

Łukasz Baka

Kształtowanie się zdolności do pracy i dobrostanu w grupie pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz usług związanych z kontaktem z klientem

Zalecenia do programów profilaktycznych

PORADNIK



Łukasz Baka, Łukasz Kapica, Andrzej Najmiec

**Kształtowanie się zdolności do pracy i dobrostanu
w grupie pracowników ochrony zdrowia,
oświaty i nauki oraz usług związanych
z kontaktem z klientem**

Zalecenia do programów profilaktycznych

PORADNIK

CIOP  PIB

Warszawa 2022

Opracowano na podstawie wyników V etapu programu wieloletniego „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”, finansowanego w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.

Projekt nr IV.PB.03, pt. „Monitoring psychospołecznych warunków pracy, zdolności do pracy i dobrostanu w grupie polskich pracowników”.

Koordynator Programu: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy

Autorzy:

dr hab. Łukasz Baka, mgr Łukasz Kapica, mgr Andrzej Najmiec – Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy

Projekt okładki: Jolanta Maj

Opracowanie redakcyjne: Monika Piech-Rzymowska

Opracowanie graficzne: Anna Borkowska

© Copyright by Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy
Warszawa 2022

ISBN: 978-83-7373-387-9

CIOP  **PIB**

Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy
ul. Czerniakowska 16, 00-701 Warszawa
tel. (22) 623 36 98, www.ciop.pl

1. Wstęp	5
2. Psychospołeczne warunki pracy	8
2.1. Wymagania w pracy	8
2.2. Konflikt między pracą a życiem osobistym	10
2.3. Zasoby w pracy	11
3. Dobrostan psychofizyczny i zdolność do pracy	13
3.1. Wypalenie zawodowe	13
3.2. Zaangażowanie w pracę	14
3.3. Depresja	15
3.4. Zdolność do pracy	16
4. Badania własne	17
4.1. Przebieg badań	17
4.2. Osoby badane	18
4.3. Narzędzia pomiaru	20
4.3.1. Kopenhaski Kwestionariusz Psychospołeczny (COPSOQ II)	20
4.3.2. OLdenburski Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (OLBI)	21
4.3.3. Kwestionariusz Zaangażowania w Pracy (UWES)	21
4.3.4. Indeks Zdolności do Pracy (WAI)	22
5. Wyniki	22
5.1. Wyniki analizy wariancji międzygrupowej	22
5.1.1. Wyniki analizy wariancji międzygrupowej w pomiarze 1 (2020 r.)	23
5.1.2. Wyniki analizy wariancji międzygrupowej w pomiarze 2 (2021 r.)	27
5.1.3. Wyniki analizy wariancji międzygrupowej w pomiarze 3 (2022 r.)	31
5.2. Wyniki analizy wariancji na próbach zależnych	35
5.3. Wyniki analizy regresji z efektami mediacji	38
6. Wnioski z badań	41

7. Zalecenia do prowadzenia działań profilaktycznych	43
7.1. Trening uważności	43
7.2. Trening wzmacnianie odporności psychicznej	44
7.3. Trening wzmacniania zasobów osobowych pracownika	46
7.4. Treningi radzenia sobie ze stresem	47
7.5. Warsztat doskonalenia umiejętności społecznych	48
7.6. Trening relaksacyjny	49
7.7. Promocja zdrowego stylu życia	50
Bibliografia	52

1. WSTĘP

Zgodnie z założeniami strategii „Europa 2020” oraz strategicznymi ramami UE w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2014-2020, zdrowe i bezpieczne środowisko pracy przyczynia się istotnie do wzrostu wydajności pracy, promocji rozwoju gospodarczego kraju, konkurencyjności, a także ogólnego dobrostanu społecznego (Eurofound, 2014). Wśród czynników ryzyka w środowisku pracy, jako szczególnie niebezpieczne wymienia się zagrożenia psychospołeczne. Prowadzą one zarówno do pogorszenia zdrowia pracowników, jak i do obniżenia ich wydajności, mierzonej: liczbą dni absencji, osiągnięciami czy zdolnością do pracy (EU-OSHA, 2014). *Europejskie badanie przedsiębiorstw na temat nowych i pojawiających się zagrożeń (ESENER-2)*, w którym brało udział 36 krajów europejskich (28 krajów UE¹ oraz Albania, Islandia, Czarnogóra, Macedonia, Serbia, Turcja, Norwegia i Szwajcaria), wykazały, że psychospołeczne warunki pracy są oceniane przez pracowników jako bardziej uciążliwe niż fizyczne warunki pracy. Pojawiające się na rynku pracy trendy, takie jak: zmiany technologiczne, przeciążenie informacyjne, wielozadaniowość, presja czasu, konieczność ciągłego uczenia się, wzrost tempa życia przyczyniający się do zwiększania intensywności pracy, restrukturyzacja, a także nieregularne godziny pracy sprawiają, że praca staje się dla człowieka coraz bardziej wymagająca, a przez to silnie stresogenna (Schonfeld i Chu-Hsiang, 2017).

Uciążliwość psychospołecznych warunków pracy potwierdzają liczne studia badawcze prowadzone na dużych populacjach osób aktywnych zawodowo. Przykładowo amerykańskie badania surveyowe, prowadzone na próbie 60 556 pracowników dużych korporacji wykazały, że 4,5% z nich cierpi na zaburzenia psychiczne spowodowane silnym stresem w pracy, zaś u 9,6% innych prawdopodobieństwo ich wystąpienia oszacowano jako wysokie (Fryers i in., 2003). Także badania prospektywne na licznych kohortach osób badanych, prowadzone w ramach projektów narodowych, np. holenderski NEMESIS i *Maastricht Cohort Study on Fatigue at Work*, belgijski BELSTRESS, angielski *Whitehall II*, duński PRISME, francuski SIP (*Sante et Itineraire Professionnel*) czy kanadyjski *Canadian National Population Health Survey* – potwierdzają zależność między psychospołecznymi warunkami pracy a zdrowiem psychofizycznym pracowników.

¹ Badanie realizowane było przed wystąpieniem Wielkiej Brytanii z Unii Europejskiej.

Ryzyko problemów zdrowotnych pracowników dodatkowo pogłębiła niedawna pandemia COVID-19. Znacząco zmieniła ona „świat pracy”. Postawiła przed pracownikami nowe, nieznane dotąd wyzwania, takie jak: braki kadrowe, niewystarczający sprzęt, nieodpowiednia ochrona przed skażeniem, ryzyko infekcji, przeciążenie pracą, a także izolacja społeczna (Abdullah i in., 2020; Fiorillo i Gorwood, 2020; Eurofound Living Working and COVID-19, 2020). Codzienne radzenie sobie z tymi wymaganiami może wyczerpywać zasoby pracowników i sprawiać, że specyficzne wymagania zawodowe (np. wymagania ilościowe, emocjonalne oraz tempo pracy) stają się jeszcze bardziej uciążliwe (Jimmieson i in., 2017; Moreno-Jimenez i in., 2021). Innymi słowy, dodatkowe napięcie związane z pandemią sprawia, że do wykonania rutynowych aktywności zawodowych i radzenia sobie z codziennymi wymaganiami pracownicy muszą przeznaczać więcej sił i energii niż zazwyczaj (Hobfoll, 2010), co w dłuższej perspektywie prowadzi do obniżenia dobrostanu psychofizycznego pracowników, np.: problemów ze snem (Abdullah i in., 2020; Fu i in., 2020; Zhang i in., 2020), wypalenia zawodowego (Baka, 2020; Zareei i in., 2022), depresji (Daly i Robinson, 2022; Pappa i in., 2020; Zhang i in., 2022), a także obniżenia zdolności do pracy (Berling i in., 2022; Kyrönlahti i in., 2022).

W ramach projektu badawczego pt. *Monitoring psychospołecznych warunków pracy, zdolności do pracy i dobrostanu w grupie polskich pracowników*, realizowanego w CIOP-PIB w latach 2020-2022, przeprowadzono badania obejmujące kompleksową ocenę psychospołecznych warunków pracy, zdolności do pracy i dobrostanu psychofizycznego w grupie pracowników reprezentujących trzy obszary działalności zawodowej: ochronę zdrowia, oświatę i naukę oraz działalność usługową związana z pracą z klientem (np.: bankowość, ubezpieczenia, handel). Kryterium doboru grup do badań była specyfika pracy polegająca na stałym, intensywnym i bezpośrednim kontakcie z drugim człowiekiem, związanym z koniecznością niesienia różnych form pomocy, wspieraniem i doradzaniem. Monitoring objął trzykrotny pomiar psychospołecznych warunków pracy, zdolności do pracy i dobrostanu psychicznego, mierzonych w odstępstwie 8-10 miesięcy, przeprowadzony w latach 2020-2022 na tej samej ogólnopolskiej próbie pracowników. Badania miały formę kwestionariuszową, prowadzone były metodą PAPI, polegającą na bezpośrednim indywidualnym wywiadzie (prowadzonym „twarzą w twarz”) przeszkolonego ankietera z osobą badaną. Badania przeprowadzono na terenie 14 województw, w 289 wylosowanych organizacjach i instytucjach (np.: szpitalach, klinikach, szkołach,

uczelniah wyższych bankach, lokalach usługowych) w okresach: maj – czerwiec 2020 (fala 1; $N = 1315$); marzec – kwiecień 2021 (fala 2; $N = 1025$); styczeń – luty 2022 (fala 3; $N = 839$).

Wykorzystano cztery wystandaryzowane kwestionariusze: Kopenhaski Kwestionariusz Psychospołeczny COPSOQ II (Pejtersen i in., 2010; Baka, 2019), OLdenburski Inwentarz Wypalenia Zawodowego OLBI (Demerouti i in., 2001; Baka i Basińska, 2016), Utrechcki Kwestionariusz Zaangażowania w Pracy (Schaufeli i in., 2006; Szabowska-Walaszczyk i in., 2011) oraz Indeks Zdolności do Pracy WAI (Tuomi i in., 1998; Pokorski, 1998). Psychospołeczne warunki pracy objęły: (1) wymagania w pracy (ilościowe, emocjonalne), tempo pracy oraz konflikty praca – życie osobiste i życie osobiste – praca; (2) kapitał społeczny w pracy: zaufanie do kierownictwa, zaufanie do współpracowników, wsparcie od przełożonych, wsparcie od współpracowników; (3) zasoby organizacyjne: poczucie sprawczości w pracy, możliwości rozwoju, sprawiedliwość i szacunek, znaczenie pracy oraz jakość przywództwa. Wskaźnikami dobrostanu psychospołecznego były: zdrowie ogólne, problemy ze snem, napięcie psychiczne, wypalenie zawodowe, zaangażowanie w pracę oraz depresja. Zdolność do pracy mierzona była przy pomocy jednego zagregowanego wskaźnika WAI.

Jednym z rezultatów zrealizowanego projektu jest niniejszy poradnik. Obejmuje on dwa główne cele. Pierwszym z nich jest przedstawienie wyników badań dotyczących monitoringu psychospołecznych warunków pracy, dobrostanu psychofizycznego i zdolności w pracy – w trzech wymienionych wyżej grupach pracowników. Zaprezentowane zostały: (1) wyniki ANOVA na próbach niezależnych obrazujące różnice między badanymi grupami pracowników w trzech falach badań (lata: 2020, 2021, 2022); (2) wyniki ANOVA na próbach zależnych obrazujące zmiany, jakie zaszły w kolejnych falach badań w odniesieniu do badanych zmiennych; (3) wyniki analizy regresji z efektami mediacji. Drugim celem poradnika jest zaproponowanie zaleceń wspierających prowadzenie działań prewencyjnych, mających na celu osłabienie negatywnych dla dobrostanu i zdolności do pracy oddziaływań psychospołecznych czynników ryzyka w pracy. W rozdziałach 2 i 3 poradnika zostały zawarte podstawowe informacje na temat psychospołecznych warunków pracy (wymagań w pracy, konfliktów między pracą a życiem osobistym i zasobów w pracy), dobrostanu psychospołecznego (wypalenia zawodowego, zaangażowania w pracę i depresji) oraz zdolności do pracy. W dalszej części przedstawiono wyniki

uzyskanych badań (rozdział 4 i 5) oraz wnioski (rozdział 6). Rozdział 7 jest w całości poświęcony, sformułowanym w oparciu o uzyskane wyniki badań, zaleceniom dotyczącym działań profilaktycznych i prewencyjnych.

2. PSYCHOSPOŁECZNE WARUNKI PRACY

Ogólnie rzecz ujmując, psychospołeczne warunki pracy można podzielić na dwie grupy – wymagania w pracy i zasoby. Wymagania w pracy obejmujące czynniki fizyczne (np. hałas), psychologiczne (np. obciążenia emocjonalne), społeczne (np. konflikty ze współpracownikami) i organizacyjne (np. konflikt roli) występujące w środowisku pracy. Sprostanie im wiąże się ze znacznym wysiłkiem oraz kosztami psychofizjologicznymi, które musi ponieść pracownik. Zasoby w pracy obejmują następujące aspekty pracy: fizyczne (np. naszniki przeciwhałasowe), psychologiczne (np. poczucie sprawowania kontroli w pracy), społeczne (np. wsparcie od przełożonych i współpracowników) i organizacyjne (np. jakość przywództwa). Zasoby te ułatwiają osiągnięcie celów zawodowych, obniżają ponoszone koszty związane z nadmiernymi wymaganiami w pracy oraz stymulują osobisty rozwój i uczenie się pracownika. W niniejszym projekcie jako wymagania w pracy potraktowano wymagania ilościowe, wymagania emocjonalne, tempo pracy oraz konflikty na linii praca – życie osobiste i życie osobiste – praca. Do zasobów w pracy włączono zaś kapitał społeczny oraz zasoby organizacyjne.

2.1. Wymagania w pracy

Klasyczne koncepcje stresu zawodowego, m.in. model wymagania w pracy – kontrola (JDC; Karasek, 1979) koncentrowały się głównie na wymaganiach ilościowych oraz tempie pracy. Te pierwsze rozumiane są jako warunki pracy, w których do wykonania jest duża liczba zadań w danej jednostce czasu, przez co dochodzi do ich „nawarstwienia się”, co z kolei powoduje problemy z terminową ich realizacją, np.: branie nadgodzin, praca w weekendy, praca w nocy, nieregularny harmonogram pracy (Pejtersen i in., 2010).

Mierzy się je za pomocą różnych wskaźników, np.: liczby godzin spędzonych na pracy (nakład pracy), ilości wykonywanej pracy (intensywność pracy), liczby zadań wykonywanych w jednostce czasu (presja czasu) oraz subiektywnie ocenianego wysiłku fizycznego i umysłowego wkładanego w pracę (Meijman i Mulder, 1998). Tempo pracy dotyczy z kolei sytuacji, w których pracownik funkcjonuje „na podwyższonych obrotach”, wykonuje obowiązki zawodowe w szybkim tempie, często pod presją czasu (Pejtersen i in., 2010). Wykazano empirycznie, że zarówno wymagania ilościowe, jak i tempo pracy wiążą się z fizycznymi i psychologicznymi kosztami ponoszonymi przez pracownika. Przykładowo, liczne meta-analizy badań potwierdziły, że wymagania ilościowe w pracy dodatkowo korelują z wypaleniem zawodowym w grupie pracowników ochrony zdrowia (Adriaenssens, De Gucht, Maes, 2015; Hansen, Sverke, Naswall, 2007; Jourdain, Chenevert, 2010), oświaty i nauki (Hakanen i in., 2006) oraz usług związanych z bezpośrednim kontaktem z klientem (Van Jaarsfeld, Walker, Skarlicki, 2010). Inne meta-analizy potwierdziły z kolei związek wymagań ilościowych z depresją (Bonde, 2008; Netterstrom i in., 2008; Nieuwenhuijsen i in., 2010; Rugulies i in., 2017; Theorell i in., 2015).

Wraz ze wzrostem liczby prac usługowych na rynku pracy (Oksanen i in., 2008) coraz więcej uwagi poświęca się zawodom, które wymagają nawiązywania bliskich relacji emocjonalnych z drugim człowiekiem (np.: pacjentem, uczniem i klientem), wchodzenia z nim w ciągłe interakcje, a często także aktywnego angażowania się w jego problemy (Soderfeldt, 1996). Obecnie około 70 proc. pracowników wykonuje zawody usługowe, dlatego wymagania emocjonalne coraz częściej stanowią przedmiot badań w kontekście zdrowia psychicznego i fizycznego pracowników (Zapf 2002). Badania wskazują, że osoby pracujące w zawodach, w których „esencją pracy” stanowią bliskie i angażujące emocjonalnie kontakty z innymi ludźmi, są szczególnie narażone na silne bodźce emocjonalne (Berthelsen i in., 2017), np.: ryzyko przemocy (Wieclaw i in., 2006), kontakt z cierpieniem i wymóg długotrwałej opieki (Zapf, 2002), roszczeniowe postawy (Bakker i in., 2013). Przyjmuje się, że wymagania emocjonalne są równie obciążające co wymagania ilościowe (Van Vegchel i in., 2004). Prowadzone w różnych krajach i w różnych grupach zawodowych badania o charakterze zarówno poprzecznym (De Jonge i in., 2008; Näring i in., 2012), jak i podłużnym (Idris 2014; Lorente Prieto 2008; Sundin 2011; Van de Ven i in., 2004; van Vegchel i in., 2004) potwierdzają związek wymagań emocjonalnych z niskim dobrostanem psychofizycznym. Na

przykład badania podłużne z roczną przerwą między pomiarami wykazały związek między wymaganiami emocjonalnymi (np. kontakty z tzw. „trudnymi klientami”) a wyczerpaniem emocjonalnym w grupie szwedzkich ubezpieczycieli społecznych (van Vegchel i in., 2004) oraz pracowników belgijskiego sektora sprzedaży (Van de Ven i in., 2004). Podobne wyniki uzyskali Lorente Prieto i in. (2008) w badaniu podłużnym, z ośmiomiesięczną przerwą, przeprowadzonym w grupie hiszpańskich nauczycieli. Z kolei badanie szwedzkich pracowników ochrony zdrowia potwierdziło negatywny wpływ różnych sytuacji trudnych emocjonalnie w pracy (np.: kontakt z cierpiącym pacjentem, śmierć pacjenta, postawy roszczeniowe krewnych pacjenta, przemoc ze strony pacjenta) na wypalenie zawodowe mierzone rok później (Sundin i in., 2011).

2.2. Konflikt między pracą a życiem osobistym

Biorąc pod uwagę nieregularny czas pracy pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz niektórych pracowników usług, a także fakt, że w badanych sektorach, pod względem liczebności dominują kobiety, które – jak wynika z badań – doświadczają większego obciążenia obowiązkami rodzinnymi niż mężczyźni (Maher, 2013; Mayrhofer, Meyer, Schiffinger i in., 2008), istotnymi problemami w badanych grupach pracowników są konflikty między pracą a życiem osobistym. Definiuje się je jako pewną odmianę konfliktu ról, w którym wymagania roli związane z jedną dziedziną życia utrudniają bądź wykluczają realizację wymagań roli związanych z innymi dziedzinami życia (Greenhaus, Beutell, 1985). Utrudnienia te mogą wynikać z:

- braku czasu, np. nieobecność na uroczystości rodzinnej z powodu obowiązków w pracy,
- napięcia emocjonalnego, np. złość na członków rodziny z powodu stresujących wydarzeń w pracy,
- wymogu odmiennych sposobów zachowania się w różnych rolach, np. potraktowanie członka rodziny jak tzw. „trudnego pacjenta” (Grzywacz i in., 2006).

Badacze rozróżniają dwa rodzaje konfliktów, tj. konflikt praca – życie odnoszący się do sytuacji, w których wymagania związane z rolami zawodowymi przekładają się na funkcjonowanie ludzi w życiu prywatnym (np. w rodzinie), oraz konflikt życie osobiste – praca,

w którym wymagania związane z rolami pozazawodowymi utrudniają pełnienie obowiązków zawodowych. Konflikty te traktowane są jako odrębne, choć skorelowane ze sobą konstrukty teoretyczne (Byron, 2005).

Realizacja wymagań związanych z realizacją ról w różnych dziedzinach życia wiąże się z mobilizacją sił i energii człowieka, a co za tym idzie z wysokimi kosztami psychofizjologicznymi organizmu – aktywacją współczulnego układu nerwowego, drażliwością, zmęczeniem (Hockey, 1997). Dlatego po okresach wzmożonego wysiłku powinien następować czas rekonwalescencji. Zachowanie dobrego zdrowia i efektywnego funkcjonowania w różnych sferach życia jest możliwe, wówczas gdy okresy wysiłku i regeneracji równoważą się. Chociaż w krótkiej perspektywie czasowej wymagania w pracy rzadko mają szkodliwy wpływ na zdrowie, to ich codzienne nawracanie, w dłuższej perspektywie czasowej, może stać się źródłem stałego napięcia. Jeśli możliwości regeneracji po dłuższym czasie obciążenia pracą są niewystarczające, napięcie związane z pracą przenosi się na pozazawodowe obszary funkcjonowania, a pracownicy doświadczają wówczas konfliktu (Van der Heijden i in., 2008). Konflikt ten stopniowo wyczerpuje zasoby pracownika niezbędne do sprostania wymaganiom zawodowym oraz rodzinnym (np. czas, energię, siłę psychiczną i fizyczną, zdolności, wsparcie społeczne) i w konsekwencji dochodzi do negatywnych następstw zdrowotnych, np. zaburzeń psychicznych.

2.3. Zasoby w pracy

Zasoby w pracy pełnią trzy podstawowe funkcje: zmniejszają wymagania pracy i związane z nimi fizjologiczne i psychologiczne koszty, pomagają osiągnąć pracownikowi zamierzone cele zawodowe oraz stymulują zaangażowanie w wykonywaną pracę, rozwój osobisty i uczenie się (Bakker, Demerouti, 2017). Zasoby w pracy zaspokajają trzy podstawowe potrzeby psychologiczne pracownika: autonomii, kompetencji i przynależności (Deci, Ryan, 1995) – dlatego mogą przyczyniać się do wzrostu zaangażowania oraz motywacji do pracy (Schaufeli i in., 2004), a także wpływać na poprawę dobrostanu psychicznego pracowników (Bakker, Derks, 2010). Przykładowo posiadanie siły sprawczej w miejscu pracy zaspokaja potrzebę autonomii, z kolei wsparcie w miejscu pracy i zaufanie do współpracowników oraz przełożonych zaspokajają potrzebę przynależności,

a zasoby przywództwa zaspokajają potrzebę kompetencji (np. przez sprawiedliwe wynagradzanie, jak też uzyskiwanie od przełożonego informacji zwrotnych).

Jednym z rodzajów zasobów w pracy jest kapitał społeczny. Jest on kategorią bardzo szeroką i oznacza wszystko to, co decyduje o zdrowych relacjach społecznych, więziach między ludźmi i dbaniu o dobro wspólne i współpracę (Czapiński, 2013). Tak więc kapitał społeczny jest zasobem, dzięki któremu można osiągnąć różne korzyści: osobiste, grupowe, w życiu prywatnym, społecznym i zawodowym (Growiec, 2011). Wartość kapitału społecznego opiera się na wzajemnym zaufaniu jednostek, a także gotowości współpracy i niesienia pomocy (Mockało, 2015). Dowody na istnienie związku między kapitałem społecznym w pracy a stanem zdrowia pracowników przedstawili Oksanen i współpracownicy (2008) w badaniach niemal 10 tysięcy fińskich pracowników samorządów. Badacze wykazali, że ryzyko pojawienia się uszczerbku na zdrowiu było 1,27 razy większe wśród pracowników ze stale niskim poziomem kapitału społecznego w porównaniu z pracownikami z wysokim poziomem kapitału społecznego. Badania te pokazały również, że wzrost kapitału społecznego w relacjach z innymi współpracownikami oraz z przełożonymi skutkowało 3050% niższym prawdopodobieństwem zachorowania na depresję. W innych badaniach wykazano związek kapitału społecznego w miejscu pracy z niższym poziomem śmiertelności wśród ponad 28 tysięcy pracowników sektora publicznego (Oksanen i in., 2011; Mockało, 2015). Były to badania podłużne, w których co dwa lata monitorowano poziom kapitału społecznego (w latach 2000-2004), a następnie sprawdzano poziom śmiertelności 5 lat później (w 2009 r.). Analizy wykazały, że stały wzrost poziomu kapitału społecznego o 19% obniżał ryzyko śmierci wśród pracowników.

Zgodnie z założeniami teorii zachowania zasobów (*Conservative of Resources, COR*, Hobfoll, 2011), zasoby zwykle „nie działają” w izolacji od siebie, lecz przeciwnie – wchodzi z sobą w interakcję i wzajemnie pomnażają się, tworząc tak zwaną spiralę pozytywnego wpływu. Na przykład „dobre” relacje z przełożonymi (kapitał społeczny) oraz poczucie sprawiedliwego traktowania w organizacji (zasoby przywódcze) prawdopodobnie będą prowadziły do wzrostu samodzielności w decyzjach i autonomii w działaniu pracownika, a to zwróci się na jeszcze większą aktywność w poszukiwaniu wsparcia społecznego i budowanie silniejszych relacji z innymi pracownikami. Kilka badań potwierdziło istnienie wspomnianej spirali pozytywnego wpływu

między zasobami, która w dłuższej perspektywie przekładała się na lepsze radzenie sobie z wymaganiami w pracy oraz wyższy dobrostan w pracy (Hakanen i in., 2008; Xanthopoulou i in., 2007).

3. DOBROSTAN PSYCHOFIZYCZNY I ZDOLNOŚĆ DO PRACY

Na dobrostan psychofizyczny w pracy (m.in. wypalenie zawodowe, zaangażowanie w pracę i depresja) składa się wiele wskaźników, a wybrane z nich – wraz z zagadnieniem zdolności do pracy – zostały scharakteryzowane poniżej.

3.1. Wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe może być rozumiane jako psychologiczny zespół trzech syndromów: 1) wyczerpania emocjonalnego (ang. *emotional exhaustion*), 2) depersonalizacji (ang. *depersonalization*) oraz 3) obniżonego poczucia dokonań osobistych (ang. *reduced personal accomplishment*), które często występuje u osób pracujących w tzw. służbie społecznej (ang. *human service*), w zawodach wymagających nawiązywania bliskich relacji z innymi ludźmi, np. u pielęgniarek.

Wyczerpanie emocjonalne odnosi się do poczucia nadmiernego obciążenia emocjonalnego pracą oraz uszczuplenia własnych zasobów osobistych i jest spowodowane głównie nadmiernymi wymaganiami na stanowisku pracy. Jego cechami charakterystycznymi są: poczucie ogólnego zmęczenia, brak zapału do działania, brak radości z życia, zwiększona drażliwość oraz impulsywność.

Depersonalizacja przejawia się natomiast w braku empatii oraz bezdusznym i obojętnym reagowaniem na innych ludzi, będących zwykle odbiorcami danych usług lub przedmiotem opieki, np.: pacjentów, uczniów czy klientów. Może się wiązać z utratą idealizmu oraz postawą dehumanizacji. Badacze przypuszczają, że depersonalizacja jest bezpośrednią reakcją na wyczerpanie emocjonalne i stanowi formę radzenia sobie z obciążającymi

relacjami z ludźmi, będącymi biorcami pomocy (Leiter i in., 1993). Maslach (2001) wyodrębniła techniki, za pomocą których osoby wykonujące zawody społeczne, takie jak: pracownik służby zdrowia, nauczyciel, pracownik pracujący w bliskim kontakcie z klientem dystansują się od problemów swoich pacjentów. Są to etykietowanie i używanie żargonu zawodowego, intelektualizacja, izolowanie sfer życia zawodowego od prywatnego, żartowanie z chorobą, wycofywanie zaangażowania (Maslach, 2001).

Trzeci komponent wypalenia zawodowego – obniżone poczucie dokonań osobistych polega na spadku poczucia własnych kompetencji i osiągnięć, a dotyczy przede wszystkim środowiska pracy. Może się on wiązać z poczuciem utraty kontroli, niską samooceną, stanami depresyjnymi i trudnościami w radzeniu sobie z wymaganiami stanowiska pracy.

Zgodnie z obecnym stanem wiedzy, źródłem wypalenia zawodowego jest długotrwałe utrzymujący się stres, spowodowany nadmiernymi wymaganiami w pracy i niedoborem zasobów umożliwiającymi radzenie sobie z nimi (Bakker, Demerouti 2017). Tak więc nierównowaga między występującymi w środowisku pracy wymaganiami a posiadanymi zasobami jest główną przyczyną wypalenia zawodowego. Jak zauważa Sęk: „wypalenie jest nie tyle bezpośrednim skutkiem przewlekłego stresu, ile stresu niezmodyfikowanego własną aktywnością zaradczą” (2000, s. 87). Liczne badania i metaanalizy prowadzone zarówno w Polsce, jak i na całym świecie wykazały, że pracownicy ochrony zdrowia to grupa zawodowa szczególnie narażona na syndrom wypalenia zawodowego (Adriaenssens et al., 2015); Daderman, Basinska, 2016; Van der Schoot, Ogińska, Estryn-Behar, 2003), dlatego uwzględnienie tego wskaźnika zdrowia w badaniach wydaje się zasadne.

3.2. Zaangażowanie w pracę

Zaangażowanie w pracę przejawia się w poczuciu silnych i prawdziwych związków z pracą oraz w przekonaniach pracownika, że jest zdolny do skutecznego radzenia sobie z wymogami pracy (Maslach, Leiter, 1997). Definiowane jest jako stały i pogłębiający się afektywno-poznawczy stosunek do obowiązków, zachowań, ludzi i obiektów związanych z pracą (Schaufeli i in., 2006). Zaangażowanie w pracę często traktowane jest jako przeciwny biegun wypalenia zawodowego (Maslach i in., 2001), chociaż niektórzy autorzy traktują je jako odrębny, a zarazem komplementarny wobec wypalenia konstrukt

(Bakker, Demerouti, 2017). Zaangażowanie można scharakteryzować przez trzy symptomy: wigor, oddanie się pracy i pochłonięcie przez pracę. Wigor to wysoki poziom energii i odporności psychicznej w czasie pracy, wola inwestowania wysiłku w pracę i wytrwałość nawet w obliczu trudności. Oddanie się pracy zdefiniowano jako silne utożsamianie się ze swoją pracą, poczucie jej znaczenia, entuzjazmu, dumy z jej wykonywania. Pochłonięcie przez pracę jest natomiast rozumiane jako koncentracja na pracy, zaabsorbowanie nią, poczucie, że czas szybko w niej mija i że trudno oderwać się od niej (Schaufeli i in., 2006). Wigor jest często przeciwstawiany wyczerpaniu emocjonalnemu, oddanie się pracy – depersonalizacji, zaś pochłonięcie przez pracę obniżonemu poczuciu dokonań osobistych (Maslach i in., 2001). Badania wskazują, że o ile wypalenie zawodowe jest efektem wysokich wymagań stawianych w pracy i niskich zasobów, to zaangażowanie „pojawia się”, gdy wysoki jest zarówno poziom wymagań, jak i zasobów potrzebnych do radzenia sobie z tymi wymaganiami (Bakker, Demerouti, 2017).

3.3. Depresja

Depresja jest obecnie wymieniana jako jedna z głównych przyczyn niskiej zdolności do pracy, a koszty tej choroby ponoszą zarówno pracownicy, jak i pracodawcy oraz całe społeczeństwo (Steadman, Taskila, 2015). Badania wskazują, że rocznie ok. 7% obywateli Europy cierpi na depresję (Wittchen i in., 2011), ale ponad 41% ogólnej populacji doświadcza przynajmniej jednego epizodu depresji w ciągu swojego życia (Moffitt i in., 2010). W Polsce depresja jest trzecią, po nowotworach i ciąży, przyczyną długotrwałych zwolnień w pracy i stanowi prawie 8% zwolnień chorobowych wszystkich pracowników rocznie (Żołnierczyk-Zreda, Holas, 2018). Oprócz uwarunkowań genetycznych (Butcher, Hooley, Mineka, 2018) w etiologii depresji podkreśla się rolę czynników środowiskowych, w tym zagrożeń psychospołecznych w środowisku pracy (np. Theorell i in., 2015). Liczne meta-analizy badań przeprowadzonych w ostatnich latach, na dużych populacjach pracowników, wskazują na silny związek między różnymi wymaganiami w pracy (dotyczącymi ilościowego, emocjonalnego i poznawczego obciążenia nią) a depresją (Netterstrom i in., 2008; Niedhammer, Malard i Chastang, 2015; Rugulies, Aust, Madsen, 2017; Żołnierczyk-Zreda, Holas, 2018).

Badania podłużne, prowadzone w ramach projektów narodowych, na dużej próbie respondentów, np. projekt holenderski NEMESIS i *Maastricht Cohort Study on Fatigue at Work*, belgijski BELSTRESS, angielski *Whitehall II*, duński PRISME, francuski SIP (*Sante et Itineraire Professionnel*) czy kanadyjski *Canadian National Population Health Survey* także potwierdzają zależność między psychospołecznymi warunkami pracy a zdrowiem psychicznym. I tak w projekcie NEMESIS obejmującym 2646 pracowników – badanych dwukrotnie, w odstępie dwóch lat – wykazano, że wysokie wymagania psychiczne w pracy pozwalają przewidzieć wystąpienie problemów psychicznych (Plaisier, de Bruin, de Graaf i in., 2007). Podobne rezultaty uzyskano w projekcie BELSTRESS, na grupie 2821 pracowników, w którym przerwa między pomiarami wyniosła ponad sześć i pół roku (Clays, De Bacquer, Leyner i in., 2007). Z kolei we francuskim projekcie SIP, Niedhammer i jego współpracownicy badali dwukrotnie – w odstępie 4 lat – grupę 4717 pracowników ze względu na występujące w ich pracy rodzaje wymagań (np.: ilościowe obciążenie pracą, wymagania emocjonalne, konflikt ról, niepewność pracy, konflikt etyczny, niskie płace oraz brak równowagi praca – życie osobiste), zasobów w pracy (poczucie kontroli i wsparcie społeczne) oraz poziom depresji (Niedhammer, Malard, Chastang, 2015). Wyniki tych badań wykazały, że wysoka niepewność w pracy, niskie zarobki oraz niski poziom kontroli mają związek z depresją, mierzoną po 4 latach.

3.4. Zdolność do pracy

Zgodnie z koncepcją opracowaną w 1980 r. przez Fiński Instytut Zdrowia Zawodowego (FIOH), zdolność do pracy jest definiowana jako *równowaga między zdolnością pracownika do wykonywania pracy a wymaganiami stawianymi przez pracę na każdym etapie życia zawodowego* (Ilmarinen i in., 2009; Tuomi, 1998). W tej koncepcji zdolność do pracy jest wynikiem interakcji między osobą, rodzajem zadania oraz środowiskiem pracy. Oznacza to, że nie należy określać zdolności do pracy bez szczegółowej oceny rodzaju pracy, zadań związanych z pracą i środowiska pracy (Bugajska i in., 2021). Uważa się, że zdolność do pracy jest kształtowana przez cztery grupy czynników, na które składają się: zdrowie (fizyczne, psychiczne i społeczne), kompetencje (np. wiedza i umiejętności), wartości (np. motyw i postawy związane z pracą) oraz środowisko (np. miejsce pracy, rodzaj pracy oraz wymagań).

Badania nad uwarunkowaniami zdolności do pracy wykazały, że zarówno czynniki indywidualne (takie jak wiek lub nadwaga), jak i czynniki związane ze środowiskiem pracy (m.in. wysokie wymagania, niska autonomia i szkodliwe warunki pracy) są związane z niską zdolnością do jej wykonywania (Bugajska i in., 2021; Van den Berg i in., 2009). Metaanalizy potwierdzają także negatywny wpływ pracy zmianowej na zdolność do pracy (Fischer i in., 2006; Makowiec-Dąbrowska i in., 2021), w tym również w grupie pielęgniarek (Camerino i in., 2008; Sorić i in. 2013). Z kolei Costa (2005) wykazał, że zdolność do pracy pogarsza się wraz z wiekiem, przy czym efekt ten jest silniejszy w grupie pracowników zmianowych niż grupie osób pracujących *w ciągu dnia*.

4. BADANIA WŁASNE

Poniżej opisano przebieg badań, scharakteryzowano osoby badane oraz omówiono wykorzystane w toku badań narzędzia pomiarowe.

4.1. Przebieg badań

Badania zostały przeprowadzone przez Biuro Badań Społecznych „Obserwator” w okresie pandemii COVID-19. Objęły one trzykrotny pomiar psychospołecznych warunków pracy, zdolności do pracy i dobrostanu psychicznego, mierzonych w odstępstwie 8 miesięcy na tej samej ogólnopolskiej próbie pracowników w okresach:

- maj – czerwiec 2020 r. (fala 1; $N = 1315$),
- marzec – kwiecień 2021 r. (fala 2; $N = 1025$),
- styczeń – luty 2022 r. (fala 3; $N = 839$).

Badania miały charakter kwestionariuszowy, prowadzone były metodą PAPI, polegającą na bezpośrednim indywidualnym kontakcie przeszkolonego ankietera z osobą badaną. Badania były dobrowolne i anonimowe. Osoby badane samodzielnie wypełniły kwestionariusze i włożyły do kopert, a następnie do przygotowanych w tym celu urn. Badania przeprowadzono na terenie 14 województw, w 289 wylosowanych organizacjach

i instytucjach (np.: szpitalach, klinikach, szkołach, uczelniach wyższych bankach, lokalach usługowych).

4.2. Osoby badane

Osobami badanymi byli pracownicy trzech sektorów pracy:

- ➔ ochrony zdrowia ($n_1 = 440$, $n_2 = 343$, $n_3 = 285$), m.in.: lekarze, pielęgniarki i położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, rehabilitanci, medyczny personel pomocniczy,
- ➔ oświaty i nauki ($n_1 = 439$, $n_2 = 381$, $n_3 = 268$), m.in.: nauczyciele przedszkoli, szkół podstawowych, średnich i wyższych, bibliotekarze, wykładowcy akademicy,
- ➔ działalności usługowej związanej z pracą z klientem ($n_1 = 436$, $n_2 = 351$, $n_3 = 286$), m.in.: pracownicy w punktach obsługi klienta, pracownicy banków, agenci ubezpieczeniowi, sprzedawcy, pracownicy w punktach gastronomicznych.

Kryterium wyboru tych grup pracowników stanowiła specyfika pracy polegająca na stałym, intensywnym i bezpośrednim kontakcie z drugim człowiekiem, związanym z koniecznością wchodzenia w interakcje, doradzania oraz niesienia różnych form pomocy i wsparcia. Rysunek 1 przedstawia ilustrację graficzną zawodów, które wykonywały osoby badane. Poniżej przedstawiono rozkład procentowy badanej próby, w trzech falach badań, ze względu na sektor zatrudnienia, wiek oraz płeć (tabela 1). W każdej z trzech fal badań liczba osób zatrudnionych w poszczególnych sektorach, tj. ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz usług związanych z pracą w bezpośrednim kontakcie z klientem była do siebie zbliżona. Dominowały osoby w wieku 36-54 lata, zaobserwowano także wyraźną przewagę liczebną kobiet.



Rys. 1. Graficzna ilustracja zawodów reprezentowanych przez osoby z trzech badanych sektorów

Tabela 1. Rozkład procentowy i liczbowy badanej próby ze względu na sektor zatrudnienia, wiek i płeć

SEKTOR ZATRUDNIENIA	Fala 1	Fala 2	Fala 3
ochrona zdrowia	33,4% (n = 440)	33,5% (n = 343)	34% (n = 285)
oświata i nauka	33,4% (n = 439)	32,3% (n = 331)	31,9% (n = 268)
usługi związane z obsługą klienta	33,2 (n = 436)	34,2% (n = 351)	34,1% (n = 286)
WIEK			
do 35 r.ż.	27,8% (n = 367)	25,1% (n = 257)	26,6% (n = 223)
35-54 lat	48,6% (n = 640)	53,5% (n = 548)	49,5% (n = 415)
od 55 r.ż.	23,3% (n = 558)	21,5% (n = 220)	23,9% (n = 201)
PŁEĆ			
kobiety	71,9% (n = 945)	71,4% (n = 732)	72,1% (n = 605)
mężczyźni	28,1% (n = 370)	28,6% (n = 293)	27,9% (n = 234)

4.3. Narzędzia pomiaru

Wykorzystano cztery wystandaryzowane kwestionariusze: Kopenhaski Kwestionariusz Psychospołeczny COPSQ II (Pejtersen i in., 2010; Baka, 2019), OLdenburski Inwentarz Wypalenia Zawodowego OLBI (Demerouti i in., 2001; Baka, Basińska, 2016), Utrechcki Kwestionariusz Zaangażowania w Pracy (Schaufeli i in., 2006; Szabowska-Walaszczyk i in., 2011) oraz Indeks Zdolności do Pracy WAI (Tuomi i in., 1998; Pokorski, 1998).

4.3.1. Kopenhaski Kwestionariusz Psychospołeczny (COPSQ II)

Psychospołeczne warunki pracy oraz zdrowie psychofizyczne (tj. zdrowie ogólne, problemy ze snem, napięcie psychiczne, depresja) mierzono za pomocą polskiej wersji Kopenhaskiego Kwestionariusza Psychospołecznych Warunków Pracy COPSQ II (*Copenhagen Psychosocial Questionnaire*) (Pejtersen i in., 2010; Baka, 2019). Jest on obecnie międzynarodowym, wystandaryzowanym narzędziem wykorzystywanym przez Międzynarodową Organizację Pracy oraz Światową Organizację Zdrowia do oceny zagrożeń psychospołecznych występujących w środowisku pracy (Berthelsen, Hakanen i Westerlund, 2018). Kwestionariusz został przetłumaczony na 25 języków i zweryfikowany w wielu krajach na świecie, w tym także w Polsce (Baka, 2019). Uwzględnia on nie tylko potencjalne źródła stresu w pracy, ale także zasoby człowieka, np. wsparcie od przełożonych i współpracowników, jakość przywództwa czy klimat społeczny. W poniższym opracowaniu wykorzystano wybrane podskale kwestionariusza COPSQ II, obejmujące pomiar:

- ➔ **wymagań w pracy:** ilościowych, emocjonalnych i tempa pracy,
- ➔ **konfliktów między pracą i życiem osobistym:** konfliktu praca-życie i życie-praca,
- ➔ **kapitału społecznego:** wsparcia od współpracowników, wsparcia od przełożonych, zaufania do współpracowników, zaufania do kierownictwa,
- ➔ **zasobów organizacyjnych:** poczucia wpływu w pracy, możliwości rozwoju, sprawiedliwości i szacunku, znaczenia pracy oraz jakości przywództwa,
- ➔ **dobrostanu psychofizycznego:** zdrowia ogólnego, problemów ze snem, napięcia psychicznego, depresji.

4.3.2. OLdenburski Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (OLBI)

Wypalenie zawodowe mierzone OLdenburskim Kwestionariuszem Wypalenia Zawodowego OLBI (*OLdenburgh Burnout Inventory*) (Demerouti i in., 2001; Baka, Basińska, 2016). Składa się on z 16 itemów, które składają się na dwie następujące podskale:

- ➔ wyczerpanie (*exhaustion*) – rezultat utrzymującego się, chronicznego napięcia, spowodowanego fizycznymi, emocjonalnymi i poznawczymi wymaganiami pracy, charakteryzujący się niewystarczającą ilością zasobów potrzebnych do radzenia sobie z tymi wymaganiami,
- ➔ zdystansowanie wobec pracy (*disengagement from work*) – postawa wycofująca wobec klientów, współpracowników, treści pracy i całego kontekstu związanego z pracą, np. obowiązków zawodowych, wartości pracowniczych oraz kultury organizacyjnej.

Na każdą z podskal przypada osiem itemów. W poradniku wykorzystano zagregowany (ogólny) wskaźnik wypalenia zawodowego.

4.3.3. Kwestionariusz Zaangażowania w Pracy (UWES)

Zaangażowanie w pracy mierzone za pomocą polskiej wersji (Szabowska-Walaszek i in., 2011) kwestionariusza UWES (*Utrecht Work Engagement Scale*) (Schaufeli i in., 2002). Zawiera on siedemnaście itemów mierzących trzy wskaźniki zaangażowania: wigor, oddanie się pracy i pochłonięcie przez pracę. Wszystkie pozycje mają siedmiostopniową rozpiętość – od 0 (nigdy) do 6 (każdego dnia). Zgodnie z definicją autorów narzędzia (Schaufeli i in., 2002):

- ➔ wigor to wysoki poziom energii i odporności psychicznej w czasie pracy, wola inwestowania wysiłku w pracę i wytrwałość nawet w obliczu trudności,
- ➔ oddanie się pracy to silne utożsamianie się ze swoją pracą, poczucie jej znaczenia, entuzjazmu, dumy z jej wykonywania,
- ➔ pochłonięcie przez pracę to koncentracja na pracy, zaabsorbowanie nią, poczucie, że czas mija szybko w trakcie pracy oraz że trudno się od niej oderwać.

4.3.4. Zdolność do Pracy (WAI)

Do pomiaru zdolności do pracy zastosowano Indeks Zdolności do Pracy (*Work Ability Index*) Tuomi i in., 1998) w wersji polskiej (Pokorski, 1998). Mierzy on liczbę odczuwanych dolegliwości somatycznych, np.: schorzenia mięśniowo-naczyniowe, schorzenia sercowo-naczyniowe, schorzenia oddechowe, a także subiektywnie odczuwaną zdolność do pracy w stosunku do wymagań wykonywanego zawodu. Indeks informuje, w jakim stopniu pracownik jest zdolny do wykonywania swojej pracy. Dobre parametry psychometryczne narzędzia zostały potwierdzone w badaniach prowadzonych w Centralnym Instytucie Ochrony Pracy – Państwowym Instytucie Badawczym (CIOP-PIB) (Bugajska, Baka, Kapica, 2020; Bugajska, Makowiec-Dąbrowska, Konarska, 2008). Indeks składa się z siedmiu podskal:

- ➔ obecnej zdolności do pracy w porównaniu z najlepszą w życiu,
- ➔ zdolności do pracy odniesionej do wymagań zawodu,
- ➔ liczby obecnych schorzeń rozpoznanych przez lekarza,
- ➔ szacowanego upośledzenia zdolności do pracy z powodu schorzeń,
- ➔ rocznej absencji chorobowej (ostatnie 12 miesięcy),
- ➔ własnej prognozy zdolności do pracy w ciągu najbliższych dwóch lat.

5. WYNIKI

5.1. Wyniki analizy wariancji międzygrupowej

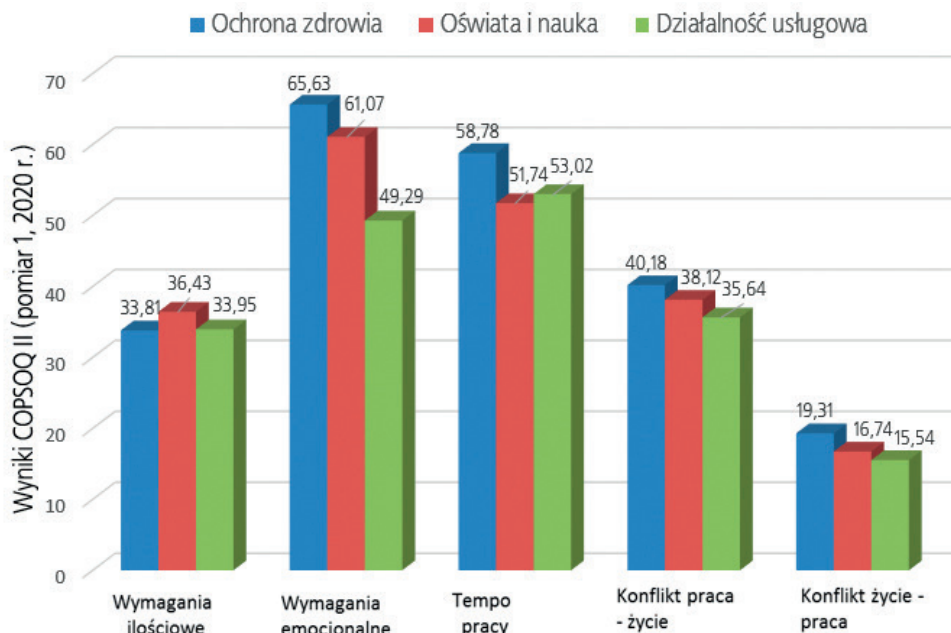
Poniżej zostaną opisane wyniki analizy wariancji jednoczynnikowej, której celem było porównanie poziomu psychospołecznych warunków pracy (wymagań w pracy, kapitału społecznego w pracy i zasobów organizacyjnych), dobrostanu psychofizycznego (zdrowia ogólnego, problemów ze snem, napięcia psychicznego, depresji, wypalenia zawodowego i zaangażowania w pracy) oraz zdolności do pracy w grupach pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz usług. Wyniki analizy zostaną przedstawione oddzielnie

dla trzech fal badań – przeprowadzonych w 2020 r., 2021 r. i 2022 r. – tak aby możliwe było zaobserwowanie dynamiki zmian w zakresie badanych zjawisk w każdej z analizowanych grup pracowników.

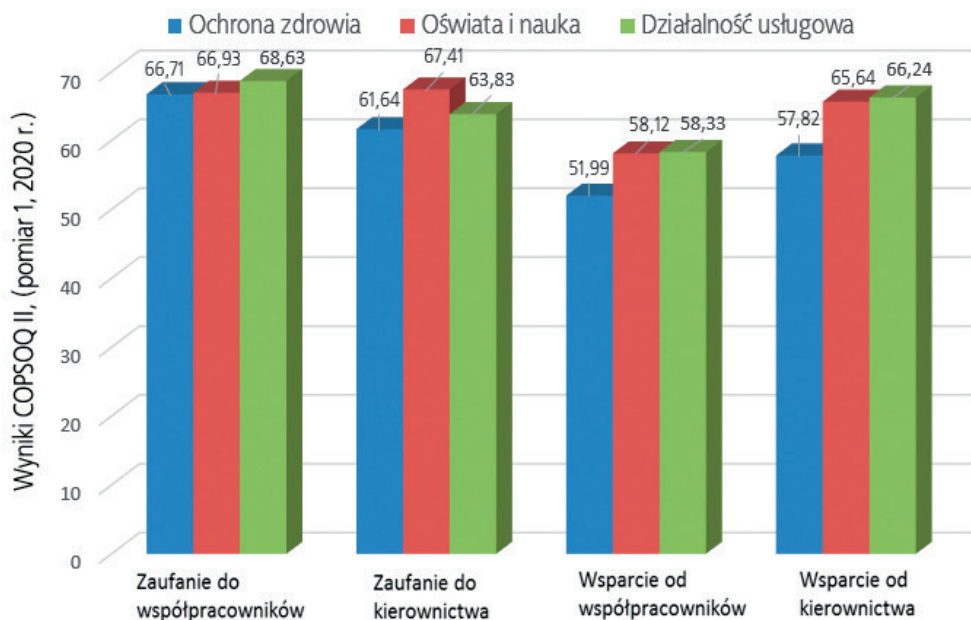
5.1.1. Wyniki analizy wariancji międzygrupowej w pomiarze pierwszym (2020 r.)

Poniżej przedstawiono wyniki analizy wariancji przeprowadzonej na podstawie danych zebranych **w pierwszej fali badań (2020 r.), na próbie 1315 pracowników** ochrony zdrowia ($n = 440$), pracowników nauki i oświaty ($n = 439$) oraz pracowników usług ($n = 436$). Rysunek 2 obrazuje wyniki średnich wartości dla pięciu rodzajów wymagań w pracy (ilościowych, emocjonalnych, tempa pracy oraz konfliktów praca – życie osobiste i życie osobiste – praca). Wyniki analiz porównawczych (ANOVA) wykazały występowanie różnic istotnie statystycznych w odniesieniu do wszystkich pięciu rodzajów wymagań: ilościowych ($F = 3,21$; $p < 0,05$), emocjonalnych ($F = 73,14$; $p < 0,001$), tempa pracy ($F = 13,35$; $p < 0,001$), konfliktu praca – życie osobiste ($F = 4,14$; $p < 0,05$) oraz konfliktu życie osobiste – praca ($F = 3,19$; $p < 0,05$), w trzech badanych grupach pracowników. Testy post hoc Bonferoniego wykazały, że pracownicy ochrony zdrowia cechują się najwyższym poziomem wymagań emocjonalnych, tempa pracy oraz konfliktów na linii praca – życie osobiste i życie osobiste – praca w porównaniu z dwoma pozostałymi grupami pracowników. Z kolei pracownicy oświaty i nauki mają statystycznie wyższy poziom wymagań emocjonalnych i tempa pracy w odniesieniu do grupy pracowników usług. Najwyższy poziom wymagań ilościowych występuje w oświacie i nauce, między dwoma pozostałymi grupami nie ma różnic istotnych statystycznie.

Na rysunku 3 zostały pokazane wartości średnich dla badanych wskaźników kapitału społecznego w pracy – zaufania do współpracowników i kierownictwa oraz wsparcia ze strony współpracowników i kierownictwa. W trzech analizowanych grupach pracowników wyniki analizy wariancji wykazały istotne statystycznie różnice pod względem zaufania do kierownictwa ($F = 12,37$; $p < 0,001$), wsparcia od współpracowników ($F = 13,02$; $p < 0,001$) oraz wsparcia od kierownictwa ($F = 20,78$; $p < 0,001$). Nie zaobserwowano różnic w odniesieniu do zaufania do współpracowników. Testy post hoc Bonferoniego wykazały, że pracownicy ochrony zdrowia charakteryzują się najniższym poziomem wsparcia od współpracowników i przełożonych w porównaniu z dwoma badanymi



Rys. 2. Wymagania w pracy w grupie pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz działalności usługowej (pomiar 1, 2020 r.)

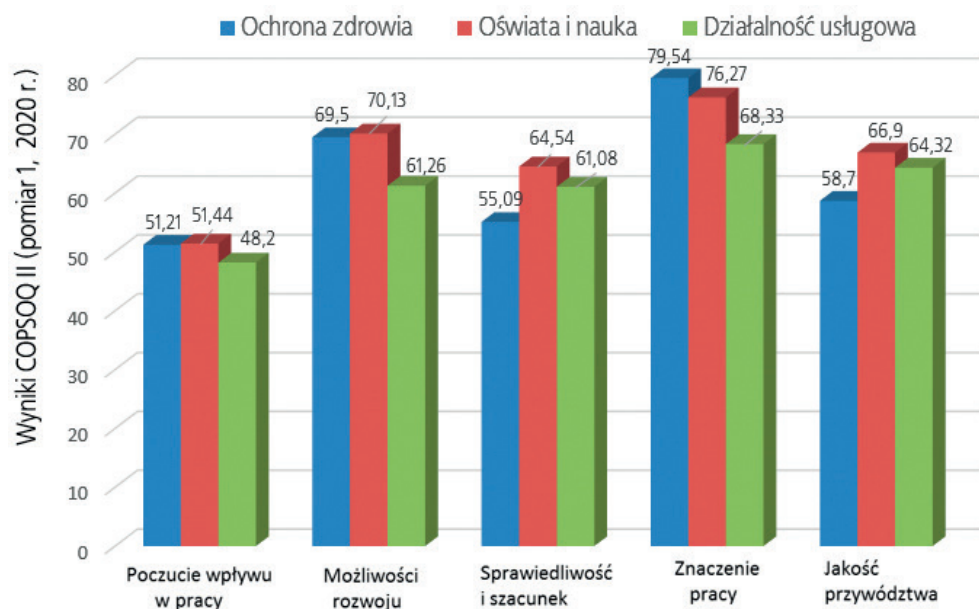


Rys. 3. Kapitał społeczny w pracy w grupie pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz działalności usługowej (pomiar 1, 2020 r.)

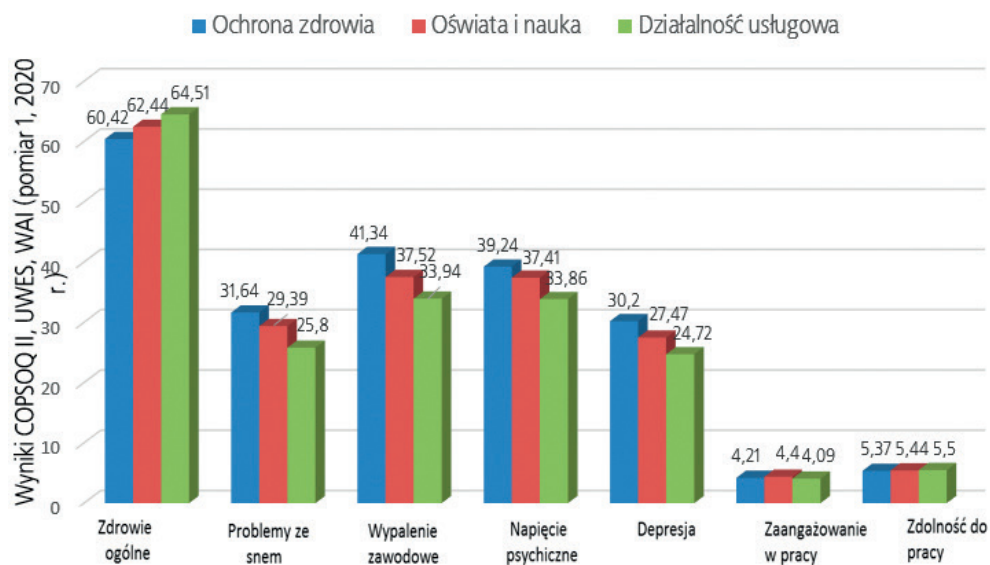
grupami pracowników, między którymi nie zaobserwowano znacznych różnic. Poza tym pracownicy ochrony zdrowia oraz oświaty i nauki cechują się niższym zaufaniem do kierownictwa w porównaniu z pracownikami usług.

Na rysunku 4 przedstawiono poziom badanych zasobów organizacyjnych w trzech porównywanych grupach pracowników. Analiza wariancji pokazała różnice istotne statystycznie dla możliwości rozwoju ($F = 24,36$; $p < 0,001$), sprawiedliwości i szacunku ($F = 25,74$; $p < 0,001$), znaczenia pracy ($F = 36,03$; $p < 0,001$) oraz jakości przywództwa ($F = 18,39$; $p < 0,001$). W odniesieniu do poczucia wpływu w pracy nie zaobserwowano różnic istotnych statystycznie. Testy post hoc wykazały, że pracownicy ochrony zdrowia przejawiali istotny statystycznie niższy poziom sprawiedliwości i szacunku oraz jakości przywództwa względem dwóch pozostałych grup. Cechowali się także najwyższym poziomem przekonań o znaczeniu własnej pracy. W grupie pracowników usług zaobserwowano z kolei najniższy poziom możliwości rozwoju w porównaniu z dwoma pozostałymi grupami pracowników.

Na rysunku 5 zobrazowano średnie wartości dla dobrostanu psychofizycznego w pracy i zdolności do pracy w trzech porównywanych grupach. Wyniki analizy wariancji pokazały istotne różnice w odniesieniu do zdrowia ogólnego ($F = 3,68$; $p < 0,05$), problemów ze snem ($F = 7,67$; $p < 0,001$), wypalenia zawodowego ($F = 15,07$; $p < 0,001$), napięcia psychicznego ($F = 7,84$; $p < 0,001$) i depresji ($F = 8,56$; $p < 0,001$) oraz zaangażowania w pracę ($F = 11,97$; $p < 0,001$). Pod względem zaangażowania w pracę i zdolności do pracy badane grupy pracowników nie różniły się między sobą. Testy porównań międzygrupowych wykazały, że między pracownikami ochrony zdrowia oraz oświaty i nauki nie ma różnic statystycznych w odniesieniu do zdrowia ogólnego, problemów ze snem, napięcia psychicznego oraz depresji. Grupy te cechują się jednakże wyższym natężeniem tych dolegliwości w porównaniu z pracownikami usług. Poza tym pracowników ochrony zdrowia cechuje najwyższe wypalenie zawodowe w porównaniu z dwoma pozostałymi grupami pracowników.



Rys. 4. Zasoby organizacyjne w grupie pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz działalności usługowej (pomiar 1, 2020 r.)



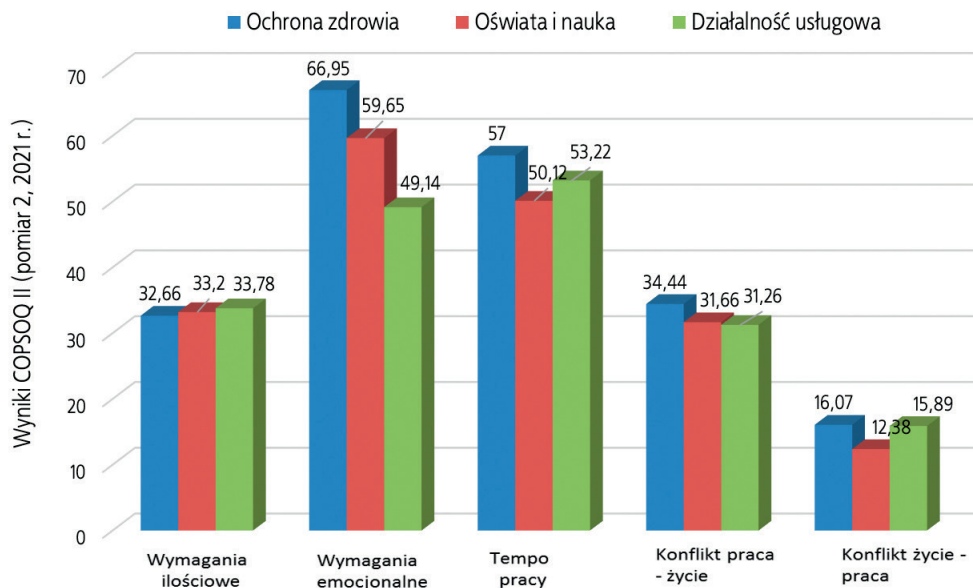
Rys. 5. Dobrostan i zdolność do pracy w grupie pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz działalności usługowej (pomiar 1, 2020 r.)

Podsumowując pierwszą falę badań, można zaobserwować, że w badanym okresie środowiskiem pracy o najwyższym poziomie ryzyka zawodowego było środowisko pracowników ochrony zdrowia. Doświadczali oni w tym okresie najwyższych wymagań w pracy: wymagań emocjonalnych, tempa pracy, a także konfliktów na linii praca – życie osobiste i życie osobiste – praca; posiadali najniższy kapitał społeczny (niskie zaufanie do kierownictwa, brak wsparcia ze strony współpracowników i przełożonych) oraz dysponowali także niskim poziomem zasobów organizacyjnych, zwłaszcza tych odnoszących się do przywództwa (tj.: sprawiedliwości i szacunku oraz jakości przywództwa). Prawdopodobnie wysoki poziom wymagań w pracy, niski kapitał społeczny oraz niskie zasoby organizacyjne przełożyły się na obniżony dobrostan psychofizyczny: problemy ze snem, napięcie psychiczne, wypalenie zawodowe i depresję.

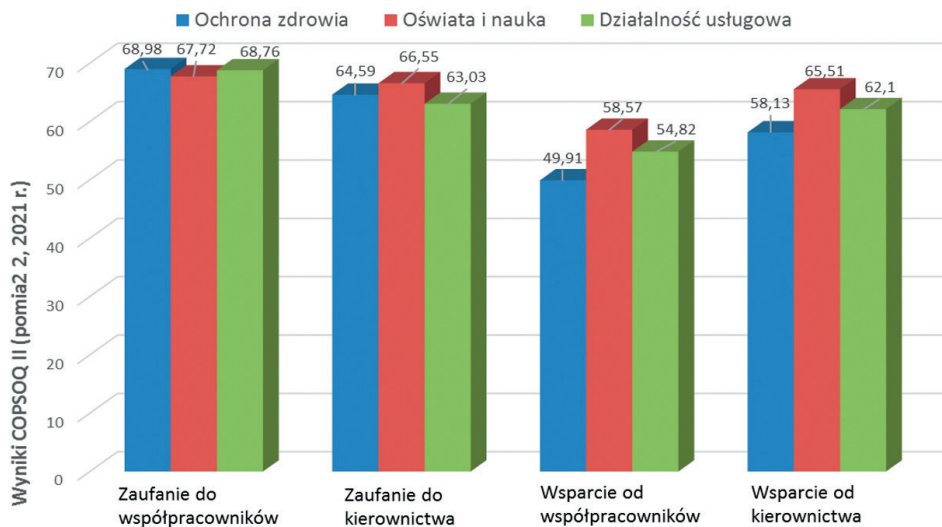
5.1.2. Wyniki analizy wariancji międzygrupowej w pomiarze drugim (2021 r.)

Poniżej przedstawione zostały wyniki analizy wariancji przeprowadzonej na podstawie danych zebranych **w drugiej fali badań (2021 r.), na próbie 1025 pracowników** ochrony zdrowia ($n = 343$), pracowników oświaty i nauki ($n = 331$) oraz pracowników usług ($n = 351$). Na rysunku 6 zaprezentowano wyniki średnich dla pięciu rodzajów wymagań w pracy. W badanych grupach pracowników ANOVA wykazała występowanie różnic istotnie statystycznych w odniesieniu do trzech rodzajów wymagań: emocjonalnych ($F = 60,94$; $p < 0,001$), tempa pracy ($F = 9,14$; $p < 0,001$) oraz konfliktu życie osobiste – praca ($F = 3,46$; $p < 0,05$). Testy post hoc Bonferoniego wykazały, że pracownicy ochrony zdrowia cechują się statystycznie wyższym poziomem wymagań emocjonalnych i tempa pracy w porównaniu z dwoma grupami pracowników oraz wyższym poziomem konfliktów na linii życie osobiste – praca w odniesieniu do pracowników usług. Wymagania ilościowe i konflikt praca – życie osobiste nie różniły się istotnie statystycznie w badanych grupach.

Na rysunku 7 pokazano średnie wartości dla badanych wskaźników kapitału społecznego w pracy – zaufania do współpracowników i kierownictwa oraz wsparcia ze strony współpracowników i kierownictwa. W trzech analizowanych grupach wyniki analizy wariancji wykazały istotne statystycznie różnice pod względem zaufania do kierownictwa



Rys. 6. Wymagania w pracy w grupie pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz działalności usługowej (pomiar 2, 2021 r.)

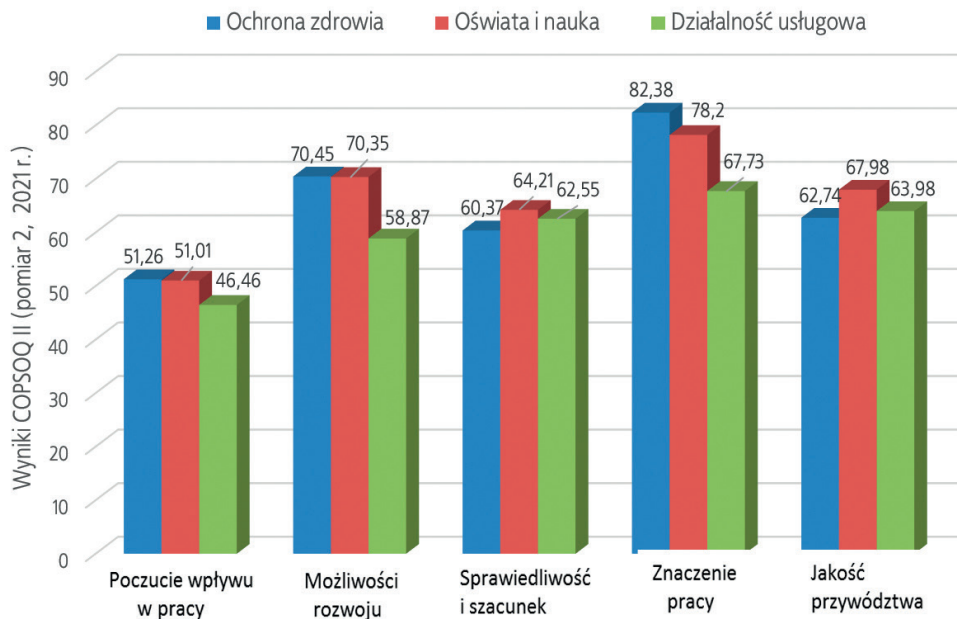


Rys. 7. Kapitał społeczny w pracy w grupie pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz działalności usługowej (pomiar 2, 2021 r.)

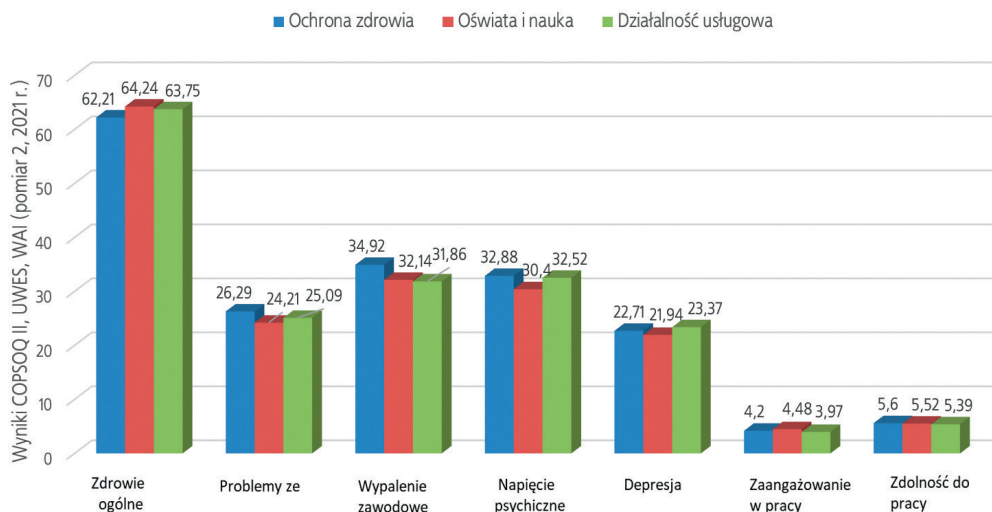
($F = 3,61$; $p < 0,05$), wsparcia od współpracowników ($F = 13,33$; $p < 0,001$) oraz wsparcia od kierownictwa ($F = 10,69$; $p < 0,001$). Nie zaobserwowano różnic w odniesieniu do zaufania do współpracowników. Testy post hoc Bonferoniego wykazały, że pracownicy ochrony pracy charakteryzują się najniższym zaufaniem do kierownictwa oraz otrzymują najniższe wsparcie ze strony współpracowników i przełożonych w porównaniu z dwoma pozostałymi grupami pracowników, między którymi nie zaobserwowano różnic istotnych statystycznie.

Rysunek 8 obrazuje poziom badanych zasobów organizacyjnych w trzech porównywanych grupach pracowników. Analiza wariancji pokazała różnice istotne statystycznie dotyczące poczucia wpływu w pracy ($F = 5,35$; $p < 0,05$), możliwości rozwoju ($F = 43,54$; $p < 0,001$), sprawiedliwości i szacunku ($F = 3,93$; $p < 0,05$), znaczenia pracy ($F = 55,84$; $p < 0,001$) oraz jakości przywództwa ($F = 6,75$; $p < 0,01$). Testy post hoc wykazały, że pracownicy usług oceniali swoje możliwości rozwoju oraz jakość przywództwa jako statystycznie niższe w porównaniu z dwoma pozostałymi grupami pracowników. Pracownicy ochrony zdrowia z kolei oceniali statystycznie niżej sprawiedliwość i szacunek w organizacji względem dwóch pozostałych grup. Cechowali się także najwyższym poziomem przekonań o znaczeniu własnej pracy. Rysunek 9 obrazuje wartości średnich dla dobrostanu psychofizycznego w pracy i zdolności do pracy. Wyniki analizy wariancji nie wykazały żadnych różnic istotnych statystycznie w odniesieniu do analizowanych wskaźników dobrostanu i zdolności do pracy.

Podsumowując drugą falę badań, można zaobserwować, że w okresie podlegającym ocenie – podobnie jak w przypadku pierwszej fali badań – środowiskiem pracy o szczególnie podwyższonym ryzyku zawodowym było środowisko pracy przedstawicieli ochrony zdrowia. Doświadczali oni w tym okresie najwyższych wymagań w pracy (emocjonalnych, tempa pracy, a także konfliktów na linii życie osobiste – praca); posiadali najniższy kapitał społeczny (niskie zaufanie do kierownictwa, brak wsparcia ze strony współpracowników i przełożonych) oraz odczuwali też niski poziom sprawiedliwości i szacunku ze strony kierownictwa. W omawianym okresie (w przeciwieństwie do poprzedniej fali badań) badane grupy pracowników nie różniły się pod względem dolegliwości psychofizycznych (zdrowia ogólnego, problemów ze snem, napięcia psychicznego, wypalenia zawodowego i depresji) oraz zdolności do pracy.



Rys. 8. Zasoby organizacyjne w grupie pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz działalności usługowej (pomiar 2, 2021 r.)

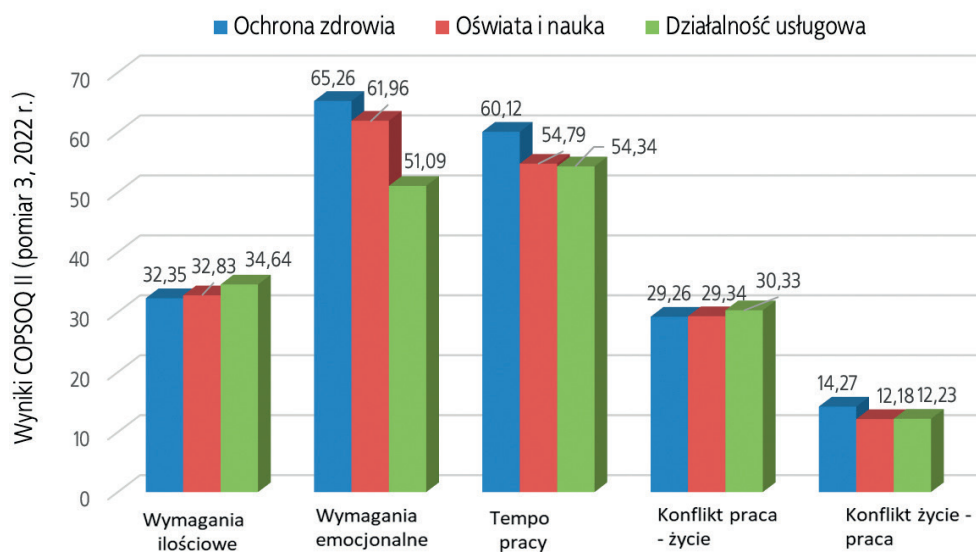


Rys. 9. Dobrostan i zdolność do pracy w grupie pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz działalności usługowej (pomiar 2, 2021 r.)

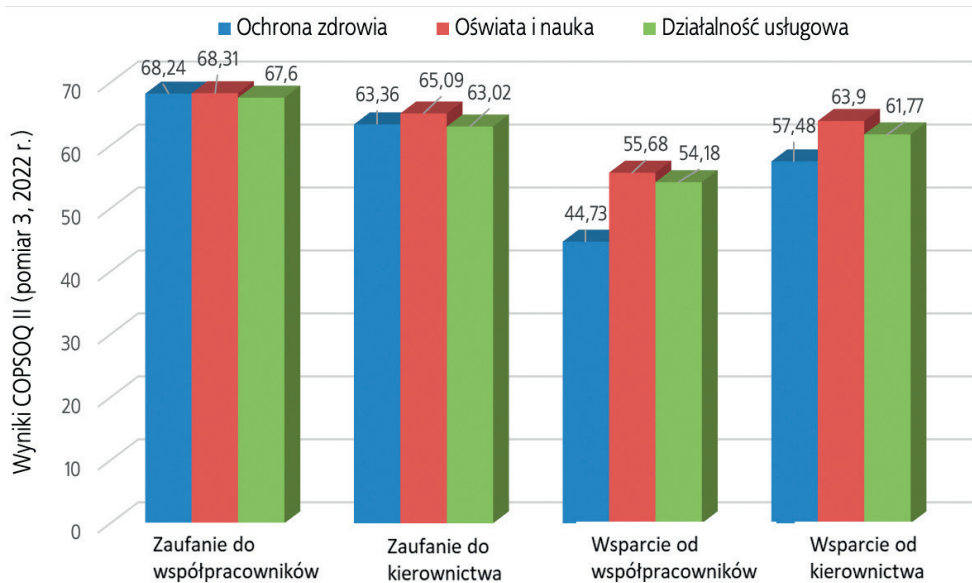
5.1.3. Wyniki analizy wariancji międzygrupowej w pomiarze trzecim (2022 r.)

W poniższym rozdziale zostały przedstawione wyniki analizy wariancji przeprowadzonej na podstawie danych zebranych **w trzeciej fali badań, na próbie 839 pracowników ochrony zdrowia (n = 285), pracowników oświaty i nauki (n = 268) oraz pracowników usług związanych z obsługą klienta (n = 286)**. Rysunek 10 obrazuje wyniki średnich dla pięciu rodzajów wymagań w pracy. W badanych grupach pracowników ANOVA wykazała występowanie różnic istotnie statystycznych w odniesieniu do dwóch rodzajów wymagań – emocjonalnych ($F = 33,99$; $p < 0,001$) oraz tempa pracy ($F = 7,39$; $p < 0,001$). Testy post hoc Bonferroni wykazały, że pracownicy ochrony zdrowia oraz oświaty i nauki nie różnią się pod względem wymagań emocjonalnych, jednakże w porównaniu z pracownikami usług cechują się statystycznie wyższym poziomem tych wymagań. W odniesieniu do tempa pracy najwyższym poziomem tych wymagań cechują się pracownicy ochrony zdrowia, zaś między pracownikami oświaty i nauki oraz pracownikami usług nie zaobserwowano różnic istotnych statystycznie. Brak różnic istotnych statystycznie wystąpił także w odniesieniu do trzech pozostałych rodzajów wymagań.

Na rysunku 11 pokazano średnie dla badanych wskaźników kapitału społecznego w pracy. ANOVA wykazała istotne statystycznie różnice pod względem poziomu otrzymywanego wsparcia od współpracowników ($F = 19,84$; $p < 0,001$) oraz wsparcia od kierownictwa ($F = 7,21$; $p < 0,001$). W porównywanych grupach pracowników nie zaobserwowano różnic w odniesieniu do zaufania do współpracowników oraz przełożonych. Testy post hoc wykazały, że pracownicy ochrony zdrowia otrzymują najniższe wsparcie ze strony współpracowników i przełożonych w porównaniu z dwoma pozostałymi grupami pracowników. Między pracownikami oświaty i nauki oraz pracownikami usług nie zaobserwowano różnic istotnych statystycznie. Rysunek 12 obrazuje poziom badanych zasobów organizacyjnych w trzech porównywanych grupach pracowników. Analiza wykazała różnice istotne statystycznie dotyczące: możliwości rozwoju ($F = 25,89$; $p < 0,001$), sprawiedliwości i szacunku ($F = 3,02$; $p < 0,05$), znaczenia pracy ($F = 27,58$; $p < 0,001$) oraz jakości przywództwa ($F = 6,15$; $p < 0,05$). Nie zaobserwowano różnic w odniesieniu do poczucia wpływu w pracy. Testy post hoc wykazały, że pracownicy usług spostrzegali swoje możliwości rozwoju oraz znaczenie pracy



Rys. 10. Wymagania w pracy w grupie pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz działalności usługowej (pomiar 3, 2022 r.)

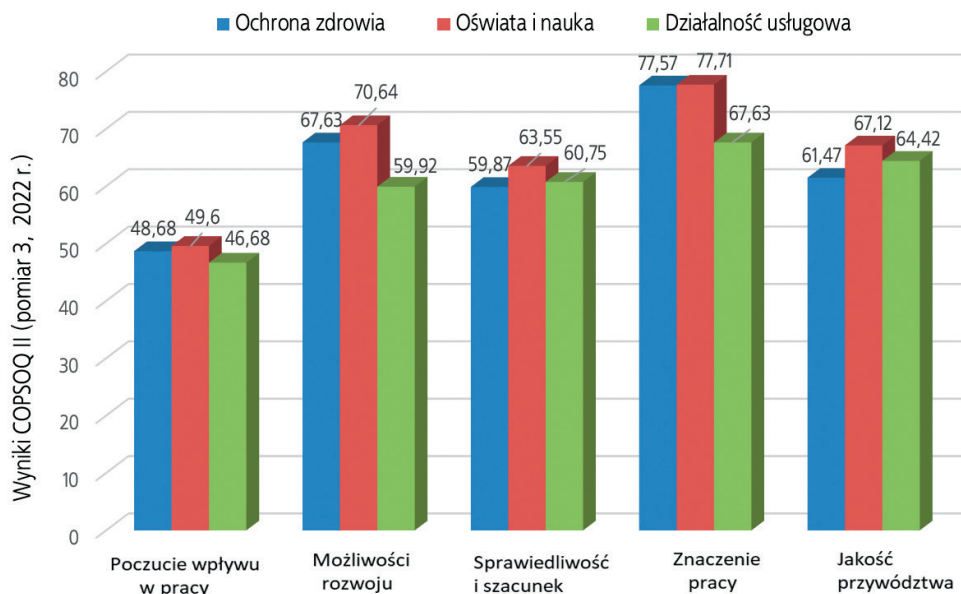


Rys. 11. Kapitał społeczny w pracy w grupie pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz działalności usługowej (pomiar 2, 2021 r.)

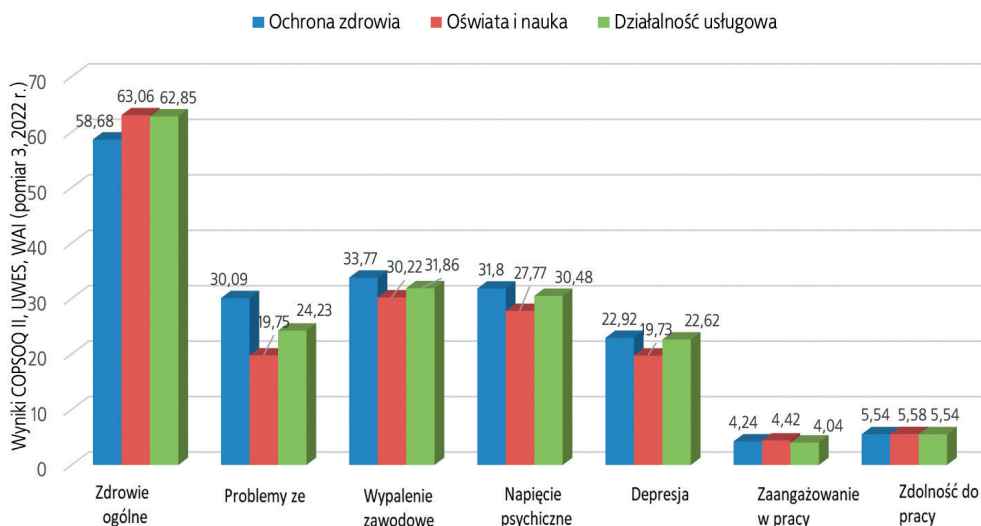
jako statystycznie niższe w porównaniu z dwoma pozostałymi grupami pracowników, między którymi nie zaobserwowano różnic. Poczucie sprawiedliwości i szacunku było z kolei statystycznie niższe w grupie pracowników ochrony zdrowia względem dwóch pozostałych grup. Spośród badanych grup to pracownicy oświaty i nauki najwyższej oceniali jakość przywództwa.

Rysunek 13 obrazuje poziom dobrostanu psychofizycznego oraz zdolności do pracy w trzech porównywanych grupach. ANOVA wykazała różnice istotne statystycznie w odniesieniu do dwóch wskaźników dobrostanu – zdrowia ogólnego ($F = 4,11$; $p < 0,05$) i problemów ze snem ($F = 10,16$; $p < 0,001$). Pracownicy ochrony zdrowia cechowali się najniższym zdrowiem ogólnym i największą bezsennością w porównaniu z dwoma pozostałymi grupami, między którymi nie zaobserwowano różnic.

Podsumowując trzecią falę badań, należy stwierdzić, że w analizowanym okresie zaobserwowano najmniejsze różnice między trzema badanymi grupami pracowników pod względem analizowanych zmiennych w porównaniu z dwoma poprzednimi falami badań. Wciąż jednak najbardziej szkodliwe warunki pracy występowały w środowisku pracowników ochrony zdrowia. Zaobserwowano w tej grupie nieco wyższy poziom wymagań w pracy w odniesieniu do tempa pracy, a także – podobnie jak w poprzednich falach badań – najniższy poziom wsparcia ze strony współpracowników i przełożonych oraz najniższe poczucie sprawiedliwości i szacunku. Pracownicy ochrony zdrowia cechowali się także najniższym zdrowiem ogólnym i najpoważniejszymi problemami ze snem.



Rys. 12. Zasoby organizacyjne w grupie pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz działalności usługowej (pomiar 3, 2022 r.)



Rys. 13. Dobrostan i zdolność do pracy w grupie pracowników ochrony zdrowia, oświaty oraz nauki i działalności usługowej (pomiar 3, 2022 r.)

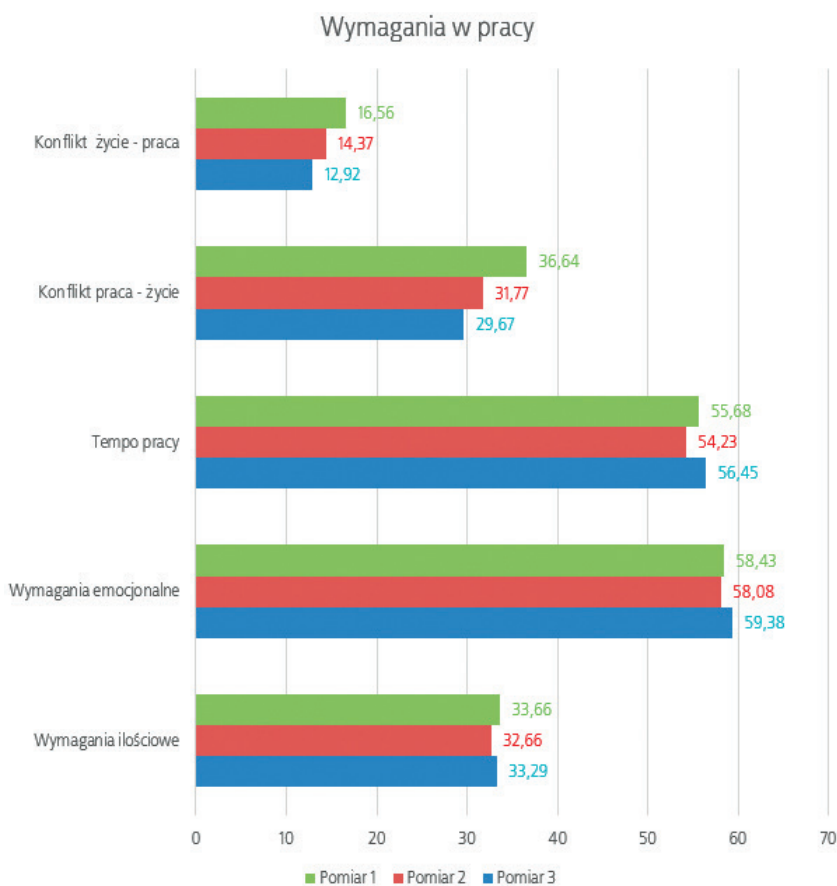
5.2. Wyniki analizy wariancji na próbach zależnych

Poniżej przedstawiono wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji na próbach zależnych, przeprowadzonej w celu zobrazowania zmian w obszarze wymagań w pracy, kapitału społecznego w pracy, zasobów organizacyjnych oraz dobrostanu i zdolności do pracy, zaobserwowanych w trzech falach badań, przeprowadzonych w latach 2020, 2021 i 2022. Analizy przeprowadzono zbiorczo na trzech grupach pracowników.

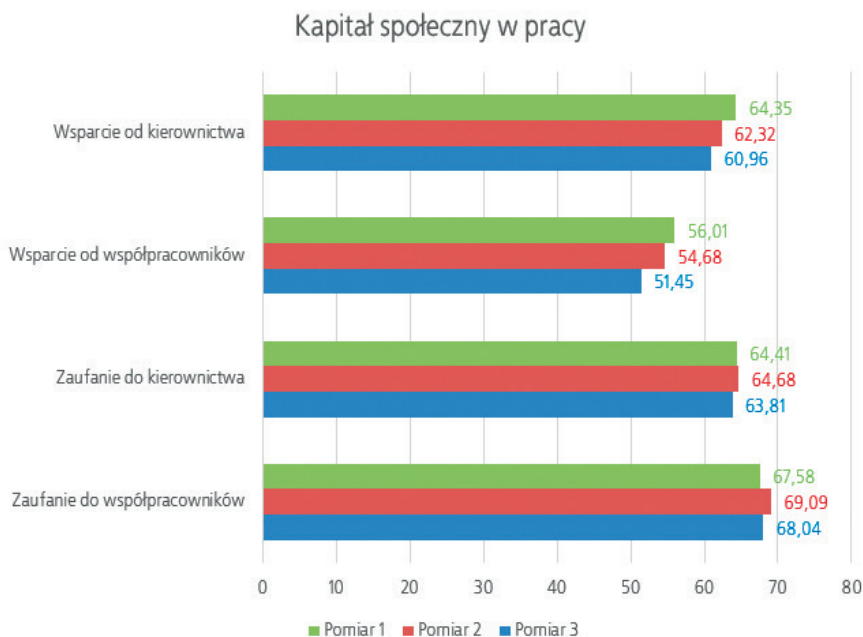
Na rysunku 14 przedstawiono średnie wyniki dla pięciu rodzajów wymagań w pracy. ANOVA wykazała istotne różnice w odniesieniu do trzech z nich: tempa pracy ($F = 3,37$; $p < 0,05$), konfliktów praca – życie osobiste ($F = 27,62$; $p < 0,001$) i życie osobiste – praca ($F = 7,94$; $p < 0,001$). Jeśli chodzi o tempo pracy, testy post hoc wykazały, że jest ono w pomiarze drugim istotnie niższe niż w pomiarze trzecim. Poziom konfliktu między pracą a życiem osobistym, mierzonego podczas pierwszej fali badań był istotnie wyższy w porównaniu z drugą i trzecią falą badań. Poziom tego konfliktu zaobserwowany w drugiej i trzeciej fali nie różnił się istotnie statystycznie. Podobne prawidłowości zaobserwowano w przypadku konfliktu praca – życie osobiste. Poziom tego konfliktu obniżał się istotnie statystycznie w kolejnych falach badań.

Rysunek 15 obrazuje poziom kapitału społecznego w pracy w trzech okresach pomiarowych. ANOVA wykazała, że istotne różnice statystyczne między pomiarami występują w przypadku wsparcia od przełożonych ($F = 7,12$; $p < 0,01$) oraz wsparcia od współpracowników ($F = 13,18$; $p < 0,001$). Dodatkowe testy porównań wykazały, że wsparcie od przełożonych było najniższe w pierwszym okresie pomiarowym, po czym istotnie obniżyło się w drugim i trzecim okresie pomiarowym. Z kolei wsparcie od współpracowników utrzymywało się na podobnym poziomie w pomiarze pierwszym i drugim, po czym istotnie statystycznie spadło w pomiarze trzecim. Na rysunku 16 pokazano poziom zasobów organizacyjnych w trzech falach badań. ANOVA wykazała, że dwa rodzaje zasobów (spośród pięciu analizowanych) wykazują różnice ze względu na okres pomiaru. Są to sprawiedliwość i szacunek ($F = 3,50$; $p < 0,05$) oraz znaczenie pracy ($F = 3,99$; $p < 0,05$). Testy post hoc wykazały, że sprawiedliwość i szacunek były w pierwszym pomiarze istotnie wyższe w porównaniu z dwoma pozostałymi. Z kolei znaczenie pracy uzyskało najwyższe wartości w pomiarze drugim i było istotnie wyższe niż w dwóch pozostałych pomiarach.

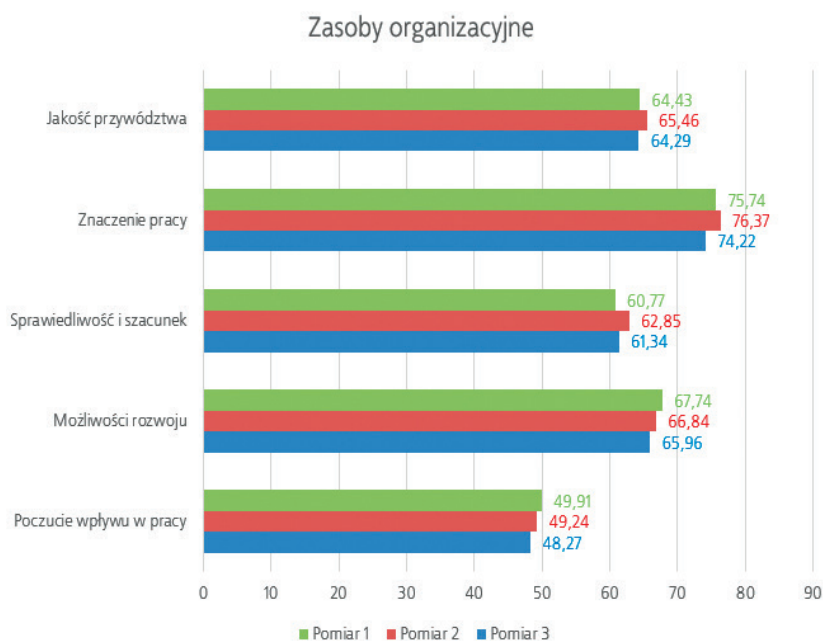
Na rysunku 17 przedstawiono średnie wartości dla siedmiu zmiennych wykorzystywanych do mierzenia dobrostanu psychofizycznego oraz zdolności do pracy, które uzyskano w trzech falach badań. Wyniki analizy wariancji dla prób zależnych wykazały różnice w odniesieniu do pięciu z nich: problemów ze snem ($F = 4,64$; $p < 0,01$), wypalenia zawodowego ($F = 11,72$; $p < 0,001$), napięcia psychicznego ($F = 19,81$; $p < 0,001$), depresji ($F = 20,97$; $p < 0,001$) oraz zdolności do pracy ($F = 11,62$; $p < 0,01$). W odniesieniu do wszystkich pięciu wymienionych wskaźników zaobserwowano identyczną prawidłowość – w pierwszej fali badań (2020 r.) wyniki wskazywały, że pracownicy odczuwali najwyższe poziomy bezsenności, wypalenia zawodowego, napięcia psychicznego i depresji, a także najniższą zdolność do pracy w porównaniu z wynikami uzyskanymi w drugiej i trzeciej fali badań. Z kolei między drugą i trzecią falą nie zaobserwowano różnic istotnych statystycznie.



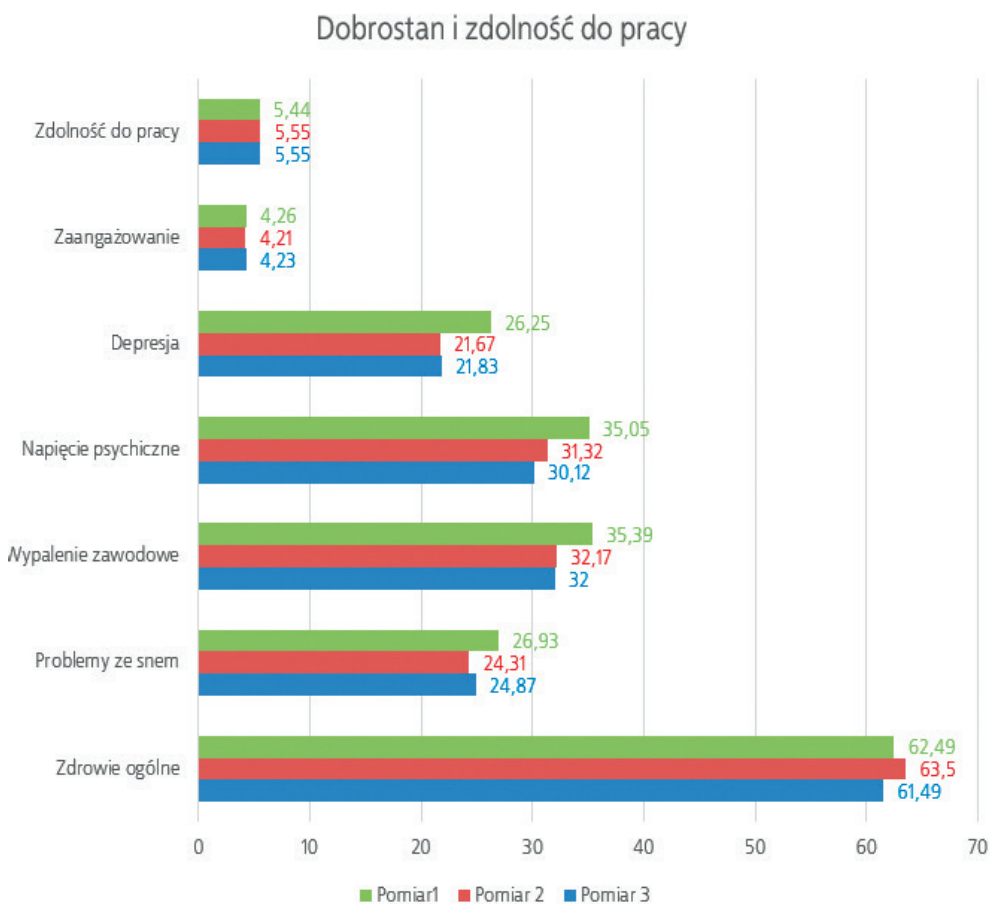
Rys. 14. Różnice w poziomie wymagań w pracy w trzech falach badań



Rys. 15. Różnice w poziomie kapitału społecznego w pracy w trzech falach badań



Rys. 16. Różnice w poziomie zasobów organizacyjnych w trzech falach badań



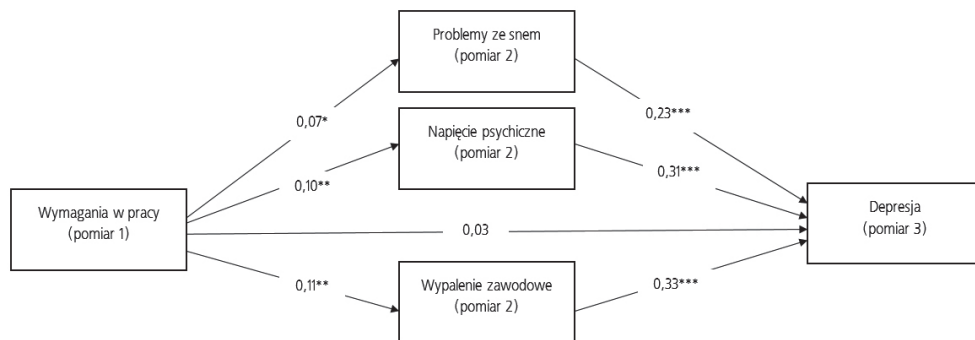
Rys. 17. Różnice w poziomie dobrostanu i zdolności do pracy w trzech falach badań

5.3. Wyniki analizy regresji z efektami mediacji

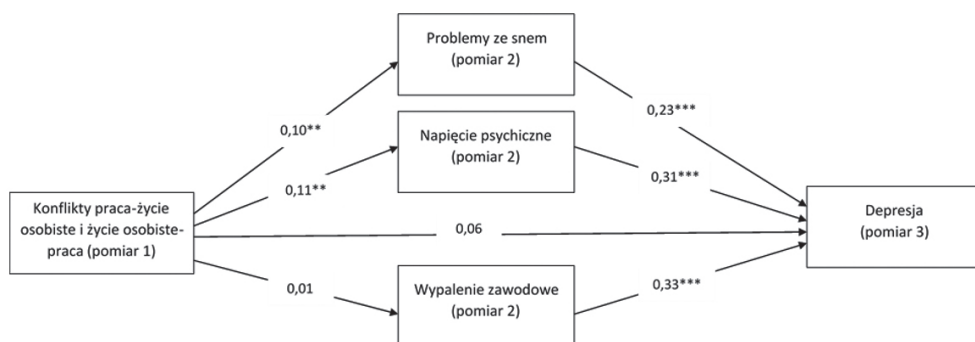
Poza przedstawioną analizą wariancji przeprowadzono także analizę regresji, w której testowano modele zależności między zmiennymi. Punktem wyjścia do testowanych modeli była teoria: wymagania w pracy – zasoby (Bakker, Demerouti, 2017). Zgodnie z jej podstawowymi założeniami problemy zdrowia psychicznego oraz dobrostan w pracy kształtują się za pomocą dwóch, równoległych w czasie procesów – procesu pogarszania stanu zdrowia (*health impairment process*) i procesu motywacyjnego (*motivational process*). Zgodnie z pierwszym z wymienionych procesów przedłużające się w czasie wysokie

wymagania w pracy prowadzą do wyczerpania psychicznych i fizycznych zasobów człowieka, w wyniku czego może pojawić się wypalenie zawodowe, a także związane z nim napięcie psychiczne i problemy ze snem (Bakker, Demerouti, 2007). Jeśli poziom wymagań w pracy utrzymuje się na wysokim poziomie, to u pozbawionego zasobów – wypalonego, napiętego i niewyspanego – pracownika mogą pojawić się zaburzenia psychiczne (np. depresja). Proces motywacyjny z kolei uruchamiany jest przez posiadane w pracy zasoby, które ułatwiają radzenie sobie z wymaganiami w pracy, utrzymują zaangażowanie w pracę na wysokim poziomie, a w dłuższej perspektywie poprawiają zdolność do pracy (Schaufeli, Bakker, 2004). Innymi słowy, wzrost wymagań w pracy skutkuje mobilizacją sił pracownika oraz wysiłkiem wkładanym w pracę, po to aby utrzymać wymagany poziom wykonania zadań. Wiąże się to jednak z dużymi kosztami psychofizjologicznymi: aktywacją układu sympatycznego, drażliwością, zmęczeniem. Kiedy wymagania w pracy utrzymują się na tym samym, wysokim poziomie, mogą pojawić się problemy psychiczne. Negatywne oddziaływanie wymagań w pracy jest neutralizowane przez działanie procesu motywacyjnego związanego z posiadanymi zasobami, np. ze wsparciem ze strony przełożonych, wysokim poziomem autonomii, który prowadzi do wzrostu zaangażowania w pracę, a w dłuższej perspektywie poprawia zdolność do pracy.

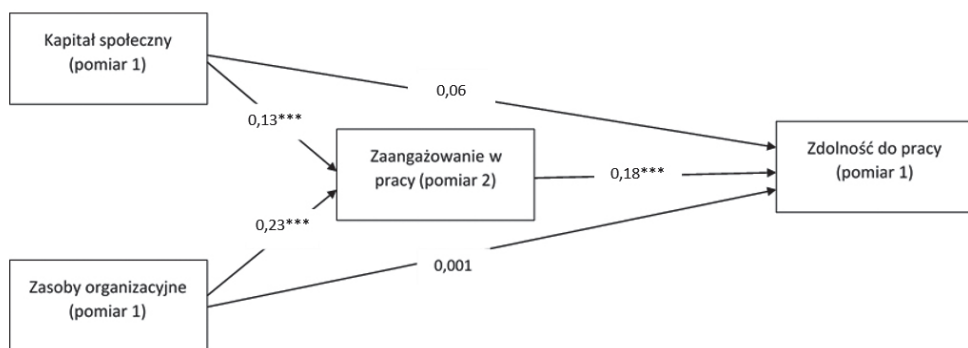
Przeprowadzono analizę regresji z efektami mediacyjnymi. Testowano dwa rodzaje zależności. Pierwszy rodzaj dotyczył związków między wymaganiami w pracy oraz konfliktami między pracą i życiem osobistym (mierzonymi w pomiarze 1) a bezsennością, napięciem psychicznym i wypaleniem zawodowym, mierzonymi po 8 miesiącach (pomiar 2), oraz depresją, mierzoną po kolejnych 8 miesiącach (pomiar 3). Drugi rodzaj badanych zależności obejmował relacje między kapitałem społecznym i zasobami organizacyjnymi (mierzonymi w pomiarze 1) a zaangażowaniem w pracę, mierzonym po 8 miesiącach (pomiar 2), oraz zdolnością do pracy, mierzoną po kolejnych 8 miesiącach (pomiar 3). Do analiz wykorzystano makro PROCESS (Hayes, 2013). Wyniki analizy regresji z efektami mediacyjnymi zamieszczono na rysunkach 18-20.



Rys. 18. Zależności między wymaganiami w pracy a depresją z pośredniczącymi efektami problemów ze snem, napięcia psychicznego i wypalenia



Rys. 19. Zależności między konfliktami na linii praca – życie osobiste a depresją z pośredniczącymi efektami problemów ze snem, napięcia psychicznego i wypalenia



Rys. 20. Zależności między kapitałem społecznym, zasobami organizacyjnymi a depresją z pośredniczącym efektem zaangażowania w pracy

Jeśli chodzi o proces pogarszania zdrowia, analizy wykazały, że wzięte pod uwagę trzy mediatory (problemy ze snem, napięcie psychiczne i wypalenie zawodowe) pośredniczyły w relacji między wymaganiami w pracy (obejmującymi wymagania ilościowe, emocjonalne i tempo pracy) a depresją. Wymagania w pracy mierzone w fali pierwszej nasilały problemy ze snem ($\beta = 0,07$; $p < 0,005$), napięcie psychiczne ($\beta = 0,10$; $p < 0,01$) oraz wypalenie zawodowe ($\beta = 0,11$; $p < 0,01$), mierzone po 8 miesiącach, a te z kolei skutkowały wzrostem depresji po kolejnych 8 miesiącach (odpowiednio: $\beta = 0,23$; $p < 0,001$; $\beta = 0,31$; $p < 0,001$; $\beta = 0,33$; $p < 0,001$). Podobne prawidłowości zaobserwowano w przypadku konfliktów między pracą a rodziną. Prowadziły one po 8 miesiącach do nasilenia problemów ze snem ($\beta = 0,10$; $p < 0,01$) oraz napięcia psychicznego ($\beta = 0,11$; $p < 0,01$), ale nie prowadziły do wypalenia zawodowego. Problemy ze snem oraz napięcie psychiczne skutkowały – po kolejnych 8 miesiącach – nasileniem depresji.

Jeśli chodzi o proces motywacyjny wyniki analizy regresji pokazały, że zarówno kapitał społeczny, jak i zasoby organizacyjne (mierzone w fali 1) pozytywnie oddziałują na zaangażowanie w pracy, mierzone 8 miesięcy później (odpowiednio: $\beta = 0,13$; $p < 0,001$ i $\beta = 0,23$; $p < 0,001$), a to przekłada się na wysoką zdolność do pracy ($\beta = 0,18$; $p < 0,001$), mierzoną po kolejnych 8 miesiącach.

6. WNIOSKI Z BADAŃ

Badania przeprowadzone w trzech falach, w latach 2020-2022 na grupach pracowników ochrony zdrowia, oświaty i nauki oraz działalności usługowej związanej z pracą z klientem wskazują, że istnieje silna zależność między doświadczanymi przez pielęgniarki wymaganiami w pracy, posiadanymi przez nie zasobami (kapitałem społecznym i zasobami organizacyjnymi) a dobrostanem psychofizycznym i zdolnością do pracy. Istnieją także istotne różnice między trzema badanymi grupami pracowników w odniesieniu do badanych zmiennych. Najważniejsze wnioski płynące z przeprowadzonych badań to:

- ① Wzięte pod uwagę w niniejszych badaniach wymagania w pracy (ilościowe, emocjonalne, tempo pracy oraz dotyczące konfliktów praca-rodzina i rodzina-praca) wykazują ujemne relacje z dobrostanem w pracy (np. problemami ze snem i depresją). Innymi słowy, pracownicy odczuwający wysoki poziom tych wymagań cechują się słabszym zdrowiem i gorzej funkcjonują w pracy. Może mieć to poważne skutki nie tylko dla samych pracowników, ale także dla ich najbliższego środowiska: współpracowników, pacjentów, uczniów, a także klientów.
- ① Czynnikiem neutralizującym nadmierne wymagania w pracy jest posiadany przez pracowników kapitał społeczny (np. wsparcie od współpracowników) oraz zasoby organizacyjne (np. jakość przywództwa). Wyniki niniejszych badań wykazały, że obydwa rodzaje tych zasobów sprzyjają dobremu zdrowiu i lepszemu funkcjonowaniu pracowników w środowisku pracy. Oddziaływania i interwencje skierowane na wzmacnianie tych zasobów zdają się być sposobem na poprawę dobrostanu w pracy i wzrost zdolności do pracy.
- ① Wyniki analizy porównawczej pokazały, że pracownicy ochrony zdrowia odczuwają wyższy poziom wymagań emocjonalnych i tempa pracy w porównaniu z dwoma badanymi grupami porównawczymi. Doświadczają także silniejszych od nich konfliktów na linii praca – życie osobiste oraz życie osobiste – praca. Najniższy poziom wymagań w pracy zaobserwowano w przypadku pracowników usług związanych z bezpośrednim kontaktem z klientem.
- ① Pracowników ochrony zdrowia cechuje też niższy poziom zaufania do przełożonych. Doświadczają oni także słabszego wsparcia ze strony współpracowników i przełożonych. Uogólniając, cechuje ich niższy kapitał społeczny w pracy. Najwyższym kapitałem społecznym w pracy cechują się pracownicy oświaty i nauki.
- ① Wyniki badań dotyczące posiadanych zasobów organizacyjnych są bardziej zróżnicowane. Pracownicy ochrony zdrowia doświadczają najniższego poziomu sprawiedliwości i szacunku oraz są najmniej zadowoleni z jakości przywództwa; doświadczają natomiast największego sensu własnej pracy. Z kolei pracownicy usług mają najniższe poczucie wpływu w pracy oraz najniższe możliwości rozwoju.

7. ZALECENIA DO PROWADZENIA DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH

Omówione poniżej metody prewencji stresu wynikającego z silnych wymagań związanych z pracą są ukierunkowane przede wszystkim na pracownika i mają za zadanie uwrażliwienie go na symptomy stresu, nauczenie sposobów radzenia sobie ze stresem, odkrywania i doceniania własnego potencjału zawodowego oraz korzystania z niego w procesie samorozwoju i zmieniania na lepsze otoczenia.

7.1. Trening uważności

Jednym ze skutecznych sposobów redukcji stresu wynikającego z emocjonalnego zaangażowania w pracę wśród pracowników pracujących w bliskim kontakcie z drugim człowiekiem jest trening uważności (ang. *Mindfulness-Based Stress Reduction* – MBSR). Przykładowo, potwierdzają to badania przeprowadzone z udziałem 50 studentów pielęgniarstwa w Korei, podczas których sprawdzano skuteczności metody MBSR w redukcji depresji, stresu i zwiększania uważności. MBSR miało formę dwugodzinnych cotygodniowych sesji, trwających przez 8 tygodni. Bezpośrednio przed i po szkoleniu mierzono u uczestników poziom zdrowia psychicznego i uważności. Wyniki pokazały, że metoda MBSR jest skutecznym, nefarmakologicznym sposobem redukcji stresu, depresji i lęku, ponadto poprawiającym uważność (Song, Lindquist, 2015).

Podobny wynik uzyskano w innych badaniach, również prowadzonych przy udziale koreańskich studentów pielęgniarstwa. W przypadku tych badań trening uważności bazował na medytacji. Studenci uczestniczyli w 8 cotygodniowych sesjach, trwających od 1,5 do 2 godzin. Przed rozpoczęciem treningu uważności uczestnicy badania brali też udział w półtoragodzinnym wykładzie na temat stresu i radzenia sobie ze stresem. Wyniki tych badań potwierdziły, że trening uważności jest skuteczną metodą redukcji stresu i poziomu lęku (Kang, Choi, Ryu, 2009). Wpływ treningu uważności na obniżenie poziomu stresu testowano również w trakcie pilotażowego projektu, realizowanego przez 7 tygodni w grupie 14 amerykańskich studentów I roku położnictwa i pielęgniarstwa (Riet i in., 2015). Efekty programu oceniano metodą częściowo ustrukturalizowanego wywiadu grupowego, trwającego 60 minut, przeprowadzonego 2 tygodnie po zakończeniu programu.

Analiza treści wywiadów pokazała lepsze parametry snu, większą „uważność” w stosunku do siebie i innych, lepszą koncentrację i jasność myślenia oraz redukcję negatywnego nastawienia do innych ludzi. Studenci nauczyli się rozpoznawać symptomy podwyższonego stresu i stosować odpowiednie metody obniżania jego poziomu.

W innych badaniach trening uważności – przeprowadzony w grupie 20 pielęgniarek i 20 położnych – miał na celu poprawę zdrowia psychicznego. Trening miał formę warsztatów (20-minutowych sesji prowadzonych raz dziennie przez 8 tygodni) i wywiadów prowadzonych metodą grup fokusowych. W trakcie warsztatów uczestnicy mówili o własnej motywacji uczestniczenia w zajęciach, miłych i stresujących sytuacjach w pracy, ich wpływie na: myśli, emocje, odczuwanie stresu; ćwiczyli różne techniki koncentracji i uczyli się, jak stosować je w codziennym życiu i w jaki sposób uczynić z nich codzienny nawyk. Analiza ilościowa wyników badań pokazała istotną poprawę parametrów zdrowia psychicznego, wzrost poczucia koherencji i mniejszy poziom stresu uczestników. Natomiast analiza jakościowa pokazała bardzo dobry odbiór treningów przez uczestników, relaksujący wpływ sesji, zwiększenie uważności uczestników w codziennych sytuacjach i pozytywny wpływ uważności na emocje i odbiór rzeczywistości, a forma treningu okazała się akceptowalna przez uczestników i łatwa do przeprowadzenia. Autorzy badań rekomendują trening uważności jako element kultury miejsca pracy właśnie w instytucjach zdrowia (Foureur i in., 2013).

7.2. Trening wzmacniania odporności psychicznej

Inną metodą radzenia sobie ze stresem w pracy, adresowaną do osób, które wykonują pracę obciążającą emocjonalnie, jest wzmacnianie odporności (ang. *Promoting Adult Resilience – PAR*), określanej jako wewnętrzna siła, umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach i „wychodzenia cało” z opresji psychicznej. Podstawową cechą odporności psychicznej jest odwaga, na którą składa się wytrwałość w realizacji wyznaczonych celów, męstwo (nieuleganie trudnościom), uczciwość w prezentowaniu siebie oraz siła życiowa (witalność) (Sikora, 2017). Metoda ta składa się z siedmiu następujących modułów:

- ➡ zrozumienie, na czym polega odporność,
- ➡ uświadomienie, czym jest stres i jak sobie z nim radzić,
- ➡ pokazanie problemów związanych z mówieniem i myśleniem źle o samym sobie,

- zrozumienie, że można czerpać siły z pokonywania trudności,
- wzmacnianie pozytywnych relacji z innymi ludźmi,
- radzenie sobie w sytuacji konfliktowej,
- generowanie rozwiązań sprzyjających dobremu samopoczuciu.

Program PAR może być realizowany w miejscu pracy, a wszystkie moduły mogą być tak połączone, że zostaną zrealizowane w ciągu dwóch dni warsztatowych. Skuteczność programu PAR potwierdzają badania na grupie pracowników medycznych, realizowane w okresie dwudniowych warsztatów (Foster, Cuzillo, Furness, 2018). Bezpośrednio przed i po warsztatach, a także po upływie 3 miesięcy od zakończenia programu zbierano od uczestników dane – za pomocą ankiet, wywiadów oraz dyskusji w grupach fokusowych – o ich odporności psychicznej, sposobach radzenia sobie ze stresem, a także o użyteczności programu z punktu widzenia nabytych umiejętności i możliwości zastosowania ich w praktyce. Okazało się, że udział w programie wzmocnił odporność psychiczną dzięki poznaniu skutecznych narzędzi radzenia sobie ze stresem, wpłynął na zwiększenie świadomości, że stres może wiele pracownika nauczyć (wzrost posttraumatyczny), że należy dbać o dobre samopoczucie u siebie i współpracowników, a poznane metody wzmacniania odporności są skuteczne nie tylko w pracy, ale też w życiu rodzinnym. Badani pracownicy stwierdzili też, że dzięki poznaniu metod wzmacniania odporności nauczyli się traktować stresory nie jako przeszkody, ale jako wyzwania, z którymi można sobie skutecznie radzić, ponieważ dowiedzieli się, jak panować nad swoimi reakcjami emocjonalnymi. Uczestnicy programu mieli też okazję wzajemnego uczenia się podczas wspólnych dyskusji, wzmocnili swoje więzi z kolegami, a słuchając o problemach innych, uświadomili sobie, że nie są odosobnieni w odczuwaniu stresu w pracy. Inne wymieniane przez nich korzyści to m.in.: poprawa jakości własnej pracy, pozytywne myślenie o sobie, umiejętność unikania sytuacji stresowych, zrozumienie potrzeby empatii w stosunku do innych i nietraktowanie wszystkich uwag i komentarzy bardzo osobiście. Autorzy badań uważają, że program wzmacniania odporności przynosi korzyści nie tylko na poziomie indywidualnym, ale też w zespołach pracowniczych oraz całej organizacji.

Çam i Büyükbayram (2017) dokonali przeglądu badań opublikowanych w latach 2007-2016 na temat czynników mających związek z odpornością wśród personelu

medycznego i strategii jej wzmacniania. Z przeglądu tego wynika, że wysoka odporność pozostaje w relacji z postawą zawodową i pozytywnie wpływa na osiągnięcia życiowe i zawodowe. Postuluje się stworzenie możliwości podnoszenia umiejętności w czasie studiów licencyjnych lub podyplomowych w zakresie sprawności, które sprzyjają zwiększaniu odporności, w tym m.in.: nawiązywaniu pozytywnych relacji społecznych, krytycznemu i twórczemu myśleniu, wzmacnianiu poczucia własnej skuteczności, altruizmowi, przestrzeganiu zasad etycznych i rozwojowi inteligencji emocjonalnej. Natomiast czynnikami środowiskowymi sprzyjającymi nabywaniu większej odporności są m.in.: możliwość rozwijania swoich pasji i zainteresowań w czasie wolnym od pracy (muzyka, czytanie, fotografia, aktywność fizyczna, joga itp.), wsparcie w rozwiązywaniu problemów (np. spotkania pozwalające na sygnalizowanie i omawianie aktualnych problemów w miejscu pracy, dzielenie się doświadczeniem wśród pracowników, wzajemne informowanie się o publikacjach podnoszących wiedzę zawodową), świętowanie w zespole pracowniczym indywidualnych sukcesów.

7.3. Trening wzmacniania zasobów osobowych pracownika

Poza wzmacnianiem odporności psychicznej pielęgniarek równie ważne jest wzmacnianie ich zasobów osobowych, w tym inteligencji emocjonalnej oraz przekonania o własnej skuteczności. Treningi te mogą być organizowane okresowo i obejmować działania na rzecz zwiększenia świadomości znaczenia zasobów osobistych w radzeniu sobie ze stresem, diagnozę własnych zasobów -(zarówno osobowościowych, jak i środowiskowych), diagnozę stylów radzenia sobie ze stresem wraz ze wskazaniem zalet i wad każdego stylu.

Treningi rozwijania inteligencji emocjonalnej umożliwiają wgląd i poprawiają rozumienie emocji własnych i emocji pacjentów w relacjach z nimi, zwiększają empatię i tym samym poprawiają relacje ze współpracownikami i z pacjentami, podnoszą efektywność pracy oraz satysfakcję z pracy. Badania przeprowadzone w grupie 330 osób wykonujących w Polsce zawody usługowe typu: lekarz, pielęgniarka, nauczyciel, kurator sądowy wykazały, że inteligencja emocjonalna sprzyja bardziej efektywnemu radzeniu sobie ze stresem, a także ujemnie koreluje z depresją (Ogińska-Bulik, 2005). Podobne prawidłowości zaobserwowano w badaniach przeprowadzonych wśród kadry dydaktycznej na Uniwersytecie Nauk Medycznych w Iranie (Yamani, Shahabi i Haghani, 2014). Autorzy obu

badań sugerują potrzebę rozwijania programów prewencji stresu w pracy uwzględniających podnoszenie poziomu inteligencji emocjonalnej, szczególnie w przypadkach tych prac i zawodów, w których element silnych emocji, wynikających z relacji międzyludzkich stanowi o istocie zawodu.

Do celów warsztatu budowania zasobów osobistych są zaliczane w szczególności:

- ➔ uświadomienie pielęgniarkom i pielęgniarzom znaczenia osobistych zasobów (cech, wiedzy, umiejętności) w zapobieganiu występowania sytuacji stresujących i przeciwdziałaniu skutkom stresu zawodowego;
- ➔ diagnoza mocnych (i nieco słabszych) stron każdego pracownika, polegająca na wskazaniu jego zasobów indywidualnych – zarówno tych w dużej mierze uwarunkowanych biologicznie (np. temperamentu), jak i tych podlegających wpływom środowiska i własnej aktywności, na które składają się, np. przekonania o własnej skuteczności, umiejscowienie źródła kontroli, poczucie koherencji (rozumienie otaczającej rzeczywistości, postrzeganie jej jako przewidywalnej i dostrzeganie sensu podejmowanych działań), optymizm, pozytywne myślenie, poczucie wartości;
- ➔ wskazanie ograniczeń wynikających z cech warunkowanych biologicznie, które podlegają jedynie częściowej kontroli, a przy tym współdecydują o sile reakcji na stresor, poziomie napięcia oraz czasie utrzymywania się napięcia; przykładem takich ograniczeń jest np. wysoka reaktywność i niską wytrzymałość, negatywna afektywność i neurotyczność, tj. skłonność do reagowania na nowe bodźce silnymi, negatywnymi emocjami;
- ➔ trening wzmacniający zasoby osobiste podlegające uczeniu się, np. trening wzmacniający przekonanie o własnej skuteczności, wewnętrzne umiejscowienie źródła kontroli, poczucie koherencji, optymizm, pozytywne myślenie, „pozytywny” styl atrybucyjny.

7.4. Treningi radzenia sobie ze stresem

Treningi radzenia sobie ze stresem umożliwiają z kolei zdobycie wiedzy na temat psychospołecznych źródeł stresu, a także skutków stresu na poziomie indywidualnym i organizacyjnym. Umożliwiają również poznanie indywidualnych stylów radzenia sobie ze stresem

oraz sposobów efektywnej pracy w sytuacji oddziaływania stresora. W szczególności cele takiego warsztatu to:

- ➔ zdobycie i uporządkowanie wiadomości na temat stresu w pracy, jego zawodowych i pozazawodowych źródeł (stresorów), rodzajów stresu (z uwzględnieniem podziału na stres ostry i chroniczny), a także mechanizmów jego rozwoju,
- ➔ pogłębienie wiadomości na temat bezpośrednich i odległych w czasie zdrowotnych i organizacyjnych następstw stresu, np.: dolegliwości fizycznych, zaburzeń psychicznych, w tym m.in. PTSD – zespół stresu pourazowego (ang. *posttraumatic stress disorder*), depresji, zaburzeń na tle lękowym i wypalenia zawodowego,
- ➔ diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem, a także wskazanie zalet i wad podstawowych stylów (stylu skoncentrowanego na zadaniu, na emocjach i na unikaniu) w zależności od wymogów sytuacji,
- ➔ trening kształtowania strategii radzenia sobie ze stresem obejmujący elementy aktywnego radzenia sobie, planowania, reinterpretacji poznawczej, poszukiwania alternatywnych rozwiązań problemów, poszukiwania wsparcia społecznego.

7.5. Warsztat doskonalenia umiejętności społecznych

Wysoki poziom umiejętności społecznych (np.: komunikacji, asertywności, samoświadomości, kontroli emocjonalnej) jest jednym z czynników pozwalających zmniejszyć ryzyko pojawienia się konfliktów interpersonalnych w pracy i poprawić relacje społeczne. Głównym jego celem jest:

- ➔ wzrost integracji zespołu i wzajemnego zaufania członków zespołu pracowniczego,
- ➔ trening kompetencji społecznych prowadzący do rozwoju umiejętności komunikacji i kształtowania zachowań asertywnych,
- ➔ trening umiejętności negocjacji i mediacji społecznej,
- ➔ trening mający na celu zwiększenie kontroli emocjonalnej w sytuacjach problemowych,
- ➔ szkolenie osób zajmujących funkcje kierownicze w zakresie problematyki stresu w pracy oraz jego negatywnych skutków dla zdrowia i organizacji, a także w zakresie metod profilaktyki i redukcji stresu.

7.6. Trening relaksacyjny

Trening relaksacyjny może być traktowany jako element wzbogacający trzy wyżej opisane warsztaty antystresowe. Poza organizowaniem metodycznych treningów relaksacyjnych, warte rozważenia jest stworzenie w poszczególnych jednostkach pokoi relaksacyjnych, służących autorelaksacji. Trening relaksacyjny może obejmować:

- *technikę wtórnego przetwarzania emocji* – to technika ukierunkowana, prowadzona przez psychologa, wskazująca pracownikom w jaki sposób mogą powrócić do stresujących wspomnień i zmienić swoje odczucia odnośnie do przeszłych wydarzeń;
- *technikę wizualizacji* – polega ona na wyobrażaniu sobie przyjemnych, dających odprężenie miejsc lub sytuacji; treść wyobrażeń powinna być zindywidualizowana – każdy musi „przenieść się” do takiego miejsca, które daje mu największe odprężenie; technika ta może być poprzedzona innymi technikami relaksacyjnymi (np. metodą Schultza lub Jacobsona); warunkiem efektywności tej techniki jest regularne jej stosowanie;
- *technikę przeformułowania* – która polega na tym, aby pomóc pracownikom zobaczyć trudności, jakie napotykają w pracy oraz kontekst danej sytuacji w innym świetle, z innej perspektywy; opiera się ona na powstrzymaniu się od destrukcyjnego dialogu wewnętrznego, kwestionującego własne umiejętności oraz możliwości zawodowe i zastąpieniu go dialogiem pozytywnym, wspierającym; polega również na rezygnacji z nierealistycznych – z reguły zawyżonych – oczekiwań dotyczących wyników własnej pracy; pomocne jest także poszukiwanie dobrych stron stresującej sytuacji, szukanie w niej szans własnego rozwoju, możliwych do osiągnięcia zysków oraz sposobu zaspokojenia własnych potrzeb;
- *technikę relaksacyjną Jacobsona* – angażuje ona wiele różnych grup mięśni, jest sprawdzonym i praktycznym sposobem usuwania niepożądanego napięcia związanego ze stresem; stres może pojawić się nagle lub narastać niepostrzeżenie przez dłuższy czas; niezależnie od sposobu i czasu pojawienia się stresu, zwykle zwiększa się napięcie mięśni, co potęguje odczucie stresu; dotyczy to zwłaszcza sytuacji, w których ograniczone są możliwości uzewnętrzniania emocji, przez co są one niejako „magazynowane”;

- ➔ *trening autogenny Schultza* – łączy on autosugestię w stanie zawężonej świadomości (na skutek koncentracji uwagi) z ćwiczeniami regulacji funkcji cielesnych i wegetatywnych; trening oddziałuje na organizm i życie psychiczne ćwiczącego, który wyzwala u siebie reakcję odprężenia i koncentracji; te z kolei przestrajają pracę organizmu, wywołując mniej lub bardziej trwałe zmiany w reakcjach fizjologicznych organizmu i w obrazie siebie; stosuje się także proste formuły autosugestii;
- ➔ *technika Alexandra* – uczy ona świadomego powrotu do rozluźnienia po przeżytych chwilach napięcia, jak również ciągłego poszukiwania większej swobody ruchu i oddechu; jej zadaniem jest przywrócenie tych procesów do naturalności, w dużym stopniu zatracanej na skutek pośpiechu, stresu i obaw, utrwalających tendencję do wkładania w wykonywaną czynność zbyt dużego wysiłku i niepotrzebnych napięć mięśniowych; w odróżnieniu od znanych metod relaksacyjnych ta technika uczy przede wszystkim swobody w ruchu i działaniu.

7.7. Promocja zdrowego stylu życia

Poza wymienionymi metodami redukcji stresu warto także propagować wśród pracowników zachowania sprzyjające modyfikacji zachowań szkodliwych (zagrożających) dla zdrowia oraz kształtowanie zachowań sprzyjających zdrowiu. Prozdrowotny styl życia, propagowany zwłaszcza przez skandynawskich badaczy stresu, oznacza świadome podejmowanie zachowań zwiększających potencjał zdrowia i eliminowanie zachowań wobec niego ryzykownych. Promocja programów zdrowia w miejscu pracy jest przedsięwzięciem organizacyjnym, podejmowanym przez kierownictwo przedsiębiorstwa. Wymaga ono przeznaczenia określonych funduszy na rozwój infrastruktury firmy (np.: organizacja sali do ćwiczeń, pokoi relaksu, bufetu ze zdrową żywnością) lub finansowanie pakietu medycznego i karnetów do klubów fitness; przedsięwzięcie to wymaga jednak również zmian w sposobie pojmowania misji i wizji rozwoju instytucji medycznych, gdzie poza świadczeniem określonego rodzaju usług medycznej, szczepień profilaktycznych, dobrowolnych przeglądów zdrowia itp.) – zdrowie i dobrostan pracowników traktuje się priorytetowo; na prozdrowotny styl życia składa się dbałość o ciało, aktywność fizyczna, regularne i racjonalne odżywianie się, hartowanie się, dbałość o odpowiednią liczbę godzin snu, zachowania prewencyjne (samokontrola

zdrowia, badania profilaktyczne, dbanie o własne bezpieczeństwo), jak również nie-podejmowanie zachowań ryzykownych, np.: niepalenie tytoniu, ograniczone używanie alkoholu, nieużywanie substancji psychoaktywnych, nienadużywanie leków. Wskazane jest:

- ➔ prowadzenie szeroko pojętej psychoedukacji, m.in. przez dostarczanie pracownikom broszur i poradników na temat zdrowego stylu życia;
- ➔ organizowanie programów wspierających indywidualną i grupową aktywność fizyczną, np.: finansowanie kart wstępu do klubów sportowych; organizowanie na terenie firmy miejsc do ćwiczeń, uprawiania sportu, korzystania z masażu leczniczego, stref relaksu i odpoczynku; zachęcanie do chodzenia i jazdy na rowerze (np. w drodze do pracy);
- ➔ organizowanie szkoleń dla przełożonych na wszystkich szczeblach zawodowych w celu zapoznania ich z korzyściami wynikającymi z propagowania zdrowego stylu życia;
- ➔ organizowanie szkoleń dostarczających rzetelnej wiedzy na temat szkodliwości zachowań ryzykownych i korzyści płynących z prozdrowotnego stylu życia;
- ➔ organizowanie akcji promujących zdrowe odżywianie (warsztaty, seminaria, porady specjalistów);
- ➔ wprowadzanie programów walki z nałogami (np. warsztaty ze specjalistami na temat najnowszych metod walki z nałogiem palenia, premia motywacyjna za niepalenie papierosów);
- ➔ organizowanie grup wsparcia tworzonych przez pracowników (czasem też przy udziale pracodawcy), które wdrażają zasady zdrowego stylu życia przez organizowanie wykładów i warsztatów, np. z zakresu technik relaksacji, oczyszczania organizmu z toksyn itp.

Na istotną rolę promocji zdrowia wskazują badania amerykańskie w grupie pracowników medycznych, w których wykazano, że nawyki zdrowotne mają istotny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne pracowników – osoby, które miały nawyki niesprzyjające zdrowiu, cechowało gorsze samopoczucie fizyczne i psychiczne (Kelly i in., 2016). Autorzy konkludują, że kierownicy różnych szczebli zawodowych powinni opracować strategię zachęcania pracowników do zdrowego stylu życia, która polegałaby na oferowaniu na przykład programów wspierających indywidualną lub grupową aktywność fizyczną, zachęcaniu do zdrowego odżywiania (np. bufety w miejscu pracy oferujące zdrowe posiłki) oraz zapewnianiu możliwości szerokich konsultacji i opieki zdrowotnej.

BIBLIOGRAFIA

- Abdulah DM, Musa DH. (). Insomnia and stress of physicians during COVID-19 outbreak. *Sleep Medicine*. 2020;X2:100017. <https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2020.100017>
- Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(2):649-661.
- Baka Ł, Basińska, B. Psychometryczne właściwości Oldenburskiego Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego (OLBI) [Psychometric properties of the Oldenburg Burnout Inventory]. *Medycyna Pracy*. 2016;67:1-17.
- Baka Ł. Coronavirus anxiety and exhaustion among Polish front-line healthcare workers – the mediation effect of insomnia. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2021;34(2):263-273. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01745>
- Baka Ł. Kopenhaski Kwestionariusz Psychospołeczny (COPSOQ II). Podręcznik do polskiej wersji narzędzia [The Copengagen Psychosocial Questionnaire COPSOQ II. Manual]. Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy; 2019.
- Bakker AB, Demerouti E. Job Demands-Resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2017;22:273-285.
- Bakker AB, Demerouti E. The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*. 2007;22:309-328.
- Bakker AB, Derks D. Positive occupational health psychology. In: Leka S, Houdmont J (Eds), *Occupational health psychology*. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2010. pp. 194-224.
- Bakker AB, Sanz-Vergel AI. Weekly work engagement and flourishing: The role of hindrance and challenge demands. *Journal of Vocational Behavior*. 2013;83:397-409.
- Berling I, Jöllenbeck M, Stamer T, Ochsmann E. Association between mobile work and work ability: a longitudinal study under the impact of the COVID-19 pandemic. *Int Arch Occup Environ Health*. 2022;95(6):1401-1413. doi: 10.1007/s00420-022-01849-5
- Berthelsen H, Hakonen JJ, Westerlund H. Copenhagen Psychosocial Questionnaire – A validation study using the Job Demand-Resources model. *PLoS ONE*. 2018; 13(4):e0196450. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196450>
- Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*. 2008;65: 438-445.

- Bugajska J, Baka Ł, Kapica Ł. Dynamics of Changes in Work Ability According to the Type of Work, Age and Gender of Employees – Results of Research. In: Bugajska J, Makowiec-Dąbrowska T, Kostka T (Eds), *Individual and Occupational Determinants: Work Ability in People with Health Problems*, 1st ed.; Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2021. pp. 17-27.
- Bugajska J, Makowiec-Dąbrowska T. Work Ability Assessment: An Important Element of Workers Health Protection. In: Bugajska J, Makowiec-Dąbrowska T, Kostka T. (Eds), *Individual and Occupational Determinants: Work Ability in People with Health Problems*, 1st ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2021. pp. 3-6.
- Butcher JN, Hooley JM, Mineka S. *Abnormal Psychology*. New York: Pearson Editing; 2018.
- Byron K. A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*. 2005;67:169-198.
- Çam O, Büyükbayram A. Nurses' resilience and effective factors. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;8(2):118-126.
- Camerino D, Conway PM, Sartori S, et al. Factors Affecting Work Ability in Day and Shift-Working Nurses. *Chronobiol Int*. 2008;25:425-442. doi:10.1080/07420520802118236
- Clays E, De Bacquer D, Leynen F, et al. Job stress and depression symptoms in middle-aged workers – Prospective results from the Belstress study. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*. 2007;33(4):252-259.
- Costa G. Some Considerations about Aging, Shift Work and Work Ability. *Int Congr*. 2005;1280:67-72. doi:10.1016/j.ics.2005.02.088
- Czapiński J. Kapitał społeczny [Social capital]. W: Czapiński J, Panek T (Red.). *Diagnoza Społeczna 2013 [Social Monitoring 2013]*. Warszawa: Vizja Press & IT; 2013. s. 285-298.
- Dåderman AM, Basinska BA. Job demands, engagement, and turnover intentions in Polish nurses. The Role of Work-Family Interface. *Frontiers in Psychology*. 2016;7:1621. doi:10.3389/fpsyg.2016.01621
- Daly M, Robinson E. Depression and anxiety during COVID-19. *Lancet*. 2022;399(10324):518. doi:10.1016/S0140-6736(22)00187-8
- De Jonge J, Le Blanc PM, Peeters MC, et al. Emotional job demands and the role of matching jobresources: A cross-sectional survey study among health care workers. *Int. J. Nurs. Stud*. 2008;45:1460-1469.
- Deci EL, Ryan RM. Human autonomy: The basis for true self-esteem. In: Kernis MH (Ed.), *Efficacy, agency, and self-esteem*. Plenum Press; 1995. pp. 31-49.

- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, et al. The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*. 2001; 86(3):499-512.
- EU-OSHA. Estimating the cost of accidents and ill-health at work – a review of methodologies. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
- European Agency on Safety and Health at Work. Expert Forecast on Emerging Psychosocial Risks Related to Occupational Safety and Health. Luxembourg: European Communities; 2007.
- European Commission. Communication from the commission to the European Parliament, the council, the European economic and social committee and the Committee of the Regions on an EU strategic framework on health and safety at work 2014-2020. Brussels: European Commission; 2014.
- European Commission. Council directive 89/391/EEC – OSH “framework directive”. In: *Official Journal of the European Communities*, L183, 29/06/1989.
- European Commission. Europe 2020: A European Strategy for Smart, Sustainable and Inclusive Growth. Communication from the Commission COM(2010) 2020 Final. Brussels: European Commission; 2010.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound), European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Psychosocial risks in Europe: prevalence and strategies for prevention. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
- EWCS (European Working Conditions Survey); 2017.
- Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*. 2020;63(1).
- Fischer FM, Notarnicola da Silva Borges F, Rotenberg L. Work Ability of Health Care Shift Workers: What Matters? *Chronobiology Int*. 2006;23:1165-1179. doi:10.1080/07420520601065083
- Foster K, Cuzillo C, Furness T. Strengthening mental health nurses’ resilience through a workplace resilience programme: A qualitative inquiry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2018;25:338-348.
- Foureur M, Besley K, Burton G, et al. Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*. 2013;45(1):114-125.
- Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: A systematic review of the evidence. *Social Psychiatry Epidemiology*. 2003;38:229-237.

- Fu W, Wang C, Zou L, et al. Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Trans Psych.* 2020;10:225. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00913-3>
- Greenhaus JH, Beutell NJ. Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review.* 1985;10:76-88.
- Growiec K. Kapitał społeczny. Geneza i konsekwencje [Social Capital. Genesis and consequences]. Warszawa: Academica; 2011.
- Grzywacz JG, Frone MR, Brewer CS, et al. Quantifying work-family conflict among registered nurses. *Research in Nursing and Health.* 2006;29(5):414-426.
- Hakanen J, Bakker AB, Schaufeli WB. Burnout and work engagement among teachers. *The Journal of School Psychology.* 2006;43:495-513.
- Hakanen JJ, Schaufeli WB, Ahola K. The job demands-resources model: a three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment and work engagement. *Work & Stress.* 2008;22:224-241.
- Hansen N, Sverke M, Naswall K. Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership. A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2009;46:96-107.
- Hobfoll SE. Conservation of resources theory: Its implication for stress, health, and resilience. In: S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping.* Oxford University Press; 2011. pp. 127-147.
- Hockey GJ. Compensatory control in the regulation of human performance under stress and high workload: A cognitive – energetical framework. *Biological Psychology.* 1997;45:73-93.
- <https://www.eurofound.europa.eu/pl/surveys/data-visualisation/sixth-european-working-conditions-survey-2017>. [Date of research: 22.11.2022].
- Idris MA, Dollard MF, Yulita. Psychosocial safety climate, emotional demands, burnout, and depression: a longitudinal multilevel study in the Malaysian private sector. *Journal of Occupational Health Psychology.* 2014;19(3):291-302.
- Ilmarinen J. Work Ability – a Comprehensive Concept for Occupational Health Research and Prevention. *Scand J Work Environ Health* 2009, 35, 1-5, doi:10.5271/sjweh.1304.
- Jimmieson NL, Tucker MK, Walsh AJ. Interaction effects among multiple job demands: an examination of healthcare workers across different contexts. *Anxiety Stress Coping.* 2017;30(3):317-332. doi: 10.1080/10615806.2016.1229471.

- Jourdain G, Chênevert D. Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession. A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(6):709-22.
- Kang YS, Choi SY, Ryu E. The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*. 2009;29:538-543.
- Karasek RA, Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity and the re construction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
- Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24:285-308.
- Kyrönlähti S, Neupane S, Nygård C-H, et al. Perceived Work Ability during Enforced Working from Home Due to the COVID-19 Pandemic among Finnish Higher Educational Staff. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19:6230. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106230>
- Leiter MP. Burnout as a developmental process: Consideration of models. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (Ed.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* Washington, DC: Taylor & Francis; 1993. pp. 237-250.
- Lorente Prieto L, Salanova M, Martínez MIM, et al. Extension of the Job Demands-Resources model in the prediction of burnout and engagement among teachers over time. *Psicothema*. 2008;20(3):354-360.
- Maher J. Women's care/career changes as connection and resilience: Challenging discourses of breakdown and conflict. *Gender, Work and Organization*. 2013;20(2):172-183.
- Makowiec-Dąbrowska, T. Work Ability Index and Its Relationships to Factors Characterizing Work, Non-professional Loads and Individual Factors – Results of Research. In: Bugajska J, Makowiec-Dąbrowska T, Kostka T (Eds), *Individual and Occupational Determinants: Work Ability in People with Health Problems*, 1st ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2021. pp. 29-71.
- Maslach Ch, Leiter MP, Schaufelli WB. Job Burnout. *Annual Review Psychology*. 2001;52:397-422.
- Maslach Ch, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*. 2008;93(3):498-512.
- Maslach Ch, Leiter MP. *The Truth about Burnout*. New York: Jossey-Bass; 1997.
- Mayrhofer W, Meyer M, Schiffinger M, et al. The influence of family responsibilities, career fields and gender on career success. *Journal of Managerial Psychology*. 2008;23(3): 292-323.

- Meijman TF, Mulder G. Psychological aspects of workload. In: Drenth PJD, Thierry H, de Wolff CJ (Eds.). *Handbook of work and organizational: Work psychology*. Hove: Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis; 1998. pp. 5-33.
- Mockało Z. Kapitał społeczny w pracy-definicje, idea i przegląd badań [Social capital at work – definitions, ideas and review]. *Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka*. 2015;10:16-19.
- Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*. 2010;40(6):899-909.
- Moreno-Jimenez JE, Blanco-Donoso LM, Chico-Fernández M, et al. The Job Demands and Resources Related to COVID-19 in Predicting Emotional Exhaustion and Secondary Traumatic Stress Among Health Professionals in Spain. *Front Psychol*. 2021;12:564036.
- Näring G, Vlerick P, Van de Ven B. Emotion work and emotional exhaustion in teachers: The job and individual perspective. *Educ. Stud*. 2012;38:63-72.
- Netterstrøm B, Conrad N, Bech P, et al. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30:118-132.
- Niedhammer I, Malard L, Chastang JF. Occupational factors and subsequent major depressive and generalized anxiety disorders in the prospective French national SIP study. *BMC Public Health*. 2015;15:200.
- Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine*. 2010;60:277-286.
- Ogińska-Bulik N. Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects in occupational stress and health outcomes in human service workers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2005;18(2):167-175.
- Oksanen T, Kawachi I, Kouvonen A, et al. Workplace determinants of Social Capital: Cross-Sectional and Longitudinal Evidence from a Finnish Cohort Study. *PLoS ONE*. 2013;8(6):e65846. doi:10.1371/journal.pone.0065846
- Oksanen T, Kivimäki M, Kawachi I, et al. Workplace Social Capital and All-cause Mortality: A Prospective Cohort Study of 28 043 Public-Sector Employees in Finland. *American Journal of Public Health*. 2011;101(9):1742-1748.
- Oksanen T, Kouvonen A, Kivimäki M, et al. Social capital at work as a predictor of employee health: Multilevel evidence from work units in Finland. *Social Science and Medicine*. 2008;66:637-649.

- Pappa S, Ntellec V, Giannakasc T, et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020;88:901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, et al. The Second Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scand J Public Health*. 2010;38:8-24. doi:10.1177/1403494809349858
- Plaisier I, de Bruijn JG, de Graaf R, et al. The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Social Science Medicine*. 2007;64(2):401-410.
- Pokorski J. Indeks Zdolności do Pracy – Polska Adaptacja [Work Ability Index – Polish Adaptation], Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego;1998.
- Riet P, Rossiter R, Kirby D. Piloting a stress management and mindfulness program for undergraduate nursing students: student feedback and lessons learned. *Nurse Education Today*. 2015;35:44-49.
- Rugulies RAB, Madsen IEH. Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*. 2017;43(4):294-306.
- Schaufelli WB, Bakker AB. Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*. 2004;25:293-315.
- Schaufelli WB, Salanova M, Gonzalez-Roma V. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*. 2002;71-92.
- Schonfeld IS, Chang C-H. *Occupational Health Psychology: Work, Stress, and Health*. New York: Springer Publishing Company; 2017.
- Sęk H. Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie [Job burnout. Sources, mechanisms and prevention]. Warszawa: PWN; 2000.
- Sikora I. Odporność psychiczna w ujęciu psychologii pozytywnej: edukacja i terapia przez przygodę [Mental resistance in the scope of positive psychology: education and therapy through adventure]. *Psychoterapia*. 2017;2(181):75-86.
- Soderfeldt B, Soderfeldt M, Muntaner C, et al. Psychosocial work environment in human service organizations: a conceptual analysis and development of the demand control model. *Social Science Medicine*. 1996;42(9):1217.
- Song Y, Lindquist R. Effect of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*. 2015;35:86-90.

- Sorić M.; Golubić R, Milosević M. Shift Work, Quality of Life and Work Ability among Croatian Hospital Nurses. *Coll. Antropol.* 2013;37:379-384.
- Steadman K, Taskila T. Symptoms of Depression and Their Effects on Employment. The Work Foundation; 2015.
- Sundin L, Hochwalder J, Bildt C, et al. The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: a questionnaire survey. *International Journal of Nurse Studies.* 2007;44(5):758-769.
- Szabowska-Walaszczyk A, Zawadzka AM, Wojtaś M. Zaangażowanie w pracy i jego korelaty: adaptacja skali UWES autorstwa Schaufeliego i Bakker [Work engagement and its correlates. Adaptation the UWES scale of Schaufeli and Bakker]. *Psychologia Jakości Życia.* 2011;10:57-74.
- Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health.* 2015;15:738.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, et al. *Work Ability Index*, 2nd ed. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health;1998.
- Van de Ven B, Van den Tooren M, Vlerick P. Emotional job resources and emotional support seeking as moderators of the relation between emotional job demands and emotional exhaustion: A two-wave panel study. *J. Occup. Health Psychol.* 2013;18:1-8.
- Van den Berg, TIJ, Elders LAM, de Zwart BCH, et al. The Effects of Work-Related and Individual Factors on the Work Ability Index: A Systematic Review. *Occup. Environ. Med.* 2009;66:211-220.
- Van der Heijden BI, Demerouti E, Bakker AB. Work-home interference among nurses: reciprocal relationships with job demands and health. *Journal of Advanced Nursing.* 2008;62(5):572-584.
- Van der Schoot E, Ogińska H, Estyn-Behar M. Next Study Group. Burnout in the Nursing Profession in Europe; 2003. www.next.uni-wuppertal.de/download/Buch2003/ch5.pdf
- Van Jaarsveld DD, Walker DD, Skarlicki DP. The Role of Job Demands and Emotional Exhaustion in the Relationship Between Customer and Employee Incivility. *Journal of Management.* 2010;36(6):1486-1504. <https://doi.org/10.1177/0149206310368998>
- Van Vegchel N, de Jonge J, Söderfeldt M, et al. Quantitative Versus Emotional Demands Among Swedish Human Service Employees: Moderating Effects of Job Control and Social Support. *International Journal of Stress Management.* 2004;11(1):21-40.

- Wieclaw J, Agerbo E, Bo Mortensen P, et al. Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. *BMC Public Health*. 2008;8(1):280-290.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2011;21(9):655-679.
- Xanthopolou D, Bakker AB, Schaufeli WB. The role of personal resources in the job-resources model. *International Journal of Stress Management*. 2007;14:121-141.
- Yamani N, Shahabi M, Haghani F. The relationship between emotional intelligence and job stress in the faculty of medicine in Isfahan University of Medical Sciences. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*. 2014;2(1):20-26.
- Zapf D. Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*. 2002;2:237-268.
- Zareei M, Tabanejad Z, Oskouie F, et al. Job burnout among nurses during COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Educ Health Promot*. 2022;11:107. doi: 10.4103/jehp.jehp_797_21
- Zhang C, Yang L, Liu S, et al. Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Front Psychiatry*. 2020;11:1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00306>
- Zhang SX, Chen RZ, Xu W, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Symptoms of Anxiety, Depression, and Insomnia in Spain in the COVID-19 Crisis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2):1018. doi: 10.3390/ijerph19021018
- Żołnierczyk-Zreda D, Holas P. Psychosocial working conditions and major depression or depressive disorders: Review of studies. *Medycyna Pracy*. 2018;69(5):573-581.