(10), 1127-1134.
- Segrist, J, Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. i Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1483-99.
- Segrist, J i Rödel, A. (2006). Work stress and health risk behaviour. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 32 (6), 473-481.
- Sm, J, Lacey, R. J i Lewis, M. (2006). The impact of workplace risk factors on the occurrence of neck and upper limb pain: A general population study. *BMC Public Health online access*.

Smmons, L.A. i Swanberg, JE (2009). Psychosocial work environment and depressive symptoms among US workers: Comparing working poor and working non-poor. *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology*, 44(8), 628-635.

Smith, M.J, Hurrell, JJ i Murphy, R.K. (1981). Stress and health effects in paced and unpaced work. W: G. Salvendy & M.J Smith (red.), *Pacing and Occupational Stress*. London: Taylor and Francis.

Smith, A. (1991). A review of the non auditory effects of noise on health. *Work & Stress*, 5, 49-62.

Smith, M.J (1985). Machine-paced work and stress. W: C.L. Cooper i M.J Smith (red.), *Job Stress and Blue Collar Work*. Chichester: Wiley & sons.

Smith, A., Jhal, S., Wadsworth, E, Smith, G. i Peters, T. (2000). The scale of occupational stress: The Bristol stress and health at work study. Health & Safety Executive research report no. CRR 265. Sudbury: HSE Books.

Sobeih, T., Salem, S, Genaidy, A., Daraiseh, N. i Shell, R. (2006). Psychosocial factors and musculoskeletal disorders in the construction industry: A systematic review. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 7(3), 329-344.

Sparks, K., Cooper, C., Fried, Y. i Shirom, A. (1997). The effects of hours of work on health: A meta-analytic review. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 70, 391-408.

Sparks, K., Faragher, B. i Cooper, C.L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 74, 489-509.

Spielberger, C. i Vagg, R (1991). Professional manual for the job stress survey. Tampa, Fl: Center for Research in Behavioural Medicine & Health Psychology, University of Southern Florida.

Spurgeon, A. i Harrington, JM. (1989). Work performance and health of junior hospital doctors - a review of the literature. *Work & Stress*, 3, 117-128.

Spurgeon, A., Harrington, JM. i Cooper, C.L. (1997). Health and safety problems associated with long working hours: A review of the current position. *Occupational & Environmental Medicine*, 54(6), 367-375.

Stainbrook, G.L. i Green, L.W. (1983). Role of psychosocial stress in cardiovascular disease. *Houston Heart Bulletin*, 3, 1-8.

Standing, H. i Nicolini, D. (1997). Review of work-related violence. Health & Safety Executive Contract Research Report 143/1997. Sudbury: HSE Books

Stansfeld, S. i Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health - a metaanalytic review. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 32, (6), 443-462.

Stansfeld, S., Head, J i Marmot, M. (2000). Work related factors and ill health: The Whitehall II study. Health & Safety Executive research report no. CRR 266. Sudbury: HSE Books.

Stansfeld, S.A., Bosma, H., Hemingway, H. i Marmot, M.G. (1998). Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: The Whitehall II study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 247-255.

Stansfeld, S.A., Fuhrer, R., Shipley, M.J i Marmot, M. G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: Prospective results from the Whitehall II study. *Occupational & Environmental Medicine*, 56, 302-307.

Stansfeld, S.A., North, F.M., White, I. i Marmot, M.G. (1995). Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 49, 48-53.

Stansfeld, S.A., Rael, E.G., Head, J, Shipley, M. i Marmot, M. (1997). Social support and psychiatric sickness absence: A prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine*, 27(1), 35-48.

Stewart, R. (1976). *Contrasts in Management*. New York: McGraw-Hill.

- Strike P.C. i Steptoe, A. (2004). Psychosocial factors in the development of coronary artery disease. *Progress in Cardiovascular Disease*, 46(4), 337-347.
- Sullivan, T., Kerr, M. i Ibrahim, S (1998). Workplace stress: Taking it to heart. *Occupational Health & Safety Canada*, 14(6), 24-25.
- Sundin, L., Bildt, C., Lisspers, J, Hochwalder, J i Setterlind, S. (2006). Organisational factors, individual characteristics and social support: What determines the level of social support? *Work*, 27(1), 45-55
- Sutherland, V.J i Cooper, C.L. (2000). *Strategic Stress Management: An Organizational Approach*. New York: Palgrave.
- Suzuki, S, Ohida, T., Kaneita, Y., Yokoyama, E, Miyake, T., Harano, S, Yagi, Y., Ibuka, E, Kaneko, A., Tsutsumi, T. i Uchiyama, M. (2004). Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. *Journal of Occupational Health*, 46, 448-454.
- Sverke, M., Hellgren, J i Naswall, K. (2002). No security: A meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(3), 242-264.
- Syme, S.L. (1997). Community participation, empowerment, and health: Development of a wellness guide for California. Wellness Lecture Series, California Wellness Foundation & University of California.
- Szabo, S, Maull, E.A., & Pirie, J (1983). Occupational stress: Understanding, recognition and prevention. *Experientia*, 39, 1057-1180.
- Sznelwar, L., Mascia, F., Zilbovicius, M. i Arbix, G. (1999). Ergonomics and work organization: The relationship between Tayloristic design and workers' health in banks and credit cards companies. *International Journal of Occupational & Safety Ergonomics*, 5 (2), 291-301.
- Tabanelli, M.C., Depolo, M., Cooke, R.M.T., Sarchielli, G., Bonfiglioli, R., Mattioli, S. I Violante, F.S. (2008). Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. *Journal International Archives of Occupational & Environmental Health*, 82(1), 1-12.
- Tenkanen, L., Sjoblom, T., Kalimo, R., Alikoski, T. i Harma, M., (1997). Shift work, occupation and coronary heart disease over 6 years of follow-up in the Helsinki heart study. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 23, 257-265.
- Tennant, C. (2000). Work stress and coronary heart disease. *Journal of Cardiovascular Risk*, 7(4), 273-276.
- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 697-704.
- Terry, D.J, i Jmmieson, N.L (1999). Work control and employee well-being: A decade review. W: C.L. Cooper i I. Robertson (red.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology (Vol. 14)*. Chichester: American Ethnological Press
- Theorell, T. (1998). Measuring psychosocial factors in working life. Working Life Research and Development News, Newsletter no 5. Stockholm: National Institute for Working Life.
- Theorell, T. i Hasselhorn, H.M. (2005). On cross-sectional questionnaire studies of relationships between psychosocial conditions at work and health—are they reliable? *International Archives of Occupational & Environmental Health*, 78, 517-522.
- Theorell, T., Oxenstierna, G., Westerlund, H., Ferrie, J, Hagberg, J i Alfredsson, L. (2003). Downsizing of staff is associated with lowered medically certified sick leave in female employees. *Occupational & Environmental Medicine*, 60(9), E9 (document elektroniczny)
- Theorell, T., Tsutsumi, A., Hallquist, J, Reuterwall, C., Hogstedt, C., Fredlund, P. Emlund, N., Johnson, J i the SHEEP study group (1998). Decision latitude, job strain, and myocardial infarction: A study of working men in Stockholm. *American Journal of Public Health*, 88(3),382-388.

Thomas, C., Hertzman, C., & Power, C. (2009). Night work, long working hours, psychosocial work stress and cortisol secretion in mid-life: Evidence from a British birth cohort. *Occupational & Environmental Medicine*, 66(12), 824-31.

Townsend, P., & Davidson, N. (1982). *Inequalities in Health: The Black Report*. Middlesex Penguin.

Tsutsumi, A., & Kawakami, N. (2004). A review of empirical studies on the model of effort–reward imbalance at work: Reducing occupational stress by implementing a new theory. *Social Science & Medicine*, 59(11), 2335-2359.

Tsutsumi, A., Kayaba, K., Yoshimura, M., Sawada, M., Ishikawa, S., Sakai, K., Gotoh, T., Nago, N. i the Jichi Medical School Cohort Study Group (2003). Association between job characteristics and health behaviours in Japanese rural workers. *International Journal of Behavioural Medicine*, 10(2), 125–142.

Umehara, K., Ohya, Y., Kawakami, N., Tsutsumi, A. i Fujimura, M. (2007). Association of work-related factors with psychosocial job stressors and psychosomatic symptoms among Japanese paediatricians. *Journal of Occupational Health*, 49(6), 467-81.

Vahtera, J, Kivimäki, M. i Pentti, J (1997). Effect of organisational downsizing on health of employees. *The Lancet*, 350, 1124–1128.

Vahtera, J, Pentti, J, & Kivimäki, M. (2004). Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(4), 321–326.

van den Berg, T.I.J, Elders, L.A.M., de Zwart, B.C.H. i Burdorf, A. (2009). The effects of work related and individual factors on the Work Ability Index: A systematic review. *Occupational & Environmental Medicine*, 66, 211-220.

van der Doef, M. P. i Maes, S. (1999). The job demand control (-support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13, 87–114.

van der Hulst, M. (2003). Long work-hours and health. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 29(3), 171-188.

van Vegchel, N., de Jonge, J, Bosma, H. i Schaufeli, W. B. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*, 60(5), 1117-1131.

van Waarden, F., den Hertog, J, Vinke, H. i Wilthagen, T. (1997). Prospects for safe and sound jobs: The impact of future trends on costs and benefits of occupational health and safety. Dutch Ministry of Social Affairs and Employment and The Netherlands School for Social and Economic Policy Research.

Vecchio, R.P. (1995). It's not easy being green: Jealousy and envy in the workplace. *Research in Personnel & Human Resources Management*, 13, 201–244.

Vermeulen, M. i Mustard, C. (2000). Gender differences in job strain, social support at work, and psychological distress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(4), 428-440.

Virtanen, M., Ferrie, J.E, Gimeno, D., Vahtera, J, Elovainio, M., Singh-Manoux, A., Marmot M.G. i Kivimäki, M. (2009). Long working hours and sleep disturbances: The Whitehall II prospective cohort study. *Sleep*, 32(6), 737-45.

Virtanen, M., Kivimäki, M., Jousuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M. i Vahtera, J (2005). Temporary employment and health: A review. *International Journal of Epidemiology*, 34, 610-622.

Virtanen, M., Vahtera, J, Pentti, J, Honkonen, T., Elovainio, M. i Kivimäki, M. (2007). Job strain and psychologic distress influence on sickness absence among Finnish employees. *American Journal of Preventative Medicine*, 33(3), 182-187.

Virtanen, P., Vahtera, J, Kivimäki, M., Pentti, J i Ferrie, J (2002). Employment security and health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56, 569-574.

Visser, M.R.M., Smets, E.M.A, Oort, F.Ji de Haes, C.J.M. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168(3), 271-275.

- Viswesvaran C., Sanchez, J.I. i Fisher, J (1999). The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behaviour*, 54(2), 314-334.
- Wallhagen, M.I., Strawbridge, W.J., Cohen, R.D. i Kaplan G.A. (1997). An increasing prevalence of hearing impairment and associated risk factors over three decades of the Alameda County Study. *American Journal of Public Health*, 87(3), 440- 442.
- Wang, J (2005). Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychological Medicine*, 35, 865-871.
- Wang, J, Lesage, A., Schmitz, N. i Drapeau, A. (2008). The relationship between work stress and mental disorders in men and women: Findings from a population-based study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(1), 42-47.
- Wang, J, Schmitz, N., Dewa, C. i Stansfeld, S (2009). Changes in perceived job strain and the risk of major depression: results from a population-based longitudinal study. *American Journal of Epidemiology*, 169(9), 1085-1091.
- Wardell, W.I., Hyman, M. i Bahnson, C.B. (1964). Stress and coronary heart disease in three field studies. *Journal of Chronic Diseases*, 17, 73-84.
- Warr, P.B. (1992). Job features and excessive stress. W: R. Jenkins i N. Coney (red.), *Prevention of Mental Ill Health at Work*. London: HMSO.
- Warren, N. (2001). Work stress and musculoskeletal disorder etiology: The relative roles of psychosocial and physical risk factors. *Work*, 17, 221-234.
- Waszkowska M., Potocka A., Wojtaszczyk P. (2010) *Miejsce pracy na miarę oczekiwań. Poradnik dla pracowników socjalnych*. IMP Łódź
- Waters, T.R., Dick, R.B., Davis-Barkley, J i Krieg, E.F. (2007). A cross-sectional study of risk factors for musculoskeletal symptoms in the workplace using data from the General Social Survey (GSS). *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 49(2), 172-184.
- Weber, A. i Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: A disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50, 512-517.
- Wemme, K.M. i Rosvall, M. (2005). Work related and non-work related stress in relation to low leisure time physical activity in a Swedish population. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(5), 377-379.
- Westerlund, H., Theorell, T. i Alfredsson, L. (2004). Organizational instability and cardiovascular risk factors in white-collar employees: An analysis of correlates of structural instability of workplace organization on risk factors for coronary heart disease in a sample of 3,904 white collar employees in the Stockholm region. *European Journal of Public Health*, 14(1), 37-42.
- WHO (2002). World Health Report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization
- WHO (2003). Authored by S. Leka, A. Griffiths, & T. Cox, Work Organization and Stress. Protecting Workers' Health Series, No. 3. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2005). Mental health: Facing the challenges, building solutions. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO (2007a). Authored by I. Houtman, A., K. Jøttinghoff, & L. Cedillo, Raising awareness of stress at work in developing countries: A modern hazard in a traditional working environment: advice to employers and worker representatives. Protecting Workers' Health Series, No. 6. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2007b). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD 10). Geneva: World Health Organization.
- Widerszal-Bazył, M (2003), Stres w pracy a zdrowie czyli o próbach weryfikacji modelu Roberta Karaska oraz modelu wymagania-kontrola-wsparcie, Warszawa, CIOP-PIB
- Wieclaw, J, Agerbo, E, Mortenese, P.B., Burr, H., Tuchsén, F. i Bonde, J.P. (2008). Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. *BMC Public Health online access*.
- Wilkins, K. i Beaudet, M.P. (1998). Work stress and health. *Health Reports*, 10(3), 47-62.

Yang, H., Schnall, P.L., Jauregui, M., Su, T.C. i Baker, D. (2006). Work hours and self-reported hypertension among working people in California. *Hypertension*, 48 (4), 744-750.

Yeh, W-Y., Cheng, Y. i Chen, C.J (2009). Social patterns of pay systems and their associations with psychosocial job characteristics and burnout among paid employees in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 68(8), 1407-1415

Ylipää, V., Arnetz, B.B. i Preber, H. (1999). Predictors of good general health, well being and musculoskeletal disorders in Swedish dental hygienists. *Acta Odontologica Scandinavica*, 57(5), 277-282.

Yu, S., Gu, G., Zhou, W. i Wang, S. (2008). Psychosocial work environment and well-being: A cross-sectional study at a thermal power plant in China. *Journal of Occupational Health* 50(2), 155-162.

Zahm, S.H. (2000). Women at work. In M.B. Goldman & M.C. Hatch (Eds.), *Women and Health*. San Diego, CA: Academic Press

ZUS (2014), Absencja chorobowa w 2013 roku, Warszawa, Zakład Ubezpieczeń Społecznych Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, www.zus.pl