

Łukasz Baka, Anna Łuczak, Andrzej Najmiec
(Zakład Ergonomii, CIOP-PIB)

**KOPENHASKI KWESTIONARIUSZ PSYCHOSPOŁECZNY
JAKO NARZĘDZIE DO OCENY
PSYCHOSPOŁECZNYCH WARUNKÓW PRACY¹**

**WYNIKI BADAŃ I ZALECENIA DO PROGRAMÓW PROFILAKTYKI STRESU W PRACY
W GRUPIE PRACOWNIKÓW WYKONUJĄCYCH PRACĘ
O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE**

**ZADANIE: I.N.01A: OCENA PSYCHOSPOŁECZNYCH WARUNKÓW PRACY W GRUPIE
PRACOWNIKÓW WYKONUJĄCYCH PRACĘ O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE**

CENTRALNY INSTYTUT OCHRONY PRACY – PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY

Warszawa 2019

¹ Opracowano na podstawie wyników IV etapu programu wieloletniego „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”, sfinansowanego w latach 2017 – 2019 w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.
Koordynator programu: CIOP-PIB

WPROWADZENIE

Zgodnie z założeniami strategii „Europa 2020”² oraz strategicznymi ramami UE w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2014-2020³, 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 również do obniżenia ich wydajności pracy, mierzonej liczbą dni absencji, osiągnięciami pracowników, czy zdolnością do pracy (EU-OSHA, 2014).

Ramowa dyrektywa Rady Europejskiej dotyczącej BHP (89/391/EWG) zakłada, że pracodawca ma obowiązek zapewnić pracownikom zdrowe i bezpieczne warunki pracy w każdym aspekcie, w tym także pod względem zagrożeń psychospołecznych. Na pracodawcy spoczywa także obowiązek identyfikacji psychospołecznych czynników ryzyka, ich ocena, dokumentacja, a także zapewnienie działań prewencyjnych. Jednym z najtrudniejszych problemów, z jakim przy diagnozie czynników ryzyka musi zmierzyć się pracodawca jest sposób pomiaru zagrożeń psychospołecznych. Zgodnie z zaleceniami metodologicznymi badań społecznych, pomiar taki powinien cechować się obiektywnością, trafnością i rzetelnością (Hornowska, 2019).

Celem publikacji jest prezentacja polskiej wersji międzynarodowego i kompleksowego narzędzia do oceny psychospołecznych warunków pracy i profilaktyki stresu zawodowego – Kopenhaskiego Kwestionariusza Psychospołecznego (*Copenhagen Psychosocial Questionnaire, COPSQ II*) – oraz przedstawienie wyników badań dotyczących oceny wybranych zagrożeń psychospołecznych w grupie pracowników wykonujących pracę o szczególnym charakterze, uzyskanych przy wykorzystaniu tego kwestionariusza. Broszura zawiera też podstawowe zalecenia do konstruowania programów profilaktyki stresu w pracy.

Kopenhaski Kwestionariusz Psychospołeczny (COPSQ II) został zaadaptowany do polskich warunków, na potrzeby badań pracowników, wykonujących prace o szczególnym charakterze. Badania zostały przeprowadzone w latach 2017-2018, na terenie ośrodków resocjalizacyjnych, szpitali, domów opieki i innych instytucji, znajdujących się na terenie wszystkich 16 województw w Polsce. Objęto nimi 601 osób, reprezentujących trzy grupy pracowników, wykonujących pracę o szczególnym charakterze:

² 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. doi:10.1016/j.resconrec.2010.03.010.

³ 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.

(1) pracowników młodzieżowych ośrodków resocjalizacji, tj. nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, ośrodkach szkolno-wychowawczych, schroniskach dla nieletnich oraz zakładach poprawczych ($n = 200$);

(2) personel sprawujący opiekę nad mieszkańcami domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i młodzieży lub dorosłych ($n = 200$);

(3) personel medyczny oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentem ($n = 201$).

Badania miały charakter podłużny (z dwukrotnym pomiarem), z roczną przerwą między pomiarami. Prowadzenie badań z więcej niż jednym pomiarem, na tej samej grupie respondentów jest rekomendowane obecnie przez badaczy społecznych (Maxwell, Cole i Mitchell, 2011).

Publikacja została przygotowana w Centralnym Instytucie Ochrony Pracy – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie, na podstawie wyników badań, przeprowadzonych w ramach realizacji projektu pn.: *Ocena psychospołecznych warunków pracy w grupie pracowników wykonujących prace o szczególnym charakterze*. Prace o szczególnym charakterze są to prace, wymagające szczególnej odpowiedzialności oraz szczególnej sprawności psychofizycznej, których możliwość należytego wykonywania w sposób niezagrażający bezpieczeństwu publicznemu, w tym zdrowiu lub życiu innych osób, zmniejsza się przed osiągnięciem wieku emerytalnego na skutek pogorszenia sprawności psychofizycznej, związanego z procesem starzenia się (Dz.U. Nr 237, poz.1656).

Opracowanie to składa się z trzech części. W pierwszej z nich scharakteryzowano narzędzie badawcze, jakim jest Kopenhaski Kwestionariusz Psychospołeczny (COPSOQ II) oraz omówiono psychometryczne właściwości polskiej wersji tego narzędzia. W drugiej części przedstawiono wybrane wyniki badań – obejmujące zdrowie psychiczne, dobrostan w pracy, styl życia, jak również czynniki zagrażające i sprzyjające zdrowiu psychofizycznemu pracowników – uzyskane przy użyciu Kopenhaskiego Kwestionariusza Psychospołecznego. Trzecia część zawiera zalecenia do konstruowania programów profilaktycznych związanych ze skutecznym radzeniem sobie ze stresem w pracy, w grupach pracowników, wykonujących pracę o szczególnym charakterze.

CHARAKTERYSTYKA KOPENHASKIEGO KWESTIONARIUSZA PSYCHOSPOŁECZNEGO (COPSOQ II)

Dynamiczne zmiany „świata pracy” – w zakresie warunków, wymagań, organizacji, a także specyfiki poszczególnych zawodów – sprawiają, że klasyczne modele teoretyczne i oparte na nich metody pomiaru psychospołecznych warunków pracy coraz słabiej przystają do zmieniających się realiów pracy. Jeśli przyjrzeć się wybranym modelom, zaliczanym przez Kompiera (2003) do siedmiu najbardziej wpływowych na świecie koncepcji stresu w pracy, okaże się, że uwzględniają one dość ograniczoną liczbę czynników środowiska pracy. Poza tym, większość z tych koncepcji opracowanych zostało kilkadziesiąt lat temu, dlatego nie uwzględniają one współczesnych wyzwań zmieniającego się rynku pracy (np.: elastycznych form zatrudnienia, prekariatu, wolontariatu, wieloletowości), nowych rodzajów wymagań (np.: pracy emocjonalnej, przeciążenia informacyjnego, presji na uczenie się, wzrostu tempa pracy), a także przemian zachodzących w obszarach funkcjonujących na rynku zawodów. Ograniczenia te wymuszają niejako opracowywanie nowych, bardziej rozbudowanych metod pomiaru, odwołujących się do różnych modeli teoretycznych, uwzględniających wiele zmiennych, a przez to lepiej dopasowanych do zmieniającej się rzeczywistości zawodowej. Kryteria te spełnia Kopenhaski Kwestionariusz Psychospołeczny (COPSOQ II).

DLACZEGO KOPENHASKI KWESTIONARIUSZ PSYCHOSPOŁECZNY (COPSOQ II)?

Kopenhaski Kwestionariusz Psychospołeczny (COPSOQ II) jest obecnie międzynarodowym, wystandaryzowanym narzędziem wykorzystywanym przez *Międzynarodową Organizację Pracy* oraz *Światową Organizację Zdrowia* do oceny zagrożeń psychospołecznych występujących w środowisku pracy. Przetłumaczony został na 25 języków (Berthelsen, Lönnblad i Hakanen, 2014) i zwalidowany w wielu krajach, na całym świecie.

Przy konstruowaniu narzędzia autorzy uwzględnili uwagi krytyczne, jakie były formułowane pod adresem wcześniejszej wersji kwestionariusza (Pejtersen i in., 2010), a także innych narzędzi do badania psychospołecznych warunków pracy (Kristensen, Hannerz, Hogh i Borg, 2005). I tak:

- starali się, aby kwestionariusz objął swoim zasięgiem możliwie wiele obszarów związanych ze środowiskiem pracy i dzięki czemu mógł mieć zastosowanie w różnorodnych sektorach rynku pracy, np.: w przemyśle, usługach, komunikacji, opiece, szkolnictwie;
- nie opierali się na jednym modelu teoretycznym – jak w przypadku większości kwestionariuszy – lecz odwołali się do kilku różnych koncepcji naukowych, w tym do 7 najważniejszych teorii stresu

w pracy (Kompier, 2003): Modelu Właściwości Pracy (*Job Characteristics Model*, Hackman i Oldham, 1975); Modelu Stresu Organizacyjnego Michigan (*Michigan Organizational Stress Model*; Caplan, Cobb, French i Harrison, 1975), Modelu Wymagania-Kontrola-Wsparcie (*Demand-Control-Support Model*, Karasek i Theorell, 1990), Modelu Socjotechnicznego (*Sociotechnical Approach*, Kuipers i Van Amelsvoort, 1993), Modelu Działanie – Teoria (*Action – Theoretical Approach*, Frese i Zapf, 1994), Modelu Braku Równowagi między Wysiłkiem a Nagrodami (*Effort-Reward Imbalance Model*, Siegrist i in., 2004) oraz Modelu Witaminowego (*Vitamin Model*, Warr, 1987);

- wzięli pod uwagę zalecenia dotyczące długości konstruowanych narzędzi oraz liczby pytań składających się na poszczególne wymiary psychospołecznych warunków pracy, tak aby kwestionariusz z jednej strony nie był zbyt obszerny, a z drugiej strony badał możliwie szerokie spektrum psychospołecznych warunków pracy;
- zadbali, aby kwestionariusz zawierał pytania, zarówno o częstości występowania danego zjawiska w pracy, jak też jego intensywności.

BUDOWA KOPENHASKIEGO KWESTIONARIUSZA PSYCHOSPOŁECZNEGO (COPSOQ II)

Pełna wersja narzędzia zawiera 127 itemów, które składają się na 41 podskal. Podskale te obejmują w większości od 3 do 4 itemów. Autorzy zdecydowali, aby pozycje kwestionariusza miały formę pytań (a nie twierdzeń), unikali też takiego formułowania pytań kwestionariusza, w których stresor oraz odpowiedź na ten stresor pojawiały się równocześnie, np.: „Czy odczuwałeś napięcie w związku z tempem pracy”. Większość skal odpowiedzi ma rozpiętość pięciopunktową. Z jednej strony umożliwia to osobom badanym dosyć szeroki zakres odpowiedzi na pytania kwestionariusza, z drugiej strony zapewnia względną precyzję tych odpowiedzi. Podskale kwestionariusza zostały przez autorów oryginalnej wersji narzędzia skategoryzowane w 7 różnych obszarach (wymiarach) związanych z pracą. Są to:

- (1) *Wymagania w pracy* obejmujące podskale: wymagania ilościowe, wymagania poznawcze, wymagania emocjonalne, tempo pracy, wymagania ukrywania emocji;
- (2) *Organizacja i treść pracy* obejmujące podskale: poczucie wpływu w pracy, możliwości rozwoju, różnorodność pracy, znaczenie pracy, przywiązania do miejsca pracy;
- (3) *Relacje społeczne i przywództwo* obejmujące podskale: uznanie w pracy, poczucie przewidywalności, jasność roli, konflikt roli, wsparcie od współpracowników, wsparcie od zwierzchnika, jakość przywództwa, klimat społeczny między pracownikami;

- (4) *Interakcja człowiek – życie* obejmujące podskale: konflikt praca – życie osobiste, konflikt życie osobiste – praca, niepewność zatrudnienia, satysfakcja z pracy;
- (5) *Wartości w pracy* obejmujące podskale: zaufanie do pracowników, zaufanie do kierownictwa, sprawiedliwość i szacunek, równość społeczna;
- (6) *Zdrowie i dobrostan* obejmujące podskale: ogólny stan zdrowia, problemy ze snem, depresja, wypalenie zawodowe, napięcie, stres somatyczny, stres poznawczy, przekonania o własnej skuteczności;
- (7) *Narażenie na zachowania obraźliwe* obejmujące podskale: molestowanie seksualne, groźba przemocy, przemoc fizyczna, mobbing, dokuczanie, konflikty i sprzeczki, plotki i pomówienia.

W zależności od potrzeb oraz celu badań można posługiwać się wskaźnikiem zagregowanym (np.: wymagania w pracy; wartości w pracy; zdrowie i dobrostan), jak również wskaźnikami szczegółowymi (np.: wymagania emocjonalne; równość społeczna; wypalenie zawodowe). Daje to możliwości kompleksowego badania bardzo różnorodnych aspektów środowiska pracy – np.: w zależności od rodzaju zawodu i wykonywanej pracy – jak również określania zależności pomiędzy wieloma różnorodnymi zjawiskami występującymi w miejscu pracy. Kopenhaski Kwestionariusz Psychospołeczny COPSQ II spełnia więc oczekiwania, jakie stawiane są obecnie testom psychologicznym – aby w możliwie szeroki sposób mierzyły wiele różnych, choć powiązanych ze sobą zmiennych.

PRACE NAD ADAPTACJĄ POLSKIEJ WERSJI KOPENHASKIEGO KWESTIONARIUSZA PSYCHOSPOŁECZNEGO (COPSQ II)

Prace nad psychometrycznymi właściwościami polskiej wersji Kopenhaskiego Kwestionariusza Psychospołecznego (COPSQ II) objęły:

- opracowanie polskiej wersji językowej z wykorzystaniem tłumaczenia lingwistycznego i metody *back translation*,
- przeprowadzenie badań z dwukrotnym pomiarem,
- analizę własności psychometrycznych: struktury wewnętrznej kwestionariusza, rzetelności, trafności teoretycznej
- opracowanie polskich norm na podstawie wyników badanej populacji.

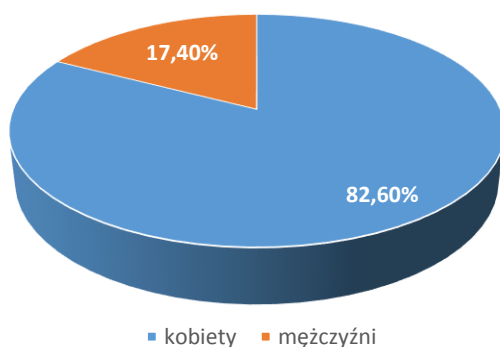
Trafność wewnętrzną narzędzia sprawdzano za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej. Rzetelności obliczono dwiema metodami: metodą opartą na analizie właściwości statystycznych

pozycji testowych (tzw. analiza zgodności wewnętrznej) oraz metodą o test-retest. Z kolei trafność teoretyczną obliczono za pomocą miar korelacji zmiennych głównych (mierzonych przez kwestionariusz COPSQ II) z dziesięcioma zmiennymi kryterialnymi, m.in.: obciążeniem pracą, konfliktami interpersonalnymi w pracy, konfliktami między pracą a rodziną, wsparciem od współpracowników i przełożonych, wypaleniem zawodowym, depresją i satysfakcją z pracy. Wyniki analiz potwierdziły wysoką trafność i rzetelność polskiej wersji narzędzia⁴.

WYNIKI BADAŃ UZYSKANE PRZY UŻYCIU KOPENHASKIEGO KWESTIONARIUSZA PSYCHOSPOŁECZNEGO (COPSQ II)

Poniżej przedstawione są wyniki badań na grupie pracowników wykonujących pracę o szczególnym charakterze ($N = 601$), należących do trzech grup zawodowych. Osoby badane zatrudnione były w 35 placówkach, znajdujących się na terenie wszystkich 16 województw w Polsce. Dobór próby prowadzony był metodą kwotową, z uwzględnieniem struktury wieku i płci w każdej placówce, gdzie prowadzono badania.

Strukturę płci osób badanych przedstawiono na rys. 1. Zdecydowaną większość stanowiły kobiety: $n = 496$ (82,6%), zaś grupa mężczyzn liczyła $n = 105$ osoby (17,4%). Wiek osób badanych mieścił się w przedziale 20-70 lat, a średnia wieku wyniosła $M = 42,5$ ($SD = 9,39$). Najlicniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (71,9%), w dalszej kolejności – z wykształceniem średnim (17,1%) i policealnym (8,2%), zaś najmniej liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (2,7%). Przeciętny staż pracy w obecnie wykonywanym zawodzie wyniósł $M = 14,4$ lat ($SD = 9,96$).

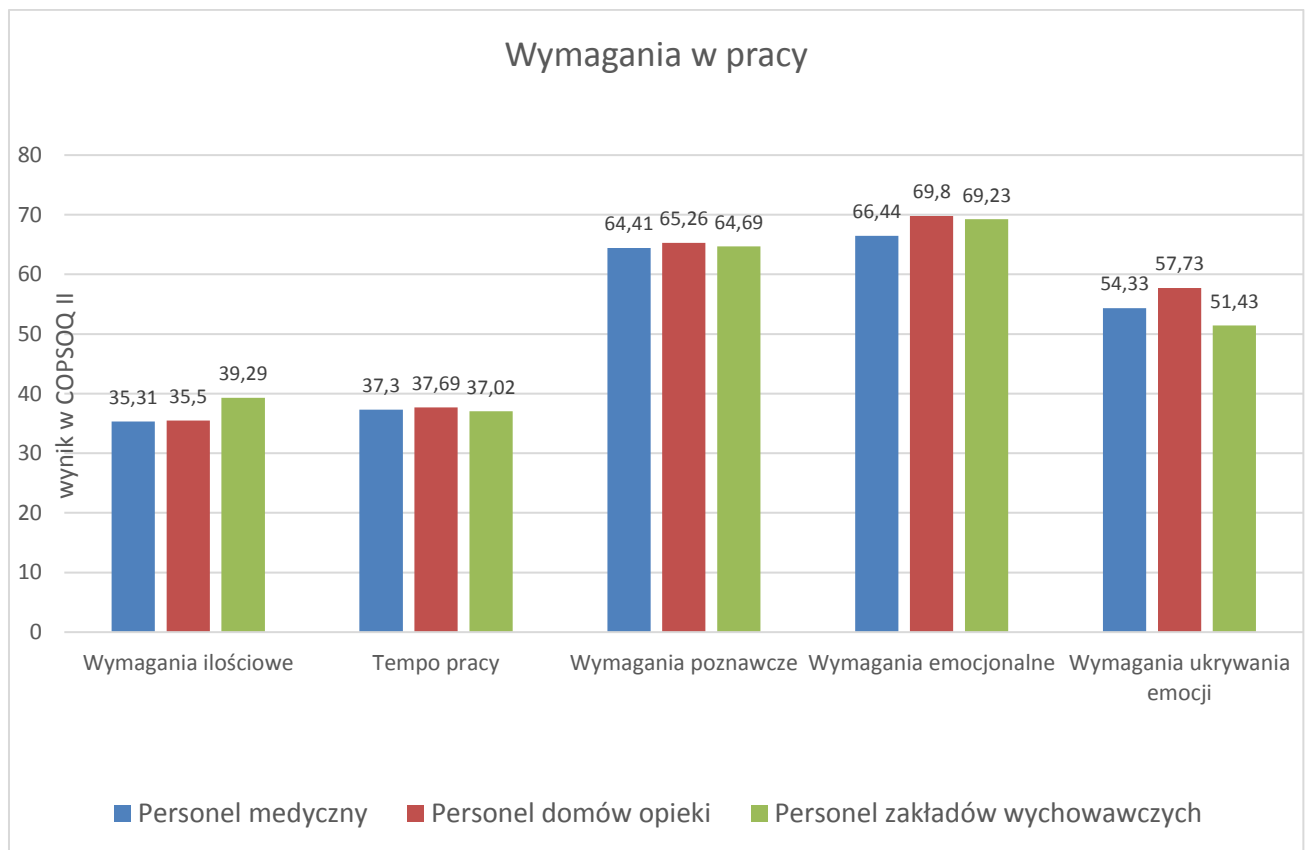


Rys. 1. Struktura płci w całej grupie osób badanych

⁴ Szczegółowe wyniki badań nad psychometrycznymi właściwościami omawianego narzędzia zawarte są w opracowaniu: *Kopenhaski Kwestionariusz Psychospołeczny (COPSQ II). Podręcznik do polskiej wersji narzędzia* (Warszawa, Wydawnictwo CIOP-PIB, 2019)

Wymagania w pracy

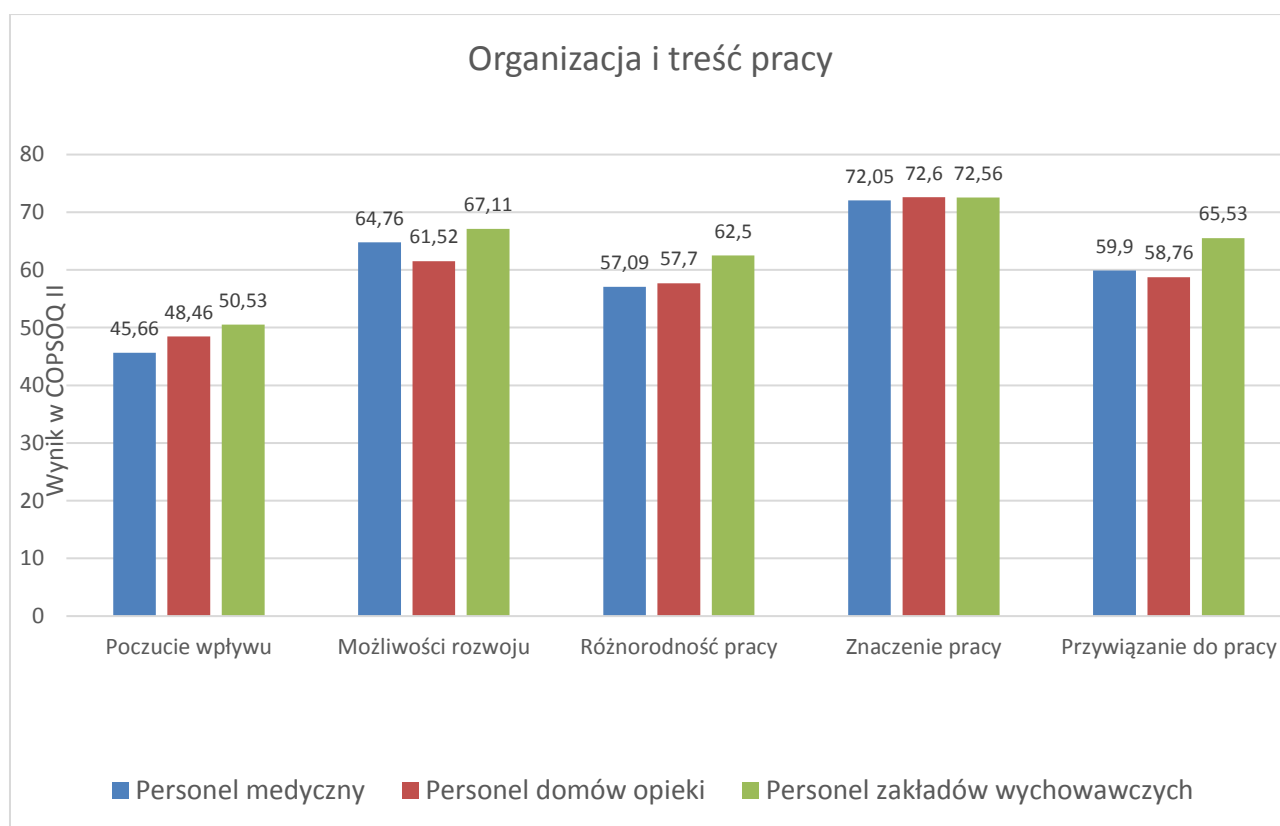
Wyniki analiz dotyczące różnic pod względem wymagań w pracy, w trzech grupach zawodów o szczególnym charakterze, przedstawiono na rys. 2. Analiza wariancji pokazała różnice między grupami pod względem wymagań ilościowych ($F = 3,42$; $p < 0,05$) i wymagań ukrywania emocji ($F = 4,33$; $p < 0,05$). Personel ośrodków resocjalizacyjnych cechuje się wyższym poziomem wymagań ilościowych, w porównaniu z dwiema innymi grupami. Z kolei personel medyczny doświadcza niższego poziomu wymagań związanych z ukrywaniem emocji.



Rys. 2. Wymagania w pracy w trzech grupach zawodowych

Organizacja i treść pracy

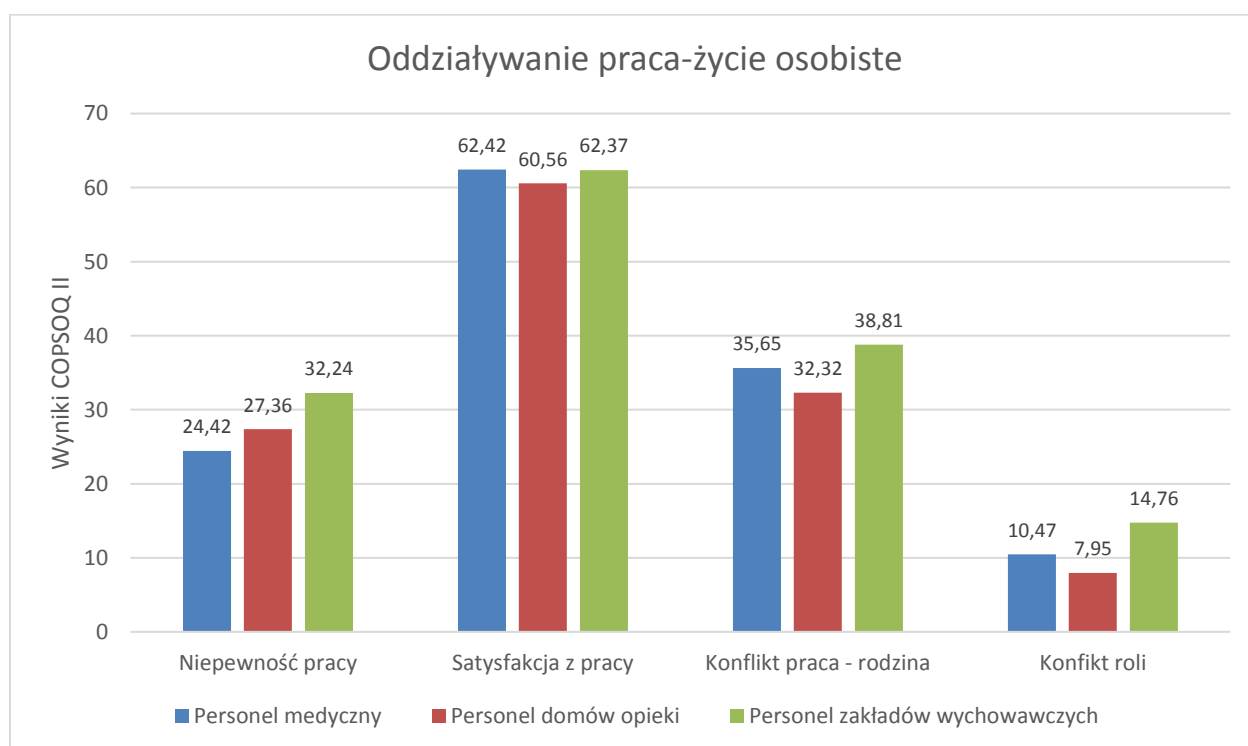
Wyniki analiz dotyczące różnic pod względem organizacji i treści pracy, w trzech grupach zawodowych o szczególnym charakterze, przedstawiono na rys. 3. Analiza wariancji wykazała różnice pod względem poczucia wpływu w pracy ($F = 3,78$; $p < 0,05$), możliwości rozwoju ($F = 4,18$; $p < 0,05$), różnorodności pracy ($F = 3,94$; $p < 0,05$), przywiązania do pracy ($F = 8,32$; $p < 0,001$). Możliwości rozwoju, różnorodność pracy i przywiązanie do pracy jest wyższe wśród wychowawców ośrodków resocjalizacyjnych, w porównaniu z dwiema pozostałymi grupami. Z kolei w grupie pracowników domów opieki niższe jest poczucie wpływu w pracy.



Rys. 3. Organizacja i treść pracy w trzech grupach zawodowych

Oddziaływanie między pracą a życiem osobistym

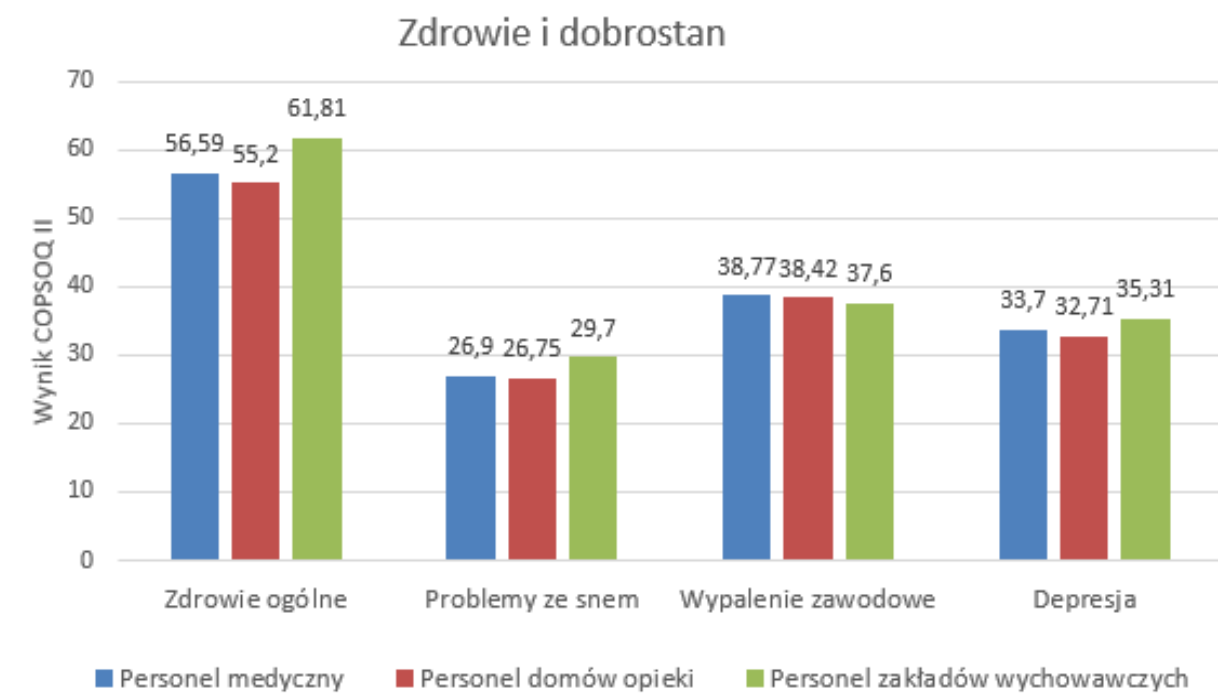
Wyniki analiz dotyczące różnic pod względem równowagi między pracą a życiem osobistym, w trzech grupach zawodowych o szczególnym charakterze, przedstawiono na rys. 4. Analiza wariancji pokazała istotne różnice w odniesieniu do niepewności pracy ($F = 6,35$; $p < 0,01$), konfliktu praca-rodzina ($F = 3,26$; $p < 0,05$) i konfliktu rodzina-praca ($F = 5,78$; $p < 0,01$). Pracownicy zakładów wychowawczych cechują się najwyższym poziomem niepewności pracy i najsilniejszymi konfliktami praca-rodzina i rodzina-praca w porównaniu z dwiema pozostałymi grupami. W zakresie pozostałych zmiennych nie zaobserwowano różnic istotnych statystycznie.



Rys. 4. Oddziaływanie między pracą a rodziną w trzech grupach zawodowych

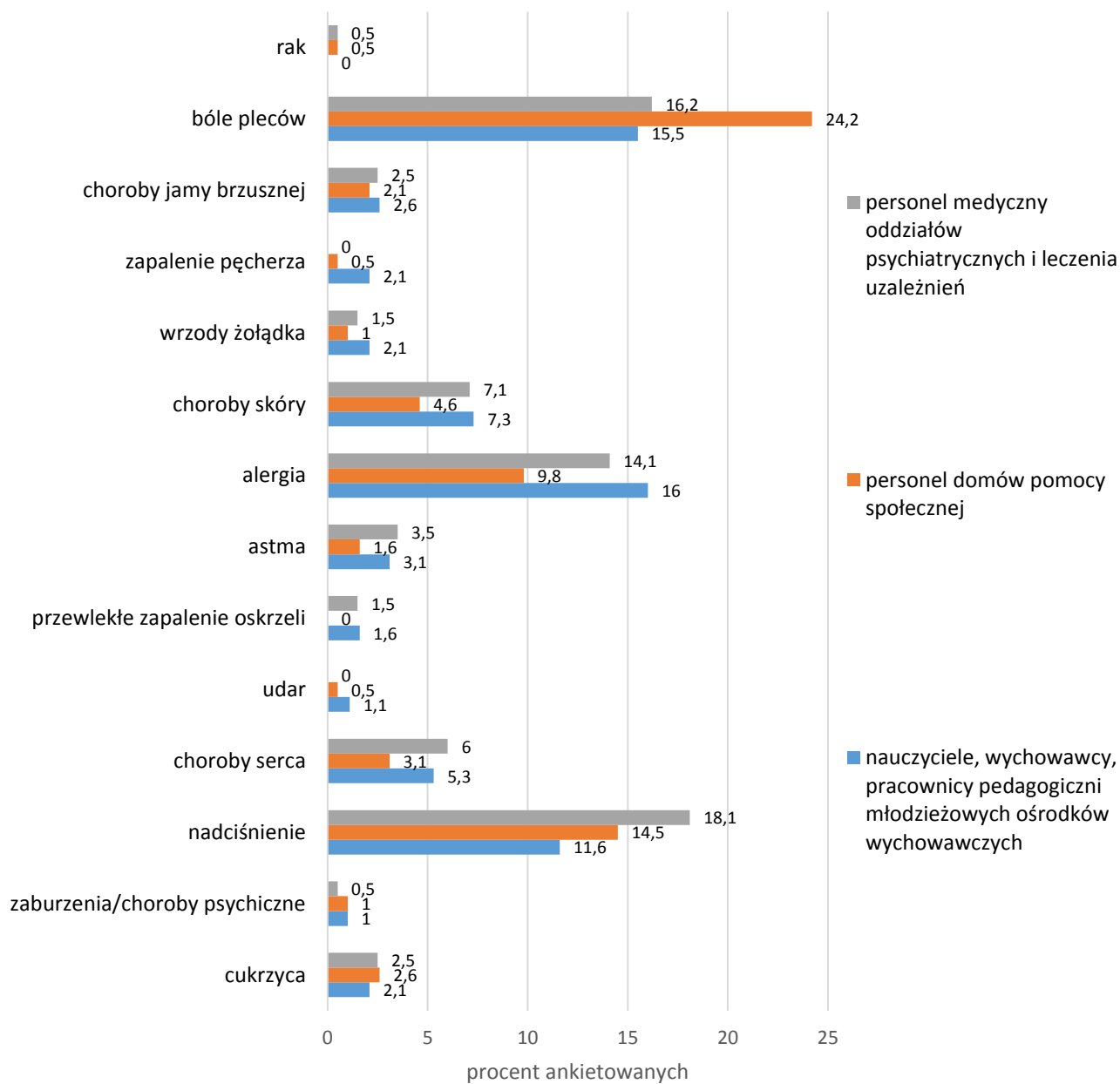
Zdrowie psychofizyczne

Wyniki analiz dotyczące różnic pod względem zdrowia fizycznego i psychicznego, w trzech grupach zawodowych o szczególnym charakterze, przedstawiono na rys. 5. Analiza wariancji nie wykazała istotnych różnic statystycznych w odniesieniu do zdrowia ogólnego, problemów ze snem, wypalenia zawodowego i depresji w trzech analizowanych grupach zawodów.



Rys. 5. Zdrowie psychofizyczne w trzech grupach zawodowych

Na rys. 6 przedstawiono wyniki dotyczące częstości występowania poszczególnych chorób, w trzech analizowanych grupach zawodowych. Do najczęściej odczuwanych obecnie dolegliwości zdrowotnych w każdej z tych grup należą *bóle pleców* (procent ankietowanych wskazujących na tę dolegliwość wyniósł w poszczególnych grupach zawodowych odpowiednio: 15,5%, 24,2% i 16,2%), *nadciśnienie* (odpowiednio: 11,6%, 14,5% i 18,1%) oraz *alergia* (odpowiednio: 16,0%, 9,8% i 14,1%). Analiza wykazała istotne różnice w zakresie bólów pleców $F = 6,36$; $p < 0,05$). Najwyższy odsetek obecnie chorujących na ten rodzaj schorzenia wystąpił wśród personelu domów pomocy społecznej i był on istotnie wyższy w porównaniu z procentem osób cierpiących na bóle pleców w grupie personelu młodzieżowych ośrodków wychowawczych i personelu oddziałów psychiatrycznych.



Rys. 6. Częstość występowania chorób w trzech grupach zawodowych

ZALECENIA DO PROGRAMÓW PROFILAKTYKI STRESU W PRACY

Propozycje zaleceń w zakresie radzenia sobie ze stresem w pracy, w grupie pracowników wykonujących prace o szczególnym charakterze, przedstawione zostały z podziałem na:

- ❖ działania ukierunkowane na pracowników
- ❖ działania ukierunkowane na organizację.

Działania ukierunkowane na pracowników





Szkolenia

Rozwijanie indywidualnego potencjału zdolności i umiejętności oraz kompetencji zawodowych pracowników może odbywać się za pośrednictwem odpowiednich szkoleń i treningów.

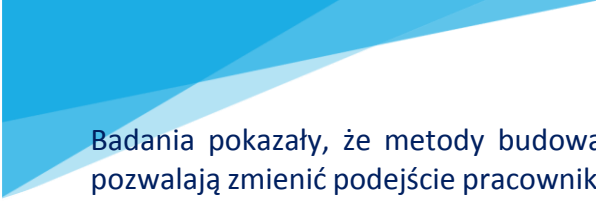
- ❖ **Treningi w zakresie rozwijania inteligencji emocjonalnej** – okresowe organizowanie dla pracowników treningów rozwoju inteligencji emocjonalnej, uczących wglądu w emocje własne i emocje innych ludzi oraz rozumienia tych emocji, zwiększających empatię i tym samym poprawiających relacje ze współpracownikami i z pacjentami/wychowankami, podnoszących efektywność pracy oraz satysfakcję z pracy.
- ❖ **Treningi uważności** (MBSR – *mindfulness-based stress reduction*) – okresowe

Inteligencja emocjonalna to zdolność odczuwania emocji i uczuć, rozumienie informacji zawartych w emocjach i zarządzanie nimi.

organizowanie dla pracowników treningów uważności sprzyjających obniżeniu poziomu stresu w pracy, poprawie relacji społecznych, zarówno ze współpracownikami, jak i z pacjentami/wychowankami, zwiększeniu satysfakcji z pracy oraz lepszemu zdrowiu.

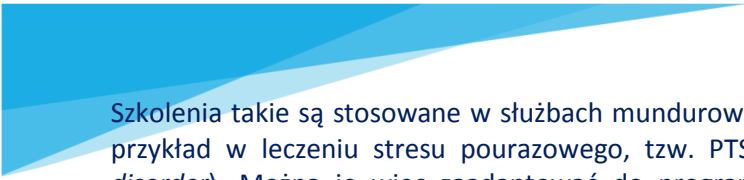
Badania pokazały, że metoda MBSR jest skutecznym nefarmakologicznym sposobem redukcji stresu, depresji i lęku, poprawiającym parametry snu, koncentrację i jasność myśli, zwiększającym „uważność” w stosunku do siebie i innych.

- ❖ **Trening budowania zasobów osobistych** – okresowe organizowanie dla pracowników treningów obejmujących uświadomienie znaczenia zasobów osobistych w radzeniu sobie ze stresem, diagnozę własnych zasobów, w tym zarówno osobowościowych, jak i środowiskowych, diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem, wraz ze wskazaniem zalet i wad każdego stylu.



Badania pokazały, że metody budowania własnych zasobów pozwalają zmienić podejście pracownika do wymagań w pracy i traktować je jako wyzwania, z którymi można sobie skutecznie radzić, poprawiając jakość własnej pracy i relacje społeczne.

- ❖ **Szkolenia oparte na metodzie wirtualnej rzeczywistości** – rozważenie możliwości zorganizowania dla pracowników szkolenia opartego na metodzie rzeczywistości wirtualnej, polegającego na terapii ekspozycyjnej, a w szczególności na technice desensytyzacji, ułatwiającej „oswojenie się” pracowników z sytuacjami zagrożenia, występującymi w ich środowisku pracy. W metodzie tej pracownicy mogą aktywnie uczestniczyć w wygenerowanym komputerowo, wirtualnym, trójwymiarowym świecie. Komputerowe obrazy są przedstawiane w nakładanych na głowę urządzeniach z wyświetlaczami, tzw. „nagłownych monitorach” (*head mounted display*, HMD). Poza obrazami, na uczestnika oddziałują także bodźce dotykowe (np. ruchome i wibrujące platformy), bodźce słuchowe (np. przestrzenne dźwięki), a także zapachowe, dzięki czemu łatwiej jest mu „wejść” w wirtualną rzeczywistość. Ekspozycja na rzeczywistość wirtualną może być elementem programu radzenia sobie ze stresem. Powinna być nadzorowana przez psychologa.



Szkolenia takie są stosowane w służbach mundurowych na całym świecie, na przykład w leczeniu stresu pourazowego, tzw. PTSD (*posttraumatic stress disorder*). Można je więc zaadaptować do programów dla wychowawców młodzieżowych placówek resocjalizacyjnych, w których występuje kontakt ze szczególnie agresywnymi młodocianymi przestępcami.

Działania ukierunkowane na organizację





Promowanie zdrowego stylu życia

Prozdrowotny styl życia oznacza świadome podejmowanie zachowań zwiększających potencjał zdrowia (m.in. dbałość o ciało, aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie się, hartowanie się, odpowiednia liczba godzin snu, samokontrola zdrowia) oraz eliminowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia (np. niepalenie tytoniu, ograniczone używanie alkoholu, nieużywanie substancji psychoaktywnych).

Wprowadzenie konkretnego programu do określonego przedsiębiorstwa powinno być poprzedzone badaniem potrzeb i oczekiwań pracowników w tym zakresie.

Zaleca się wzmacnianie zasobów zdrowotnych pracowników poprzez m.in.:

❖ Przygotowanie programów wspierających indywidualną i grupową aktywność fizyczną

- organizowanie na terenie firmy miejsc do ćwiczeń, uprawiania sportu, korzystania z masażu leczniczego, stref relaksu i odpoczynku,
- umożliwienie pracownikom i zachęcanie ich do zakładania klubów sportowych o różnych profilach: koszykówka, siatkówka, piłka nożna, fitness,
- zachęcanie do chodzenia i jazdy na rowerze (np. w drodze do pracy),
- finansowanie kart wstępu do klubów sportowych i aktywności fizycznej,
- organizowanie akcji edukacyjnych lub dni tematycznych, np. *Aktywny dzień ćwiczeń* lub *Aktywny tydzień ćwiczeń*, podczas których pracownicy mogą uczestniczyć w warsztatach lub pokazach w czasie godzin pracy.



❖ Przygotowanie programów i akcji zachęcających do zdrowego odżywiania

- utworzenie w miejscu pracy bufetu ze zdrową żywnością,
- organizowanie akcji typu *zdrowa kanapka* lub *owoc na rozpoczęcie dnia pracy* skierowanych do wszystkich pracowników,
- organizowanie seminariów, warsztatów, porad specjalistów pod hasłem: *Wiem, co jem, Dzień warzyw, Tydzień owoców* itp.,
- zorganizowanie w miejscach ogólnodostępnych biblioteczek tematycznych dotyczących prawidłowej diety.

Promocja zdrowia w miejscu pracy powinna uwzględniać okresową kontrolę skuteczności i efektów wprowadzanych programów poprzez np. przeprowadzanie badań ankietowych wśród pracowników, analizę wypadkowości, fluktuacji pracowników, liczby zwolnień lekarskich, produktywności. Wyniki analizy należy przekazać załodze firmy, zaś kadra zarządzająca powinna stale ulepszać stosowane metody promocji zdrowia w miejscu pracy.



Działania obniżające obciążenie pracą

Obciążenie pracą może wynikać m.in. z nadmiernej ilości pracy administracyjnej, pracy w porze nocnej, zbyt dużej różnorodności wykonywanych zadań, presji czasu oraz wysiłku fizycznego i umysłowego. Przykłady działań obniżających obciążenie pracą to:

- wcześniejsze planowanie prac, partycypowanie pracowników w ustalaniu harmonogramu działań, wcześniejsze informowanie pracowników o planowanych zmianach,
- ograniczanie godzin nadliczbowych, ograniczanie konieczności wykonywania obowiązków zawodowych w czasie wolnym od pracy,
- zmniejszanie ilości pracy „papierkowej”, ograniczanie liczby obowiązków administracyjnych, ograniczanie – w miarę możliwości – liczby procedur,
- dostosowywanie liczby pracowników do potrzeb kadrowych,
- zapewnienie bardziej elastycznego czasu pracy, ograniczanie pracy w domu,
- zapewnienie szkoleń przełożonym wszystkich szczebli w celu zapoznania ich z metodami obniżania ilościowego i jakościowego obciążenia pracą.

Badania wykazały istnienie silnych związków między obciążeniem pracą i zdrowiem fizycznym oraz psychicznym pracowników wykonujących prace o szczególnym charakterze.



❖ **Działania wzmacniające relacje między pracownikami na poziomie organizacji**

Relacje między współpracownikami zależą w dużej mierze od wsparcia, jakiego pracownicy udzielają sobie nawzajem oraz od wsparcia, jakie otrzymują od przełożonych. Działania sprzyjające budowaniu dobrych relacji w zespole pracowniczym, to m.in.:

- uświadomienie przełożonym roli wsparcia w miejscu pracy i korzyści z niego płynących, takich jak, np.: wzrost zadowolenia z pracy podwładnych, a w efekcie wzrost ich zaangażowania w pracę i przywiązania do organizacji, mniejsze ryzyko wypalenia zawodowego,
- uświadomienie współpracownikom roli „wsparcia koleżeńskiego” w radzeniu sobie ze stresem,
- zwiększenie dostępności „sieci wsparcia” w pracy, np. poprzez większy dostęp podwładnych do przełożonych,
- organizowanie grup samopomocy.

Wsparcie od współpracowników i od przełożonych stanowi zasób organizacyjny, który zaspokaja potrzebę przynależności, sprzyja zdrowiu i stanowi bufor neutralizujący negatywne oddziaływanie stresu na zdrowie.

Warto przeczytać

Baka, Ł. (2013). Zależności między konfliktami praca-rodzina i rodzina-praca a zdrowiem pielęgniarek. Buforujący efekt wsparcia społecznego. *Medycyna Pracy*, 64(6), 775-784.

Łuczak, A., Baka, Ł., Najmiec, A. (2018). Stres w pracy personelu medycznego psychiatrycznej opieki zdrowotnej – przegląd badań. *Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka*, 2(557), 6-10.

Łuczak, A., Baka, Ł., Najmiec, A. (2019). *Stres w pracy i wybrane metody radzenia sobie ze stresem dla osób wykonujących prace o szczególnym charakterze*. Warszawa: CIOP-PIB

Malińska, M., Najmiec, A., Hildt-Ciupińska, K. (2012). Promocja zdrowia w miejscu pracy – dobre praktyki (2). *Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka*, 7(490), 18-21.

Ogińska-Bulik, N., (2006). *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła, zapobieganie, konsekwencje*. Warszawa, Wydawnictwo Diffin.

Sekułowicz, M., (2002). *Wypalenie zawodowe nauczycieli pracujących z osobami z niepełnosprawnością intelektualną*. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Sęk, H. (2004). *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych*. [W:] H. Sęk, R. Cieślak (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

ŹRÓDŁA GRAFIKI

niedostosowani.pl
centrumdobrejterapii.pl
fotomek.de
pfron.org.pl
kidskunst.info
promocje.dlastudenta.pl
pl.dreamstime.com
pedagog szkolny.pl

Opracowano na podstawie wyników IV etapu programu wieloletniego „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”, sfinansowanego w latach 2017 – 2019 w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.

Koordynator programu: CIOP-PIB