



KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



## Raport z przeglądu badań

### w ramach projektu

*„Wpływ poprawy psychospołecznych warunków pracy na ograniczenie kosztów ekonomicznych w firmach przechodzących procesy modernizacyjne i adaptacyjne – projekt badawczy”*

Realizacja:

Instytut Medycyny Pracy im prof. Nofera

Zakład Psychologii Pracy

dr n. hum. Agnieszka Mościcka

mgr Adrianna Potocka

mgr Agata Wężyk

Koordynator: dr n. med. Dorota Merecz



INSTYTUT MEDYCyny PRACY IM. PROF. J. NOFERA



Projekt „Wpływ poprawy psychospołecznych warunków pracy na ograniczenie kosztów ekonomicznych w firmach przechodzących procesy modernizacyjne i adaptacyjne – projekt badawczy” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## 1. Przegląd badań dotyczących skali zagrożeń psychospołecznych w Polsce

W związku z dynamicznym rozwojem technologii i implementacją innowacyjnych rozwiązań, zmienia się środowisko i charakter pracy na całym świecie. Zmieniają się też w efekcie czynniki, które w negatywny sposób mogą wpływać na skuteczność i zdrowie pracowników oraz – w konsekwencji – na funkcjonowanie przedsiębiorstw i szerzej – gospodarki krajowej i światowej. Jeszcze do niedawna problematyka bezpiecznych i higienicznych warunków pracy odnosiła się głównie do zagrożeń fizycznych (ochrona przed szkodliwymi substancjami, bezpieczne użytkowanie maszyn, ergonomiczne stanowiska pracy). Dzisiaj coraz częściej bierze się pod uwagę zagrożenia psychospołeczne w miejscu pracy (stres, agresja i mobbing). W świetle polskiego prawa pracodawca zobowiązany jest do zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków w miejscu pracy, m.in. w celu ochrony zdrowia pracowników (także z uwzględnieniem zdrowia psychicznego). Realizacja tego obowiązku wymaga jednak posiadania odpowiednich środków, w tym również narzędzi diagnostycznych i informacji na temat różnorodnych zagrożeń – również psychospołecznych – oraz możliwych interwencji ukierunkowanych na poprawę warunków pracy. Jednakże w Polsce problematyka ryzyka związanego z zagrożeniami psychospołecznymi jest relatywnie nowa, w związku z czym baza informacji, na podstawie których można by projektować programy profilaktyczne i naprawcze, jest stosunkowo niewielka.

Tymczasem okazuje się, że ponad ¼ (22,3%) pracowników krajów UE skarży się z powodu stresu związanego z pracą (Parent-Thirion, A. i in, 2007). Eurostat (dane za 2007r.) podaje, że w zależności od branży od z badań ExtendedDISC2009 wynika, że poziom stresu polskich pracowników jest jednym z najwyższych na świecie.

Badania na temat stresu i zagrożeń psychospołecznych w miejscu pracy były prowadzone min. przez specjalistów z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, Centralnego Instytutu Ochrony Pracy, oraz przez Państwową Inspekcję Pracy i niektóre ośrodki akademickie.

Dudek i wsp. (2004) opracowali Kwestionariusz Subiektywnej Oceny Pracy, który służy do pomiaru poczucia stresu zawodowego. Składa się on z 10 podskal:

1. Poczucie psychicznego obciążenia związanego ze złożonością pracy
2. Brak nagród w pracy
3. Poczucie niepewności wywołane organizacją pracy
4. Kontakty społeczne

5. Poczucie zagrożenia
6. Uciążliwości fizyczne
7. Nieprzyjemne warunki pracy
8. Brak kontroli
9. Brak wsparcia
10. Poczucie odpowiedzialności

W trakcie badań walidacyjnych tego narzędzia zebrano dane od 2570 osób z 47 różnych grup zawodowych. Okazało się, że policjanci, zestrzajacie i kierownicy pociągów ocenili swoje stanowiska pracy jako najbardziej stresujące. Z kolei kierowcy kolumny transportu sanitarnego, telefonistki i operatorzy urządzeń do produkcji wyrobów sanitarnych oceniali swoją pracę jako najmniej stresującą. Te subiektywne oceny porównano z ocenami ekspertów, którzy przy pomocy specjalnego Kwestionariusza Ocena Cech Pracy (KSOP), również określali stresogenność poszczególnych stanowisk. Ich opinie różniły się jednak od subiektywnych ocen pracowników. Eksperci uznali bowiem, że najbardziej stresogenne jest praca: maszynistów kolejowych, policjantów i kierowników pociągu, natomiast najmniej stresująca – laborantów, krawców-modelarzy i operatorów urządzeń do wyrobu masy papierowej (Dudek i WSP., 1997)

W latach 1998-2001 przeprowadzono także badania policjantów zajmujących różne stanowiska (m.in. w służbie patrolowej i wydziale kryminalnym). Analiza uzyskanych danych pozwoliła stwierdzić, że stresogenność pracy tej grupy zawodowej jest bardzo wysoka, a do najczęściej wymienianych przez funkcjonariuszy stresorów zawodowych należały takie czynniki jak:

- ✓ w wydziale kryminalnym: dotrzymanie terminów mimo przeszkód, nieoczekiwane zadania do wykonania, surowe konsekwencje błędu;
- ✓ w grupie policjantów dyżurnych: konflikty z osobami z zewnątrz, konflikty wewnętrzne z powodu wyborów, surowe konsekwencje błędu;
- ✓ w służbie patrolowej: godzenie sprzecznych interesów i oczekiwań, niepewność, surowe konsekwencje błędu;
- ✓ w grupie dzielnicowych: wykonywanie pracy przy braku środków, nieoczekiwane zadania do wykonania, dotrzymanie terminów mimo przeszkód (Dudek,...).

Z kolei w ramach projektu dotyczącego różnic w funkcjonowaniu młodszych i starszych pracowników, przebadano trzy grupy zawodowe: 230 urzędników biurowych, 644 robotników przemysłowych i rzemieślników oraz 638 operatorów i monterów maszyn i urządzeń. Wykorzystano wspomniany wcześniej kwestionariusz KSOP. Badani oceniali, czy i w jakim stopniu stresują ich poszczególne właściwości pracy. Okazało się, że:

- ✓ Urzędnicy ocenili 7 z 55 cech pracy jako stresujące: czujność, konieczność skupienia uwagi przez dłuższy czas, zmienność czynności, pośpiech, odpowiedzialność materialna i finansowa oraz surowe konsekwencje za popełnienie błędu, myślenie o pracy w domu, brak istotnych zmian w sposobach i warunkach wykonywanej pracy na przestrzeni ostatnich lat;
- ✓ Pośpiech, czujność, konieczność skupienia uwagi przez dłuższy czas, zmienność czynności oraz myślenie o pracy w domu były stresujące także dla robotników przemysłowych. Dodatkowo uznali oni za stresujące także takie właściwości pracy jak: narzucony rytm pracy, sztywne godziny pracy, zaskakujące zadania do wykonania powodujące poczucie ograniczenia w kontroli nad sytuacją pracy, praca zrywami, niesprawiedliwe traktowanie, fizyczne warunki pracy (hałas, nieodpowiednia temperatura i występowanie zdrowotnych zagrożeń w miejscu pracy).
- ✓ Podobnie jak urzędnicy i robotnicy, również monterzy i operatorzy ocenili konieczność skupienia uwagi przez dłuższy czas i czujność jako stresujące. Ponadto, często wskazywali oni także takie cechy pracy jak: monotonia, narzucony rytm pracy, sztywne godziny pracy, wymagania pracy związane z odpowiedzialnością za zdrowie i życie innych ludzi, odpowiedzialnością materialną i finansową, surowe konsekwencje jakie niesie za sobą popełnienie błędu, warunki fizyczne (hałas, nieodpowiednia temperatura) oraz występowanie w środowisku pracy czynników zagrażających zdrowiu (min. wypadki).

Z kolei badania w grupie 429 nauczycieli z użyciem specjalnie opracowanego Kwestionariusza Obciążeń Zawodowych Pedagoga (Pyżalski, 2008) wykazały, że nauczyciele najczęściej skarżą się na obciążenia wynikające z organizacji pracy (m.in. wynagrodzenia, zbyt duża liczba uczniów) oraz sytuacje konfliktowe w pracy.

W IMP prowadzono także badania dotyczące stresu pourazowego u policjantów (Dudek, 2003), strażaków (Dudek i Koniarek, 2000) oraz pracowników pogotowia ratunkowego. Z badań tych wynika, że we wszystkich trzech grupach występuje wysokie ryzyko nawet wielokrotnego zetknięcia się z traumatycznym wydarzeniem. Analiza danych pokazała, że u ok. 4% strażaków i ok. 5% policjantów uczestniczących w tych badaniach rozwinęło się zaburzenie stresu pourazowego (PTSD).

Wśród nowszych projektów badawczych IMP dotyczących problematyki zagrożeń psychospołecznych, pojawiły się też badania dotyczące agresji i mobbingu. Na przykład Nowicka i Kolasa (2001) zbadali 108 pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej (MOPS), 95 inspektorów Państwowej Inspekcji Pracy (PIP) i 45 kontrolerów urzędów skarbowych pod kątem doświadczania w miejscu pracy agresji ze strony klientów. Analiza zebranych danych pokazała, że wszyscy przebadani pracownicy w ciągu ostatnich 12

miesiący zetknęli się przynajmniej z najłagodniejszą formą agresji (krzyk, podniesiony głos). Pogróżek i wulgarnych zachowań w obecności współpracowników i innych osób doświadczyło ok. 60% respondentów. Najradszą formą agresji była atak bezpośredni, ale aż 13,7% ankietowanych stwierdziło, że byli adresatami gróźb takiego ataku.

Przeprowadzono także badania dotyczące narażenia na agresję w miejscu pracy w dwóch grupach zawodowych: pielęgniarek (1163 osoby) i pracowników sektora usług (391 pracowników sektora usług pocztowych i transportu publicznego) (Drabek, Merecz i Mościcka, 2007). Wszyscy badani w okresie poprzednich 12 miesięcy doświadczyli co najmniej jednej z form agresji ze strony klientów (lub pacjentów – w przypadku pielęgniarek), przy czym najczęściej była to agresja werbalna, tj. (w nawiasach podano procent badanych osób, które doświadczyły danego rodzaju werbalnych zachowań agresywnych):

- ✓ krzyk, podniesiony głos (89,55% pracowników poczty, 86,06% pracowników transportu oraz 84,26% pielęgniarek);
- ✓ pogróżki (76,36% pracowników transportu, 56,75% pielęgniarek oraz 49,75% pracowników poczty);
- ✓ znieważanie (76,36% pracowników transportu, 50,3% pielęgniarek, 40,3% pracowników poczty);
- ✓ wulgaryzmy (73,33% pracowników transportu, 51,16% pielęgniarek, 40,3% pracowników poczty);
- ✓ szantaż. (50,61% pracowników transportu, 33,96% pielęgniarek, 24,38% pracowników poczty).

Aż 64,24% pracowników transportu, 49,44% pielęgniarek i 34,83% pracowników poczty wskazało, że w okresie ostatnich 12 miesięcy czuło się zagrożonych ze strony klientów. Wobec 41,21% pracowników transportu wystąpiła próba ataku fizycznego ze strony osób spoza organizacji. Analogicznej sytuacji doznało 30,35% pielęgniarek i 5,97% pracowników poczty. Aż 21,82% pracowników transportu, 13,84% pielęgniarek i 1,99% pracowników poczty doświadczyło bezpośredniego ataku fizycznego uderzenia lub napadu.

Okazało się także, że pracownicy tych trzech grup zawodowych często są narażeni na agresję tzw. wewnątrzorganizacyjną, czyli ze strony przełożonych i współpracowników. Agresji werbalnej ze strony przełożonych doświadczyło 59% pielęgniarek, 49,5% pracowników poczty i 38,46% pracowników transportu. Pojawiały się takie zachowania jak pogróżki, szantaż i znieważenie w obecności osób trzecich. W przypadku agresji fizycznej ze strony przełożonego, 7,69% pracowników transportu i 0,19% pielęgniarek doświadczyło próby ataku, a bezpośredniego ataku doznało 7,1% pracowników transportu i 0,28% pielęgniarek.

Także ze strony współpracowników osoby badane doświadczały agresji, przede wszystkim werbalnej w postaci krzyku (50,31% pielęgniarek, 49,74% pracowników poczty i 49,58% pracowników transportu). We wszystkich badanych grupach zawodowych występowały także inne rodzaje werbalnych zachowań agresywnych, sporadycznie zdarzały się też próby ataku i bezpośredni atak fizyczny. Relatywnie najrzadziej ankietowani zgłaszali problem agresji ze strony podwładnych, ale i takie przypadki się zdarzały. Również w tym przypadku dominującą formą agresji była agresja werbalna.

Badania specjalistów z IMP wykazały także, że wśród przebadanych 222 funkcjonariuszy służb więziennych 22,8% doświadczyło mobbingu rozumianego jako przemoc psychiczna w postaci dręczenia, zastraszania, pogroźek, obrażania słownego, prezentowanych wobec pracownika przez jego przełożonych, kolegów i/lub podwładnych, w ciągu ostatniego roku pracy, pojawiających się w tym okresie co najmniej trzy razy w miesiącu. Nieco częściej sprawcami mobbingu byli przełożeni niż współpracownicy, a niektórzy (4,5%) badani doświadczyli mobbingu zarówno od przełożonych, jak i od współpracowników (Merecz-Kot i Cebrzyńska, 2008). Z kolei w administracji publicznej 34% pracowników było narażonych na mobbing, a 12% doświadczyło go ze strony przełożonych i współpracowników (Mościcka, 2009).

W 2008 roku zrealizowano także badania na ogólnopolskiej próbie pracowników socjalnych (w sumie 500 osób), które ze względu na swoje obowiązki często mają kontakt z klientami (praca socjalna). W badaniach zastosowano opracowany specjalnie na potrzeby tego projektu kwestionariusz Czynniki Psychospołeczne, który pozwala ocenić jak często występują i w jakim stopniu stresują poszczególne właściwości pracy pracownika socjalnego. Analiza danych wykazała, że ta grupa zawodowa jako stresujące ocenia przede wszystkim takie cechy swojej pracy jak:

- ✓ konieczność stosowania przepisów prawnych i procedur niedostosowanych do realiów;
- ✓ skomplikowane lub/i żmudne procedury związane z udzielaniem pomocy klientom;
- ✓ konieczność poświęcania czasu na wykonywanie niepotrzebnej „papierkowej” pracy’;
- ✓ groźba poważnych konsekwencji służbowych za popełnione błędy w pracy;
- ✓ nadmierne kontrolowanie mnie przez przełożonych;
- ✓ brak uznania i szacunku ze strony przełożonych;
- ✓ problemy z zapewnieniem prywatności moim klientom w pomieszczeniach, w których pracuję w miejscu zatrudnienia;
- ✓ narażenie na agresję słowną;
- ✓ zbyt niskie wynagrodzenie w stosunku do nakładu pracy;

Inne, szeroko zakrojone badania na temat stresu zawodowego, przeprowadził w latach 1997-1998 Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP) (Cieślak i Widerszal-Bazyl, 2000). Specjaliści z tej instytucji opracowali specjalny kwestionariusz do badania psychospołecznych warunków pracy, określający:

- ✓ poziom wymagań (intelektualnych, psychofizycznych i związanych z odpowiedzialnością za bezpieczeństwo innych ludzi i majątku oraz wynikających z konfliktowości roli i przeciążenia);
- ✓ stopień kontroli (behawioralnej i poznawczej);
- ✓ wsparcie społeczne w miejscu pracy (od przełożonych i od współpracowników);
- ✓ samopoczucie (fizyczne i psychiczne);
- ✓ potrzebę zmian w miejscu pracy (np. odnośnie zarządzania, organizacji, relacji międzyludzkich, modernizacji).

W badaniach udział wzięło 3669 mężczyzn i kobiet, z ośmiu różnych grup zawodowych (w nawiasach podano liczebność grup badanych):

1. specjaliści ds. bankowości i ubezpieczeń (462)
2. średni personel medyczny (455)
3. robotnicy budowlani (441)
4. sprzedawcy (472)
5. urzędnicy administracji rządowej i samorządowej (502)
6. informatycy (420)
7. kierownicy komunikacji zbiorowej (436)
8. nauczyciele (481)

Analiza uzyskanych danych wykazała, że we wszystkich grupach badanych średni wynik w skali Wymagania zawierał się w przedziale wyników wysokich (8-9 sten). Biorąc pod uwagę poszczególne czynniki w obrębie tej skali, w przypadku wymagań intelektualnych średnie wyniki grup zawierały się w granicach 7-10 stena. Najwyższe wyniki odnotowano w grupach: robotników budowlanych, sprzedawców i kierowników komunikacji zbiorowej. Z kolei zakres wyników dla czynnika wymagań psychofizycznych i z związanych z odpowiedzialnością za bezpieczeństwo innych ludzi wynosił od 5 do 9 stenów. Przeciętny poziom tego rodzaju wymagań charakteryzował grupy kierowników (5 sten) i średniego personelu medycznego (6 sten). Najwyższe wyniki (9 sten) zaobserwowano w grupach informatyków i urzędników administracji. W odniesieniu do czynnika wymagań wynikających z konfliktowości roli i przeciążenia średni wynik w grupie specjalistów ds. bankowości i ubezpieczeń oraz kierowników komunikacji zbiorowej osiągnął poziom 6 stena, w pozostałych grupach – 7 stena.

Wyniki na skali Kontrola w większości grup były niskie (3-4 sten), natomiast w grupach personelu medycznego, robotników i kierowców – przeciętne (5 sten). Uwzględniając czynniki kontroli behawioralnej i poznawczej, okazało się, że poziom tej pierwszej jest znacznie wyższy (średnie wyniki grup zawierały się w zakresie od 5 do 7 stena, przy czym najwyższe odnotowano w grupach personelu medycznego, robotników i kierowców). Z kolei poziom kontroli poznawczej we wszystkich grupach był niski (w grupie nauczycieli -2 sten, w pozostałych – 3 sten).Wsparcie społeczne oceniane było jako niskie (3-4 sten) lub przeciętne (w grupie kierowców – 5 sten). Badani generalnie lepiej oceniali wsparcie ze strony przełożonych (4-6 sten) niż wsparcie od współpracowników (3-4 sten). Swoje samopoczucie badani określali jako niskie (wyniki poszczególnych grup mieściły się w zakresie 1-3 stena), przy czym gorzej oceniano samopoczucie psychiczne (1-2 sten) niż fizyczne (2-3 sten). Najgorzej pod względem ogólnego dobrostanu wypadły grupy specjalistów ds. bankowości i ubezpieczeń oraz informatyków. Potrzeba zmian kształtowała się w grupie personelu medycznego na poziomie przeciętnym (6 sten), a we wszystkich pozostałych grupach - wysokim (7-8 sten).

CIOP prowadził także badania z użyciem kwestionariusza Psychospołeczne Warunki Pracy w takich grupach jak: mechanicy lotniczy i pracownicy call-centre. W pierwszym przypadku w badaniu wzięło udział 83 pracowników (Najmiec i Widerszal-Bazyl, 2006).. Uzyskane dane pozwoliły stwierdzić, że praca mechaników charakteryzowała się wysokim poziomem wymagań (8 sten), przy czym średni wynik grupy w zakresie wymagań intelektualnych uplasował się na poziomie 7 stena, a w zakresie wymagań wynikających z konfliktowości roli i przeciążenia – 9 stena. Poczucie kontroli w tej grupie było bardzo niskie (średni wynik surowy grupy to zaledwie 2,86, w aspekcie kontroli behawioralnej – 2,15, a poznawczej – 3,65). Wsparcie społeczne również było ocenione jako niskie, średni wynik surowy w podskali wsparcia od przełożonych wnosił 2,15, a wsparcia od współpracowników – 3,19. Ogólne samopoczucie mechaników było oceniane raczej jako niskie (4 sten), choć wynik dotyczący samopoczucia fizycznego kształtował się na poziomie 5 stena, a więc wyniku przeciętnego. Z badań tych wynikało także, że głównymi stresorami w pracy mechaników lotniczych są takie czynniki jak:

- ✓ odpowiedzialność za bezpieczeństwo innych ludzi i majątek trwały (kosztowny sprzęt);
- ✓ niskie poczucie wpływu na decyzje podejmowane w organizacji, dobór współpracowników czy kształtowanie fizycznych warunków pracy;
- ✓ brak wystarczającej zadowalającego pod względem technicznym sprzętu;
- ✓ poważne konsekwencje popełnianych błędów.



Badania w grupie 201 pracowników call-centre przeprowadzone przez zespół specjalistów z CIOP (CIOP-PIB, 2008) wykazały, że wymagania w tej grupie zawodowej kształtowały się na poziomie przeciętnym (5 sten), przy czym wymagania intelektualne i psychofizyczne były nieco niższe (5 sten), a wymagania wynikające z konfliktowości roli i przeciążenia – nieco wyższe (6 sten). Średni wynik w skali Kontrola również ukształtował się na poziomie przeciętnym (5 sten). Badani wykazywali trochę niższe poczucie kontroli behawioralnej (5 sten) niż poznawczej (6 sten). Wsparcie społeczne zarówno od przełożonych jak i od współpracowników w tej grupie oceniono jako wysokie – (w obu przypadkach 7 sten). Samopoczucie psychiczne i fizyczne respondenci określali jako przeciętne (wynik średni na poziomie 5 stena). Również potrzeba zmian była umiarkowana (6 sten).

Poza dwoma wymienionymi wcześniej ośrodkami naukowymi, w Polsce zrealizowano jeszcze kilka mniejszych projektów badawczych odnoszących się do problematyki zagrożeń psychospołecznych w miejscu pracy. Badano między innymi poziom stresu zawodowego w grupie policjantów (Ogińska-Bulik, 2003). W badaniu udział wzięło 437 funkcjonariuszy z pięciu różnych wydziałów: prewencji i ruchu drogowego, kryminalnego, dzielnicowi, brygad antyterrorystycznej, Centralnego Biura Śledczego. Za pomocą kwestionariusza KSOP wykazano, że najbardziej narażoną a stres grupę stanowią policjanci z brygad antyterrorystycznych oraz z wydziału kryminalnego.

Badania z użyciem wspomnianego kwestionariusza przeprowadzono również w grupie pracowników służb ratowniczych (Ogińska-Bulik i Kaflik-Pieróg, 2005). W badaniach uczestniczyło 181 lekarzy i ratowników medycznych, 179 policjantów oraz 197 strażaków. Ogólny poziom stresu w całej grupie badanych był wysoki (8 sten), przy czym ratownicy medyczni i policjanci osiągnęli statystycznie istotne wyższe wyniki niż strażacy.

W jednym z badań z użyciem kwestionariusza KSOP przebadano też 76 menedżerów (Jabłkowska i Borkowska, 2005). Na podstawie uzyskanych danych stwierdzono, że poziom stresu w tej grupie zawodowej jest przeciętny (6 sten). Najbardziej stresogennymi właściwościami pracy okazały się: obciążenie psychiczne pracą, brak nagród w pracy, kontakty społeczne oraz niepewność w pracy.

Grupą dość często badaną pod kątem zagrożeń psychospołecznych są pracownicy sektora ochrony zdrowia. Oprócz wspomnianych już wcześniej badań dotyczących doświadczania agresji przez pielęgniarki oraz stresu zawodowego w grupach pracowników ratownictwa medycznego, przeprowadzono także badania lekarzy i pielęgniarek pracujących w szpitalu psychiatrycznym (ogółem 79 osób). W tej grupie zawodowej poziom stresu

mierzony kwestionariuszem KSOP okazał się wysoki (8 sten), przy czym najczęściej wskazywanymi stresorami było obciążenie pracą, brak nagród oraz poczucie zagrożenia (zdrowia i życia, konfliktami). W ogólnym poziomie stresu nie odnotowano różnic pomiędzy grupami lekarzy i pielęgniarek. Zaobserwowano natomiast, że w porównaniu do mężczyzn, kobiety oceniały swoją pracę jako bardziej stresującą.

Opublikowano również kilka badań przeprowadzonych za pomocą niestandardyzowanych ankiet dotyczących stresu zawodowego w grupach lekarzy i pielęgniarek. Na przykład Muraczyńska (2000) przebadła 212 pielęgniarek pracujących na oddziałach opieki paliatywnej, onkologii i chorób przewlekłych. Okazało się, że jako najbardziej stresujące oceniano szeroko pojęte psychospołeczne warunki pracy oraz takie sytuacje jak: umieranie i śmierć pacjenta oraz obserwowanie rozwoju choroby i jej skutków.

Z kolei badania ankietowe w grupie 100 lekarzy różnych specjalizacji pokazały, że ta grupa zawodowa jako najbardziej zagrażające postrzega czynniki psychofizyczne (72%) i biologiczne (68%), przy czym wśród czynników psychofizycznych za największe zagrożenie uznano stres (Konodyba-Szymański, Irzyniec i Konodyba-Szymański, 2006).

#### Bibliografia cz.1:

1. Cieślak R., Widerszal-Bazyl, M. (2000). Psychospołeczne warunki pracy. Podręcznik do kwestionariusza. Wyd. CIOP, Warszawa
2. Dudek B. (2001). Eksperymentalny program prewencji stresu zawodowego w policji – ocena skuteczności interwencji nastawionych na jednostkę i organizację. Raport z projektu IMP. IMP im. prof. J. Nofera, Łódź
3. Dudek B. (2003). Zaburzenie po stresie traumatycznym. Wyd. GWP, Gdańsk
4. Dudek B., Hanke W., Waszkowska M., Szymczak M., Cichowicz D. (1997). Opracowanie systemu oceny ryzyka zdrowotnego związanego z narażeniem na psychospołeczne stresory występujące w miejscu pracy. Raport z projektu SPR – 1 Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia człowieka w środowisku pracy. IMP im. prof. J. Nofera, Łódź
5. Dudek B., Koniarek J. (2000). Ocena zagrożeń zdrowotnych i opracowanie wytycznych dla profilaktyki zdrowia w Państwowej Straży Pożarnej. Raport końcowy z projektu PBZ 010-11. IMP im prof. J. Nofera, Łódź

6. Dudek B., Waszkowska M., Merecz D., Hanke W. (2004). Ochrona zdrowia pracowników przed skutkami stresu zawodowego. Wyd. Oficyna Wydawnicza IMP im prof. J. Nofera, Łódź
7. Muraczyńska B. (2000). Źródła i nasilenie stresu zawodowego pielęgniarek w pracy z człowiekiem umierającym. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 34, 165-168
8. Nowicka M., Kolasa W. (2001). W obliczu agresywnego petenta - konsekwencje psychologiczne dla pracowników. *Medycyna Pracy*, 52, 1, 1-5
9. Drabek M., Merecz D., Mościcka A. (2007). Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowia i sektora usług. *Medycyna Pracy* 58, 4, 299-306
10. Makowska Z., Dudek B., Merecz D., Makowiec-Dąbrowska T., Koszada-Włodarczyk W., Szymczak M. (1997). Ustalenie psychologicznych czynników modyfikujących wpływ stresu zawodowego na zdrowie pracowników ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia i zaburzeń zdrowia psychicznego. Raport z projektu SPR – 1 Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia człowieka w środowisku pracy. IMP im. prof. J. Nofera, Łódź
11. [Merecz-Kot D.](#) [Cebrzyńska J.](#) (2008). Agresja i mobbing w służbie więziennej. *Medycyna Pracy*, 59, 6, 443-451
12. Merecz D., Dudek B., Makowska Z., Mościcka A. (2004). Styl życia i strategie radzenia sobie ze stresem pracowników starszych a zdrowie i zdolność do pracy na stanowiskach zróżnicowanych ze względu na występowanie psychospołecznych stresorów. Raport z projektu PCZ 21-21/12 Aktywność zawodowa pracowników w aspekcie problematyki starzejącego się społeczeństwa. IMP im. prof. J. Nofera, Łódź
13. Mościcka, A. (2009). Czynniki organizacyjne jako tło mobbingu występującego w środowisku pracy. (wystąpienie na konferencji „Praca i Rodzina” Uniwersytet Łódzki)
14. Najmiec A., Widerszal-Bazyl M. (2006). Stres w pracy mechaników lotniczych. *Bezpieczeństwo Pracy*, 11, 26-29
15. Kamińska J., Kazenas A., Najmiec A., Roman-Liu D., Tokarski T., Widerszal-Bazyl M. (2008). Ocena obciążenia psychofizycznego oraz zapobieganie dolegliwościom układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników centrów obsługi klientów (call centers). Wyd. CIOP, Warszawa
16. Konodyba-Szymański P., Trzyniec T., Konodyba-Szymański B. (2006). Stres – ukryte zagrożenie w pracy lekarzy. *Zdrowie publiczne* 2006;116, 4, 554–558
17. Ogińska-Bulik, N. (2003). Stres zawodowy u policjantów. Źródła – konsekwencje – zapobieganie. Wyd. WSHE w Łodzi, Łódź

18. Ogińska-Bulik N. (2006). Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type d personality. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 19, 2, 113-122 doi: 10.2478/v10001-006-0016-7
19. Ogińska-Bulik N., Kaflik-Pieróg M. (2006). *Stres zawodowy w służbach ratowniczych*. Wyd. WSHE w Łodzi, Łódź
20. Pyżalski J. (2008) Obciążenia psychospołeczne w zawodzie pedagoga — wstępne wyniki badań uzyskane kwestionariuszem obciążeń zawodowych pedagoga (KOZP). *Medycyna Pracy*, 59, 3, 229-235
21. Jabłkowska K., Borkowska A. (2005). Ocena nasilenia stresu w pracy a cechy zespołu wypalenia zawodowego u menedżerów. *Medycyna Pracy*, 56, 6, 439-444
22. Waszkowska M., Potocka a., Wojtaszczyk P. (2010). *Miejsce pracy na miarę oczekiwań. Poradnik dla pracowników socjalnych*. Wyd. Oficyna Wydawnicza IMP im prof. J. Nofera, Łódź

## **2. Skutki i koszty zagrożeń psychospołecznych (wraz ze skutkami zmian organizacyjnych)**

Już w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazywał, że u ok. 75% osób korzystających z pomocy psychiatrycznej problemy natury psychicznej wiążą się z brakiem zadowolenia z pracy i brakiem umiejętności odprężania się. W późniejszym czasie pojawiać się zaczęły alarmujące doniesienia o zagrożeniu stresem zawodowym w wielu państwach. W Stanach Zjednoczonych, zdaniem NIOSH (Narodowy Instytut Bezpieczeństwa Pracy i Zdrowia), zaburzenia psychiczne (rozumiane jako skutki stresu: nerwice, zaburzenia osobowości, uzależnienie od alkoholu i leków) stanowią jedną z dziesięciu głównych przyczyn występowania chorób zawodowych i wypadków w pracy (Dollard, Winnefield, 1996). Według danych z 2007 r. w krajach Unii Europejskiej ponad 40 milionów pracujących cierpi z powodu stresu w miejscu pracy, a koszty związane z leczeniem chorób związanych ze stresem zawodowym szacuje się na ok. 20 miliardów Euro (Leka, Cox, 2008).

Działanie stresu można obserwować na trzech poziomach: pierwszy to poziom fizjologiczny, drugi psychologiczny a trzeci związany z zachowaniem (behawioralny) (Stranks, 2005; Milczarek i wsp, 2009). Pierwszy poziom obejmuje zmiany fizjologiczne, składające się na takie objawy jak: bóle mięśni, tremor, palpacje serca, biegunkę, pocenie się, bóle głowy, pleców, problemy ze snem, obniżenie libido, wzrost ciśnienia krwi, suchość w ustach, niestrawność i wiele innych (Bamber, 2006). Według najnowszych danych (Milczarek i wsp, 2009) stres zawodowy jest drugim co do częstości zgłaszania problemem zdrowotnym (po dolegliwościach mięśniowo-szkieletowych) – około 22% pracowników z krajów członkowskich Unii Europejskiej uważa że stres związany z pracą źle wpływa na ich zdrowie. Według tych danych stres zawodowy był czynnikiem, który w 50-60% wyjaśniał przypadki absencji z powodów zdrowotnych związanych z pracą (Milczarek i wsp, 2009).

Drugi poziom, na którym można obserwować działanie stresu obejmuje zmiany na poziomie psychiki - przede wszystkim mówi się o silnych i negatywnych emocjach jak lęk, gniew czy smutek. Wiele tych zmian ma charakter odwracalny- aczkolwiek gdy utrzymują się przez dłuższy czas –u niektórych pracowników mogą przekładać się na jakość i bezpieczeństwo wykonywanej pracy (Cox i wsp, 2006, 2009). Do tych „łżejszych” skutków działania stresu zaliczyć można zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci, zwiększoną drażliwość, gorsze samopoczucie (smutek, zamartwianie się), zniechęcenie (obniżona motywacja) i mniejsze zaangażowanie w sprawy organizacji (Cox i wsp, 2009).

Ostatni poziom, na którym mogą ujawnić się skutki działania stresu dotyczy zmian w zachowaniu. Przede wszystkim chodzi tu o podejmowanie tak zwanych zachowań ryzykownych-jak na przykład stosowanie używek (alkohol, leki, narkotyki, tytoń) czy przygodne kontakty seksualne. Nierzadko zachowania takie mają pełnić funkcję radzenia sobie ze stresem w pracy, przez co (jeśli trwają przez jakiś czas) mogą stać się wtórnym źródłem stresu (Cox i wsp, 2006, 2009). Zmiany w zachowaniu dotyczą również takich aspektów jak zwiększona skłonność do popełniania błędów, wypadkowości i nieobecności w pracy czy ogólnej „gotowości” do wykonywania powierzonych zadań (Stranks, 2005; Milczarek i wsp, 2009).

W 2000 roku Smith i współ. opublikowali wyniki badań, których celem była ocena poziomu stresu, źródeł tego stresu i skutków stresu zawodowego wśród populacji pracujących osób. Do 17,000 osób drogą elektroniczną rozesłano kwestionariusze (zawierające pytania na temat źródeł stresu zawodowego, oceny stanu zdrowia -zarówno fizycznego jak i psychicznego), z czego kompletnych zwrotów było 4673. Na podstawie uzyskanych wyników można było stwierdzić, że im wyższy poziom odczuwanego stresu zawodowego tym gorszy stan zdrowia psychicznego i większe dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego (większy ból). Wyższy poziom stresu odczuwany przez pracowników wiązał się również z takimi niekorzystnymi zachowaniami jak zwiększone palenie papierosów i większe spożywanie alkoholu (Smith i wsp., 2000). Próby identyfikacji potencjalnych stresorów i ich skutków obecnych w środowisku pracy brytyjskich weterynarzy podjęli się Bartram i współ (2009). Badaniem objęli reprezentatywną próbę 1796 aktywnych zawodowo weterynarzy. Na podstawie analizy uzyskanych danych stwierdzono, że prawdopodobieństwo wystąpienia symptomów zaburzeń lękowych i depresji było większe gdy praca wykonywana była w mniej przyjaznych dla weterynarzy warunkach środowiskowych pracy.

W 2003 roku we Francji przeprowadzono badania w których analizowano związek pomiędzy psychospołecznymi czynnikami zawodowymi a ogólnym stanem zdrowia (Niedhammer i wsp., 2008). W badaniu wzięło udział 24486 osób pracujących, którym wysłano kwestionariusz zawierający pytania dotyczące narażenia na następujące stresory: wymagania, swoboda w podejmowaniu decyzji, wsparcie społeczne, bulling i przemoc publiczna. Analiza wyników wykazała, że takie stresory jak niski poziom swobody decydowania i niski poziom wsparcia, wysoki poziom wymagań stanowiły czynnik ryzyka dla subiektywnego poczucia zdrowia (gorszego) i długich okresów absencji chorobowej. Ponadto z wysokimi wymaganiami w pracy łączyło się większe prawdopodobieństwo wypadków w pracy. Z kolei gorszy stan zdrowia, korzystanie z długoterminowych zwolnień i

wypadkowość w pracy korelował z takimi zagrożeniami jak bulling i/albo przemocą publiczną (Niedhammer i wsp., 2008). Autorzy tych badań podkreślili we wnioskach, że narażenie na czynniki psychospołeczne obecne w środowisku pracy jest niekorzystne dla zdrowia pracujących i powinno podejmować się działania mające na celu minimalizowanie tego narażenia (Niedhammer i wsp., 2008). Na podstawie przeglądu literatury dotyczącej związku psychospołecznych zagrożeń zawodowych z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, Bongers i de Winter (1993) wskazali na te zagrożenia, które korelują z występowaniem dolegliwości mięśniowo-szkieletowych. Do tych zagrożeń zaliczyli: monotonną pracę, zbyt duże obciążenie pracą, presję czasu, słabą kontrolę pracy, brak wsparcia ze strony współpracowników. Kwestia zależności pomiędzy psychospołecznymi zagrożeniami a dolegliwościami mięśniowo-szkieletowymi była również przedmiotem badań chińskich badaczy (Chen i wsp., 2004). Badania przeprowadzone wśród pracowników przemysłu naftowego na reprezentatywnej próbie 581 osób wykazały, że istnieje zależność pomiędzy takimi czynnikami jak bezpieczeństwo pracy, czynniki fizyczne i ergonomiczne środowiska pracy, czynniki wynikające z reakcji praca-dom, styl kierowania przełożonego (i wsparcie instrumentalne od przełożonego) a dolegliwościami ze strony układu mięśniowo-szkieletowego. Z kolei duńscy badacze (Rugulies i wsp., 2006) próbowali odpowiedzieć na następujące pytanie: które z potencjalnych zagrożeń obecnych w pracy mogą sprzyjać wystąpieniu depresji? W tym celu przeprowadzono badania na reprezentatywnej próbie duńskich pracowników (ostateczna próba wyniosła 4133 osoby) stosując kwestionariusze do oceny potencjalnych źródeł stresu zawodowego (mierzące takie charakterystyki jak: wymagania pracy, osobisty wpływ na wykonywaną pracę, możliwości rozwoju zawodowego, wsparcie społeczne od zwierzchników i współpracowników oraz niepewność pracy) oraz oceny symptomów depresji (pięciopytaniowy Mental Health Inventory). Okazało się, że dla kobiet czynnikami, które zwiększają prawdopodobieństwa wystąpienia depresji jest niski poziom kontroli pracy oraz niski poziom wsparcia ze strony zwierzchników. Natomiast w grupie mężczyzn istotnym predykatorem w zakresie zdrowia psychicznego okazał się jeden stresor- niepewność pracy (Rugulies i wsp., 2006).

Specyficznym zagrożeniem psychospołecznym jest agresja i mobbing (bullying) w miejscu pracy. Narażenie na ww zjawiska niesie za sobą poważne konsekwencje w zakresie zdrowia i funkcjonowania społecznego i zawodowego osób poszkodowanych.

Wśród następstw narażenia na agresję w miejscu pracy (mobbing) rozróżnia się te, które pojawiają się bezpośrednio po kontakcie z mobberem (skutki krótkoterminowe) oraz te, których efekty są bardziej oddalone w czasie (skutki odległe) (Lanza, 1992).

Jako skutki bezpośrednie badacze wskazują głównie silne reakcje emocjonalne koncentrujące się wokół emocji złości (w postaci wzmożonego odczuwania złości, irytacji, wściekłości i rozdrażnienia), lub emocji lęku i smutku (w postaci przygnębienia, zniechęcenia, bezradności, rezygnacji, apatii, wzmożonego poczucia winy i zaniżonego poczucia własnej wartości) (Lanza, 1992; NWNL, 1993; RNANS, 1996; ICN, 1999, Einarsen i Raknes, 1997; Einarsen, Matthiesen i Sokgstad, 1998; O'Moore i wsp., 1998; Einaren i Mikkelsen 2003)

Wraz z upływem czasu, przy równoczesnej eskalacji działań ze strony mobbera u pracownika mogą wystąpić kolejne konsekwencje narażenia na tak stresującą sytuację w miejscu pracy. Tzw. odległe skutki mobbingu to np. szereg dolegliwości somatycznych (takich, jak: bóle głowy, powracające migreny, choroby wrzodowe, wymioty, bezsenność, zakłócenia snu, wzrost napięcia mięśniowego oraz zaburzenia seksualne), zaburzenia koncentracji uwagi, uzależnienia, zaburzenia lękowe (zespół lęku uogólnionego, fobia społeczna, lęk paniczny), zespół wypalenia zawodowego (poczucie wyczerpania emocjonalnego, tendencja do depersonalizowania innych, niskie poczucie osiągnięć osobistych), zespół zaburzeń po stresie urazowym, depresja reaktywna czy nawet myśli i próby samobójcze (Lanza, 1992; NWNL, 1993; Bjorkqvist, i wsp. 1994; Leymann, 1996; Leymann i Gustafsson 1996; RNANS, 1996; Barling, 1998; ICN, 1999; Hoel i wsp., 2001. Mikkelsen i Einarsen 2002(a); Mikkelsen i Einarsen 2002(b); Einarsen i Mikkelsen, 2003)

Pod wpływem narażenia na mobbing w miejscu pracy zakłóceniu ulega także życie społeczne i zawodowe - zmieniają się relacje ze współpracownikami, częściej pojawiają się konflikty interpersonalne, występuje silna chęć zmiany lub odejścia z pracy, spada zadowolenie z pracy, pojawia się rutyna w wykonywaniu zadań co często skutkuje mniejszą efektywnością takiego pracownika. (NWNL, 1993; RNANS, 1996; Barling, 1998; ICN, 1999; Mayhew, Chappell, 2001; Hoel i wsp., 2001; Einaren i Mikkelsen, 2003). Powyższe reakcje poza tym, że obniżają motywację do pracy, negatywnie wpływają na produktywność oraz kreatywność pracownika mogą również zwiększać ilość popełnianych przez pracownika błędów oraz skutkować wypadkami w miejscu pracy (Einaren i Mikkelsen, 2003). Ponadto zmienia się również spostrzeganie i stosunek pracownika do kierownictwa - pojawia się brak zaufania do kadry kierowniczej spowodowany odczuwaniem małego poziomu bezpieczeństwa w pracy, co również rzutuje na zaangażowanie w wykonywane zadania oraz przestrzeganie zasad etyki zawodowej (Frolkey, 1996; Keashly, 2001). Część autorów wskazuje jeszcze dalsze koszty ekonomiczno-społeczne w postaci zapewnienia poszkodowanym pracownikom odpowiedniej opieki medycznej oraz zagwarantowania im



świadczeń emerytalnych przy wcześniejszym przechodzeniu na emeryturę (Hoel i wsp., 2001).

Wszystkie wyżej wymienione zjawiska wiążą się z coraz wyższymi kosztami ponoszonymi przez pracodawców, na które składają się koszty wynikające z absencji pracowników, zwiększonej fluktuacji kadr, szkolenia nowych pracowników, koszty leczenia oraz koszty procesowe i rekompensaty wypłacane poszkodowanym. Dokonując szczegółowych kalkulacji ekonomicznych Sheehan, oszacował, że całkowite koszty mobbingu ponoszone przez australijskich pracodawców sięgają od 6 do 13 miliardów dolarów rocznie, zaś pojedynczy przypadek mobbingu ponosi za sobą koszty w wysokości 16 tys. 977 dolarów (Sheehan i wsp., 2001 za Mayhew, Chappell, 2001). Australijski Instytut Zarządzania oszacował, że koszty bezpośrednie związane z mobbingiem wynoszą dla organizacji zatrudniającej 100 pracowników 175 tysięcy dolarów (za Mayhew, Chappell, 2001).

## **2a. Skutki specyficznych stresorów jakimi są procesy zmian w organizacji**

Badania jakościowe (wywiad w grupie 21 kobiet) przeprowadzone w Szwecji pokazały, że negatywny wpływ zmian organizacyjnych na poziom zdrowia jest związany z takimiż czynnikami jak nieuregulowana praca (m.in. brak wskazówek od przełożonych odnośnie zadań), poniżające stanowisko (poczucie niskiego statusu, Poczucie, że jest się niepotrzebnym w pracy) oraz wcześniejsza choroba/zły stan zdrowia (Baltzer i wsp., 2011).

Z badań podłużnych w grupie pracowników służby zdrowia wynika, że w sytuacji zmian organizacyjnych brak równowagi wysiłek-nagroda, nadmierne obciążenie psychologiczne oraz niska decyzyjność są predyktorami stresu u pracowników (Lavoie-Tremblay i wsp., 2010).

Jak wynika z badań kwestionariuszowych wśród szwedzkich policjantów (N=1523) duże zmiany organizacyjne powodują podniesienie poziomu stresu, gorszy stan zdrowia, problemy ze snem oraz regeneracją. Ponadto, okazuje się, że antycypacja zmian ma również negatywny efekt jak realnie zachodzące zmiany i w tym przypadku problemy ze snem dodatkowo pogarszają stan zdrowia (Greubel, Kecklund, 2011).

Analiza danych dotyczących 65 osób w wieku 30-65 lat, które przeżyły pierwszy zawał, wykazała, że doświadczanie zmian organizacyjnych zwiększa ryzyko zawału (iloraz szansy 3.38) (Medin i wsp., 2008).

W badaniach przeprowadzonych w Norwegii w grupie 1002 pracowników wykazano, że poczucie niepewności w pracy wynikające ze zmian organizacyjnych jest predyktorem pogorszenia stanu zdrowia psychicznego (tj. pojawiania się takich objawów lęku, smutku/depresji, zmęczenia, zawrotów głowy i uderzeń gorąca) oraz podejmowania zachowań ryzykownych przez pracowników (Størseth, 2006).

Badania wśród fińskich pracowników (N=2225) pokazały, że będąca efektem fuzji przedsiębiorstw zmiana stanowiska na gorsze (niższe) zwiększa ryzyko pogorszenia subiektywnego stanu zdrowia. Wsparcie społeczne modyfikowało tę relację – u pracowników umysłowych słabsze wsparcie ze strony przełożonych wiązało się z gorszym funkcjonowaniem, natomiast w przypadku pracowników fizycznych negatywny wpływ miało silniejsze wsparcie ze strony współpracowników (Väänänen i wsp., 2004).

Wyniki badań kwestionariuszowych wśród 680 osób pracujących w firmach przechodzących zmiany organizacyjne pokazały, że obciążenie pracą, niska decyzyjność, brak równowagi wysiłek-nagroda oraz brak stabilizacji (niepewność) pracy w grupie mężczyzn wiążą się z objawami depresji lub zaburzeniami psychiatrycznymi (Niedhammer i wsp., 2006).

Badania w grupie 80 osób pracujących w przemyśle samochodowym we Francji pokazały, że w okresie zmian organizacyjnych (po 4 i 12 miesiącach od rozpoczęcia procesu zmian) zwiększyły się psychologiczne i fizyczne wymagania (obciążenie) związane z pracą, a jednocześnie subiektywny stan zdrowia pracowników uległ pogorszeniu. W tym czasie w badanej grupie wzrosła także liczba wizyt u lekarza (Leroyer i wsp., 2006).

Wyniki badań przeprowadzonych w grupie 1297 pracujących Finów, pokazały że zwolnienie na skutek redukcji zatrudnienia (w przeszłości lub antycypowane) wiąże się z poczuciem obciążenia, silniejszym cynizmem oraz wzrostem absencji. Relacja ta jest częściowo modyfikowana przez poczucie nierówności (niesprawiedliwego zwolnienia) (Kalimo i wsp., 2003).

Badania podłużne w grupie 1244 pracowników umysłowych i fizycznych, którzy 0-2 razy doświadczyli zwolnienia wskutek redukcji zatrudnienia w przedsiębiorstwie wykazały, że im więcej razy pracownik doświadcza takiego zwolnienia (lub jest jego świadkiem, tj. kiedy w

jego firmie przeprowadzana jest redukcja personelu), tym częściej występuje u niego niepewność związana z pracą, niepewność roli, chęć zmiany pracy, depresja oraz problemy zdrowotne (Moore i wsp., 2004).

W badaniach na grupie 2279 pracowników umysłowych i fizycznych wykazano, że doświadczenia związane z redukcją zatrudnienia w firmie mają związek z poziomem zdrowia, depresją, poczuciem niepewności pracy, zmianami w zakresie odżywiania. Osoby, które zostały zwolnione, a następnie znów zatrudnione (w tej samej firmie) częściej zgłaszały urazy i choroby związane z pracą i były nieobecne w pracy z tego powodu w porównaniu do tych, którzy tylko otrzymali informacje na temat redukcji zatrudnienia (ostrzeżenie), doświadczyli tej sytuacji pośrednio (tj. ktoś z kolegów, współpracowników został zwolniony ze względu na redukcję etatów) lub w ogóle nie doświadczyli takiej sytuacji. Poziom niepewności pracy częściowo modyfikował relację między sytuacją zwolnienia (bezpośrednio/ pośrednio/wcale) i zdrowiem (Grunberg i wsp., 2001).

Badania w grupie pielęgniarek wykazały, że w trakcie restrukturyzacji szpitala, obciążenie prac jest najlepszym predyktorem stresu u pracownic (wyrażającym się m.in. małą satysfakcją z pracy, niskim poczuciem skuteczności i pewności pracy. Większe obciążenie przyczyniało się do depresji, lęku i wyższego poziomu cynizmu. Przejmowanie obowiązków przez pracownika starszego rangą wiązało się także z niepewności pracy, lękiem i depresją (Greenglass i wsp., 2001).

Wyniki badań przeprowadzonych w grupie 363 pracowników służb cywilnych pokazały, że jeśli w pracy panują złe warunki fizyczne (światło, temperatura), pracownicy częściej biorą zwolnienia lekarskie. Z kolei w przypadku złych warunków psychospołecznych (obciążenie pracą, napięta atmosfera) zwolnienia są wprawdzie brane rzadziej, ale jednocześnie ludzie częściej skarżą się na dolegliwości (tj. częściej pojawiają się w pracy pomimo pogorszenia stanu zdrowia) (Woo i wsp., 1999).

Kwestionariuszowe badania przeprowadzone wśród pielęgniarek (N=271), pracujących szpitalu, który przeszedł restrukturyzację, wykazały, że zagrożenie zwolnieniem, zastąpienie lub zwolnienie współpracownika i poczucie niepewności pracy wiąże się z gorszym poziomem zdrowia fizycznego (Maurier, Northcott, 2000).

Wyniki badania pielęgniarek (N=46) ze szpitala, który przeszedł dwie reorganizacje i w którym nastąpiła redukcja zatrudnienia pokazały, że w przeciągu 30 miesięcy u 29% badanych wystąpiło wypalenie zawodowe (a u pracowników wzrosły wskaźniki wypalenia zawodowego mierzone kwestionariuszem Bergen Burnout Indicator), zmniejszył się

natomiast poziom satysfakcji związanej z pracą (zaledwie 35% badanych odczuwało satysfakcję - przed restrukturyzacją odsetek ten wynosił 84%) (Nordang i wsp., 2010

W Niemczech przeprowadzono badania na grupie pracujących mężczyzn (N=12 240) i kobiet (N=10 319) w wieku 16-59 lat. Okazało się, że osoby, które doświadczyły sytuacji redukcji zatrudnienia w firmie i były narażone na stres w pracy (brak równowagi wysiłek-nagroda) częściej odczuwały pogorszenie stanu zdrowia (wyższy iloraz szansy wystąpienia 3 lub więcej negatywnych objawów 4.41 dla mężczyzn, 5.37 dla kobiet) w porównaniu do osób, które były narażone tylko na jeden z dwóch wymienionych czynników (efekt synergii) (Dragano i wsp., 2005).

Badania ilościowe w sektorze energetyki w Stanach Zjednoczonych wykazały, że pracownicy, którzy uważali, że zwolnienia na skutek redukcji zatrudnienia były prowadzone w sposób sprawiedliwy oraz, że sytuacja była jasna (otwarta, szczerza komunikacja) zgłaszali mniej objawów medycznych. U osób, które doświadczyli sytuacji zwolnienia pośrednio (tj. zwolniony został współpracownik) również występowały objawy medyczne, choć mniejszym nasileniu niż u osób, których sytuacja dotyczyła bezpośrednio (tj. dostali wypowiedzenie, zmienili pracę) (Pepper i wsp., 2003).

Wyniki badań na losowo dobranej próbie osób pracujących w pełnym i niepełnym wymiarze czasu pracy pracowników w Szwajcarii wykazały, że stres wywołany niepewnością pracy (zagrożeniem zwolnieniem/ bezrobociem) wpływa negatywnie na wskaźniki (stan) zdrowia. Efekt ten był silniejszy u osób z wyższym wykształceniem (Domenighetti i wsp, 2000).

**Podsumowując, psychospołeczne zagrożenia obecne w miejscu pracy mogą powodować szkodę fizyczną (pogorszenie stanu zdrowia fizycznego), psychiczną (zmiany w funkcjach poznawczo – percepcyjnych, zmiany w zachowaniu, pogorszenie stanu zdrowia psychicznego), społeczną (pogorszenie relacji, konflikty zarówno w pracy jak i w domu) oraz organizacyjną (większa absencja, mniejsze zaangażowanie w pracę, mniejsza efektywność pracy, częstsze błędy i wypadki przy pracy).**

## Bibliografia cz. 2:

1. Bamber M. A cognitive behavioural model of occupational stress. In: Bamber M.R [ed]. CBT for occupational stress in health professionals. Introducing a schema-focused approach. Routledge, Taylor & Francis Group, London 2006, pp.15-24.
2. Baltzer M, Westerlund H, Backhans M, Melinder K. (2011), Involvement and structure: a qualitative study of organizational change and sickness absence among women in the public sector in Sweden. BMC Public Health
3. Bartram, D. J., Yadegarfar, G., Baldwin, D. S. (2009). Psychosocial working conditions and work-related stressors among UK veterinary surgeons. *Occup Med (Lond)* 59: 334-341.
4. Bongers P.M., de Winter C.R., Kompier M.A.,. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health* 1993;19(5):297–312
5. Cox T., Griffiths A., Rial-Gonzales E. Badania nad stresem związanym z pracą. Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy. Raport. Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2006.
6. Cox T., Griffiths A., Rial-Gonzales E. Research on work-related stress. Report - 2000. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg 2009.
7. Chen W. Q, Yu I. T-S, Wong T. W. Impact of occupational stress and other psychosocial factors on musculoskeletal pain among Chinese offshore oil installation workers. *Occupational and Environmental Medicine* 2005;62:251-256. Doi:10.1136/oem.2004.013680.
8. Dollard M.F., Winefield A.H.: Managing Occupational Stress: A National and International Perspective. *Int. J. Stress Manag.* 1996;3(2):69-83
9. Domenighetti G., D'Avanzo B., Bisig B. (2000) Health effects of job insecurity among employees in the Swiss general population. *International Journal of Health Services: planning, administration, evaluation*, 30(3), 477-90
10. Dragano N., Verde P.E., Siegrist J. (2005). Organisational downsizing and work stress: testing synergistic health effects in employed men and women. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 59(8):694-9
11. Kalimo R. Taris, T.W. Schaufeli W.B. (2003). The effects of past and anticipated future downsizing on survivor well-being: An Equity perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(2), 91-109.
12. Greubel J, Kecklund G (2011) The impact of organizational changes on work stress, sleep, recovery and health. *Industrial Health* 49(3):353-64.

13. Grunberg L., Moore S.Y., Greenberg E. (2001). Differences in psychological and physical health among layoff survivors: The effect of layoff contact. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(1),15-25.
14. Greenglass E.R., Burke R.J., (2001). Stress and the effects of hospital restructuring in nurses. *The Canadian Journal of nursing research*, 33(2):93-108  
Lavoie-Tremblay M, Bonin JP, Lesage AD, Bonneville-Roussy A, Lavigne GL, Laroche D (2010). Contribution of the psychosocial work environment to psychological distress among health care professionals before and during a major organizational change. *The Health Care Manager* 29(4):293-304
15. Hoel H., Sparks K., Cooper C.L. (2001) The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment. *International Labour Organization*, Geneva.
16. Leroyer A, Kraemer-Heriaud H, Marescaux L, Frimat P. (2006). Prospective evaluation of the impact of organizational change on perceived stress and health in assembly-line workers in an automobile plant. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 54(1):15-25
17. Leka S, Cox T. Preface. W: Leka S., Cox T. [red.]. *The European Framework for Psychosocial Risk Management PRIMA –EF*. Institute of Work, Health and Organizations, University of Nottingham, Nottingham, 2008,ss. I-II
18. Intindola, B.: EAP's still foreign to many small businesses. *National Underwriter* 1991;95:21.
19. Lanza M.L. (1992) Nurses as patient assault victims: An update, synthesis and recommendations, "*Archives of Psychiatric Nursing*", 6, 163-171.
20. Leka S, Cox T. Preface. W: Leka S., Cox T. [red.]. *The European Framework for Psychosocial Risk Management PRIMA –EF*. Institute of Work, Health and Organizations, University of Nottingham, Nottingham, 2008,ss. I-II
21. Leymann H.: *The mobbing encyclopaedia*. /[www.leyman.se/](http://www.leyman.se/)
22. Leymann H. (1996) The content and development of mobbing at work, "*European Journal of Work and Organizational Psychology*", 5(2), 165-184.
23. Leymann H., Gustafsson A. (1996) Mobbing at Work and the Development of Post-traumatic Stress Disorders, "*European Journal of Work and Organizational Psychology*", 5(2), 251-275.

24. Medin J, Ekberg K, Nordlund A, Eklund J. (2008). Organisational change, job strain and increased risk of stroke? A pilot study. *Work. A journal of prevention, assessment, and rehabilitation*. 31(4):443-9.
25. Maurier W.L., Northcott H.C. (2000). Job uncertainty and health status for nurses during restructuring of health care in Alberta. *Western Journal of Nursing Research*, 22(5), 623-41.
26. Mikkelsen E.G. i Einarsen S. (2002a) Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work, "European Journal of Work and Organizational Psychology", 11, 87-111.
27. Mikkelsen E.G. i Einarsen S. (2002b): Relationship between exposure to bullying at work an psychological an psychosomatic health complaints. The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy, "Scandinavian Journal of Psychology, 43, 397-405.
28. Milczarek M., Schneider E., Gonzales E.R..OSH in figures: Stress at work-facts and figures.European Risk Observatory Report -2009.European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg 2009.
29. Moore S. Grunberg .Leon; Greenberg E. (2004) Repeated Downsizing Contact: The Effects of Similar and Dissimilar Layoff Experiences on Work and Well-Being Outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(3), 247-257
30. Niedhammer I., Chastang J., David S. Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey. *Occupational Medicine* 2008; 58(1):15-24. Doi:10.1093/occmed/kqm115.
31. Niedhammer I, Chastang J.F, David S, Barouhriel L, Barrandon G. (2006). Psychosocial work environment and mental health: Job-strain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes. *Journal of occupational and environmental health* 12(2):111-9.
32. Nordang K., Hall-Lord M.L., Farup P.G. (2010). Burnout in health-care professionals during reorganizations and downsizing. A cohort study in nurses. *BMC Nursing*, 4;9:18.
33. NWNL (1993) Northwestern National Life Insurance Company: Fear and violence in the workplace. Minneapolis (MN), Northwestern National Life.
34. Pepper L., Messinger M., Weinberg J., Campbell R. (2003). Downsizing and health at the United States Department of Energy. *American Journal of Industrial Medicine*. 44(5), 481-91

35. Rugulies, R., Bültmann, U., Aust, B., Burr, H. 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* 2006;163(10):877-887.
36. Stranks J. *Stress At work. Management and prevention*. Elsevier, UK, Oxford 2005, pp 1-63
37. Størseth F. (2006). Changes at work and employee reactions: organizational elements, job insecurity, and short-term stress as predictors for employee health and safety. *Scandinavian Journal of Psychology* 47(6):541-50.
38. Väänänen A, Pahkin K, Kalimo R, Buunk B.P. (2004). Maintenance of subjective health during a merger: the role of experienced change and pre-merger social support at work in white- and blue-collar workers. *Social Science & Medicine* 58; 1903–1915
39. Woo M., Yap A.K., Oh T.G., Long F.Y. (1999). The relationship between stress and absenteeism. *Singapore Medical Journal*, 40(9):590-5