

**Załącznik nr 2**  
do wniosku o przeprowadzenie  
postępowania habilitacyjnego dr Doroty Żołnierczyk-Zredy

**AUTOREFERAT**

**1. DANE OSOBOWE**

**Imię i nazwisko:** Dorota Żołnierczyk-Zreda

**Miejsce pracy:** Adiunkt w Pracowni Psychologii Społecznej, Zakładzie Ergonomii Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie

**2. POSIADANE DYPLOMY I STOPNIE NAUKOWE**

**2.1. Magistra**

- 1985 - Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii

Temat pracy magisterskiej: „Mechanizmy obronne osobowości”

Promotor: prof. dr hab. Helena Grzegołowska - Klarkowska

**2.2. Doktora**

- 2005 – Uniwersytet SWPS, stopień doktora nauk humanistycznych w dyscyplinie psychologia

Temat rozprawy doktorskiej: „Stres w pracy u osób o Wzorze A i B oraz różnym poziomie reaktywności. Interwencja służąca przeciwdziałaniu temu stresowi”

Promotor: prof. dr hab. Andrzej Eliaz

Recenzenci: prof. dr hab. Kazimierz Wrześniewski, prof. dr hab. Tatiana Klonowicz

**2.3. Kształcenie podyplomowe**

- 2003-2006 – Trzyletnie szkolenie w terapii poznawczo-behawioralnej organizowane przez Centrum Terapii Poznawczo Behawioralnej we współpracy z Oxford Cognitive Therapy Centre

**3. INFORMACJE O DOTYCHCZASOWYM ZATRUDNIENIU W JEDNOSTKACH NAUKOWYCH**

Począwszy od 1986 roku jestem zatrudniona w Centralnym Instytucie Ochrony Pracy - Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie, ul. Czerniakowska 16 (wcześniej - Centralnym Instytucie Ochrony Pracy z siedzibą w Warszawie, Tamka 1) w Zakładzie Ergonomii, Pracowni Psychologii Społecznej.

W 2008 roku zostałam powołana na stanowisko kierownika Pracowni Psychologii Społecznej. Kieruję pracą naukową zespołu składającego się z 11 psychologów realizujących prace badawcze w zakresie psychologii zdrowia, psychofizjologii, psychologii rehabilitacyjnej oraz psychologii społecznej.

#### **4. WSKAZANIE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO wynikającego z art. 219 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. u. poz. 1668)**

Podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego jest cykl 7 oryginalnych publikacji powiązanych tematycznie opublikowanych w recenzowanych czasopismach, znajdujących się w bazie *Journal Citation Reports*, opatrzony tytułem:

**„Zdrowie psychiczne w miejscu pracy, jego uwarunkowania i ochrona”**

Sumaryczny IF ISI dla osiągnięcia naukowego: **8,386 IF**

Sumaryczna punktacja MNiSW dla osiągnięcia naukowego: **140 MNiSW**

#### **4.1. Wykaz publikacji stanowiących osiągnięcie naukowe**

- 1. Żołnierczyk-Zreda D.** i Bedyńska S. POLISH VERSION OF JCQ R. KARASKA. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2014;20(4):583–593.

**IF 0,312**

**MNiSW 15**

Moim wkładem w powstanie tej pracy był przegląd aktualnego piśmiennictwa, a następnie opracowanie koncepcji i metodyki badań, organizacja zespołu badawczego, koordynacja realizacji badań, współudział w analizie i interpretacji wyników, przygotowanie manuskryptu (85%).

- 2. Bugajska J. Żołnierczyk-Zreda D,** Jędryka-Goral A, Gasik R., Hildt-Ciupińska K. Malińska M. Bedyńska S. PSYCHOLOGICAL FACTORS AT WORK AND MUSCULOSKELETAL DISORDERS: A ONE YEAR PROSPECTIVE STUDY. *Rheumatology International*. 2013;33(12): 2975–2983.

**IF 1,627**

**MNiSW 20**

Moim wkładem w powstanie tej pracy był współudział w przeglądzie aktualnego piśmiennictwa, opracowaniu metodyki badań oraz analizie i interpretacji wyników (30%).

3. **Żolnierczyk-Zreda D.** & Bedyńska S. ASSOCIATIONS BETWEEN FIXED-TERM EMPLOYMENT AND HEALTH AND BEHAVIORS: WHAT ARE THE MECHANISMS? *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2018;60(3):273-278.

**IF 1,861**

**MNiSW 25**

Moim wkładem w powstanie tej pracy był przegląd aktualnego piśmiennictwa, a następnie opracowanie koncepcji i metodyki badań, organizacja zespołu badawczego, koordynacja realizacji badań, współudział w analizie i interpretacji wyników, przygotowanie manuskryptu (85%).

4. **Żolnierczyk-Zreda D.** Bedyńska, S. i Warszewska-Makuch, M. WORKTIME CONTROL AND MENTAL HEALTH OF EMPLOYEES WORKING LONG HOURS. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2012;18(3):311–320.

**IF 0,494**

**MNiSW 15**

Moim wkładem w powstanie tej pracy był przegląd aktualnego piśmiennictwa, a następnie opracowanie koncepcji i metodyki badań, organizacja zespołu badawczego, koordynacja realizacji badań, współudział w analizie i interpretacji wyników, przygotowanie manuskryptu (80%).

5. **Żolnierczyk-Zreda D.**, Jędryka-Góral A, Bugajska J, Bedyńska S, Brzosko M, Pazdur J. THE RELATIONSHIP BETWEEN WORK, MENTAL HEALTH, PHYSICAL HEALTH AND FATIGUE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: A CROSS-SECTIONAL STUDY. *Journal of Health Psychology*. 2017;1–9. DOI: 10.1177/1359105317727842.

**IF 2,182**

**MNiSW 25**

Moim wkładem w powstanie tej pracy był przegląd aktualnego piśmiennictwa, a następnie opracowanie koncepcji i metodyki badań, koordynacja realizacji badań, współudział w analizie i interpretacji wyników, przygotowanie manuskryptu (75%).

6. **Żolnierczyk-Zreda D.** Sanderson M. Bedyńska S. MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION FOR MANAGERS: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY. Occupational Medicine. 2016;66:630–635.

**IF 1,441**

**MNiSW 25**

Moim wkładem w powstanie tej pracy był przegląd aktualnego piśmiennictwa, a następnie opracowanie koncepcji i metodyki badań, organizacja zespołu badawczego, koordynacja realizacji badań, współudział w analizie i interpretacji wyników, przygotowanie manuskryptu (75%).

7. Mołek-Winiarska D. i **Żolnierczyk-Zreda D.** THE APPLICATION OF MBSR IN STRESS MANAGEMENT INTERVENTION IN THE STUDY OF MINING SECTOR COMPANY. International Journal of Occupational Safety and Ergonomic.2018; 21(1):1-8.

**IF 0,469**

**MNiSW 15**

Moim wkładem w powstanie tej pracy był współudział w przeglądzie aktualnego piśmiennictwa, opracowaniu koncepcji i metodyki badań, a także współudział w analizie i interpretacji wyników i przygotowaniu manuskryptu (40%).

W załączeniu kopie powyższych prac ([Załącznik nr 3](#)), oświadczenia współautorów o indywidualnym wkładzie autorskim ([Załącznik nr 6](#)) oraz analiza bibliometryczna wykonana przez Bibliotekę Główną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie ([Załącznik nr 7](#)).

## **4.2. Omówienie celu naukowego publikacji powiązanych tematycznie i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania**

### **4.2.1. Wprowadzenie i cel naukowy**

Badanie pn. *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska* przeprowadzone przez pracowników Instytutu Psychiatrii i Neurologii w 2011 roku wśród 10 tys. osób w wieku 18–64 było pierwszym ogólnopolskim badaniem mającym na celu ocenę rozpowszechnienia problemów psychicznych wśród dorosłych Polaków. Jego autorzy odkryli niepokojącą tendencję – we wspomnianym okresie

co najmniej jedno zaburzenie psychiczne w ciągu całego życia wystąpiło aż u 23,4% badanych, czyli u ponad 6 milionów Polaków. Stwierdzono także, że blisko ćwierć miliona osób dotknęło kilka zaburzeń. Zaburzenia nastroju – takie jak depresja, dystymia i mania – zdiagnozowano łącznie u 3,5% respondentów (Moskalewicz i in., 2012).

W 2014 roku najczęstszą grupę rozpoznań wśród osób leczonych w ramach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej stanowiły zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne. Do drugiej pod względem liczebności grupy należały osoby leczące się z powodu zaburzeń nastroju (Moskalewicz i in., 2016). Problem depresji dotyczył już 5,3% polskiej populacji, czyli około 1 miliona 536 tysięcy osób w wieku powyżej 15 lat, w tym ponad miliona kobiet (6,4%) (GUS, 2016;). Z kolei, według ostatnich danych ZUS na temat wszystkich zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, począwszy od 2012 do końca 2016 roku, obserwowano stały wzrost liczby dni absencji chorobowej z ich powodu o 35,3% (ZUS, 2017a).

Ustanowienie drugiej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 uzasadnia się właśnie rozpowszechnieniem, a tym samym – dużymi kosztami społecznymi i ekonomicznymi, zaburzeń psychicznych. Są one najwyższe spośród generowanych przez problemy zdrowotne Polaków, a sam ZUS oszacował je w 2016 roku na kwotę 5 miliardów 619 milionów 400 000 złotych (ZUS, 2017b). W strukturze wydatków ZUS ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w tym roku do grup chorobowych generujących najwyższe wydatki należały zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 16,0% ogółu wydatków, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 14,1%, choroby związane z okresem ciąży, porodu i połogu – 12,5%, choroby układu krążenia – 11,8%, urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 11,3%, choroby układu nerwowego – 8,6% oraz choroby układu oddechowego – 7,7%. (ZUS, 2017). Z kolejnego raportu ZUS dowiadujemy się, że niezależnie od płci i wieku, najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami zdrowotnymi związanymi z pracą zawodową pozostają problemy z układem mięśniowo-szkieletowym, a dalszymi w kolejności przyczynami zwolnień chorobowych są stres, depresja i lęk (ZUS, 2017c).

Przytoczone wyżej dane potwierdzają wyniki europejskich sondaży na temat warunków pracy, w tym Europejskiej Agencji ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA) oraz Europejskiej Fundacji ds. Poprawy Warunków Życia i Pracy (EUROFOUND). Wykazały one, że ok. 50% polskich pracowników doświadcza stresu w pracy, a co piąty pracujący Polak boryka się z nim codziennie – to jedne z najwyższych wskaźników w Europie (EU-OSHA, 2013; Eurofound, 2015; 2017; The Workforce View in Europe, 2017). Stres w pracy definiuje

się jako wynik takiej relacji pomiędzy środowiskiem/wymaganiami a pracownikiem, w której wymagania pracy znacząco przekraczają możliwości radzenia sobie z tymi wymaganiami (Lazarus i Folkman, 1984; Cox i Mackay, 1981; Cox i in., 2000). Sytuacja ta może wynikać na przykład z nadmiernego obciążenia pracą, braku możliwości wpływania na wykonywane zadania (braku kontroli w pracy), niedostatecznego wsparcia społecznego, konfliktowości roli zawodowej, braku możliwości rozwoju zawodowego, niesprawiedliwości organizacyjnej czy mobbingu (Cox i in., 2000; Leka i Cox, 2008). Krótkoterminowym skutkiem stresu w pracy są złożone reakcje fizjologiczne (związane z aktywacją układu sympatyczno-nadnerczowego oraz układu podwzgórze-przysadka-nadnercze), emocjonalne (np. lęk czy gniew), a także behawioralne (np. impulsywne zachowania agresywne lub ucieczkowe). Do długoterminowych skutków przedłużającego się stresu w pracy należą natomiast dolegliwości zdrowotne i choroby, w tym zaburzenia zdrowia psychicznego. Wyniki metaanaliz licznych badań na ten temat nie pozostawiają co do tego żadnych wątpliwości (WHO, 2010; Kivimaki i in., 2012; Schulte i in., 2015; Theorell i in., 2015; Verkuil i in., 2015; Madsen i in., 2017; Harvey i in., 2017; Żołnierczyk-Zreda i Holas, 2018). Z tego powodu czynniki generujące stres w pracy i „szkody na poziomie zdrowia fizycznego i psychicznego” określa się jako zagrożenia psychospołeczne ((Leka i Cox, 2008, str. 2).

Ich obecność lub brak w znacznej mierze zależy od organizacji pracy, na którą mają wpływ pracodawcy i przełożeni. Jednak do pewnego stopnia wiąże się ona również z szerszym społeczno-gospodarczym kontekstem działania przedsiębiorstw (Leka i Cox, 2008; Hassard i in., 2011; Wynne i in., 2014). W okresach wahań koniunktury gospodarczej wzrasta na przykład niepewność zatrudnienia wynikająca z procesów restrukturyzacji, polegających głównie na zamykaniu lub kurczeniu się przedsiębiorstw. Może ona z kolei powodować intensyfikację pracy znaczącej grupy pracowników, którzy obawiają się utraty stanowiska. Podobne zjawiska dało się zaobserwować na polskim rynku pracy w okresie transformacji gospodarczej, a także w długim okresie modernizacji polskiej gospodarki oraz nadrabiania zaległości cywilizacyjnych w stosunku do krajów wysokorozwiniętych. Jednak długo utrzymujący się tzw. „rynek pracodawcy” nie wymusił jednocześnie zapewnienia wysokiego poziomu kultury organizacyjnej przedsiębiorstw oraz stabilnych warunków zatrudniania. To właśnie z tego wynikać może wysoki poziom stresu wśród polskich pracowników potwierdzany przez wspomniane wyżej dane ZUS, a także wyniki europejskich sondaży na temat warunków pracy. Ich dalsza analiza ujawnia bowiem, że od dłuższego czasu znajdujemy się w czołówce krajów o najdłuższym tygodniowym czasie pracy, niskim deklarowanym poczuciu kontroli, czyli wpływu jaki mają pracownicy na procesy swojej pracy, a także

niewielkim wsparciu przełożonych oraz kolegów. Niskie poczucie kontroli oraz niepewność pogłębia znacząca niestabilność zatrudnienia, o której świadczy to, że prawie jedna trzecia wszystkich polskich pracowników – i jest to drugi najwyższy wskaźnik w Europie – była zatrudniona w oparciu o umowy na czas określony (Eurofound, 2015, 2017).

Ochrona zdrowia w miejscu pracy, w tym przede wszystkim zdrowia psychicznego, wymaga zatem, aby skutecznie przeciwdziałać występowaniu u pracowników przewlekłego stresu spowodowanego opisanymi niekorzystnymi warunkami. Z danych Europejskiej Agencji ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy w Bilbao, zbieranych od europejskich pracodawców i specjalistów BHP, wynika, że poziom przeciwdziałania tym zagrożeniom psychospołecznym w polskich przedsiębiorstwach także pozostaje jednym z najniższych w Europie (van den Heuvel i in., 2018).

O tym, jak silna będzie reakcja na stres w miejscu pracy, a tym samym, jak duże okażą się koszty na poziomie zdrowia psychicznego i fizycznego pracownika, decyduje nie tylko obecność i nasilenie zagrożeń psychospołecznych. Istotną rolę odgrywają tu także indywidualne cechy pracownika, takie jak jego ogólna sytuacja zdrowotna, odporność (tzw. „twardość”), neurotyzm czy styl radzenia sobie ze stresem (Wynne i in., 2014). Stąd też uważa się, że najlepszą formą ochrony zdrowia psychicznego (i fizycznego) pracowników jest z jednej strony dbałość o zachowanie właściwych psychospołecznych warunków pracy, które zapobiegają występowaniu stresu, z drugiej zaś – wzmacnianie indywidualnych umiejętności pracowników z zakresu radzenia sobie ze stresem (Lamontagne i in., 2007; Bhui i in., 2012; Wynne i in., 2014). Ten ostatni rodzaj działań jest szczególnie istotny w sytuacjach, gdy konieczne okazuje się radzenie sobie z nieuniknionym stresem, wynikającym bezpośrednio ze specyfiki wykonywanej pracy (np. w przypadku policjantów, strażaków, lekarzy, górników) lub ogólnej sytuacji społeczno-gospodarczej, w której funkcjonują przedsiębiorstwa i zatrudniani w nich pracownicy.

Mimo systematycznie wzrastającej świadomości rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia psychicznego wśród dorosłych Polaków i wynikających z niego kosztów społeczno-ekonomicznych, a jednocześnie wysokich – w porównaniu z resztą Europy – wskaźników doświadczanego przez nich stresu w pracy, liczba polskich badań, które wskazywałyby na potencjalne uwarunkowania zdrowia psychicznego Polaków tkwiące w ich środowisku pracy wciąż pozostaje niewystarczająca. Szczególnie istotnym wydaje się potwierdzenie hipotezy, że najbardziej powszechne stresory/zagrożenia psychospołeczne, takie jak intensyfikacja pracy (długi czas pracy), zaburzenie równowagi między pracą a życiem prywatnym oraz niepewność

i niestabilność zatrudnienia wynikające z powszechnie stosowanych umów na czas określony stanowią istotne predyktory złego stanu zdrowia psychicznego osób pracujących.

Na świecie przeprowadzono liczne badania sprawdzające skuteczność różnych działań służących ochronie zdrowia psychicznego, zarówno dotyczących całych organizacji, jak i pojedynczych pracowników (Tan i in., 2014; Kim i in., 2014; Montano i in., 2014; Joyce i in., 2016; Harvey i in., 2017). W Polsce na komercyjnym rynku usług edukacyjno-szkoleniowych oferuje się firmom niezliczone treningi, szczególnie nastawione na redukcję stresu w pracy. Jednak niezwykle rzadko ewaluje się je pod kątem skuteczności w zakresie poprawy samopoczucia i zdrowia psychicznego poddawanych im osób. Taka ewaluacja jest bowiem czasochłonna, wymaga zastosowania rzetelnych narzędzi badawczych, poprawnej metodologicznie procedury, a także analizy danych przy pomocy odpowiednich testów statystycznych.

Biorąc pod uwagę powyższe, podjęłam się przeprowadzenia badań wypełniających te luki, a ich rezultaty przedstawiłam poniżej w cyklu publikacji zatytułowanym: **„Zdrowie psychiczne w miejscu pracy, jego uwarunkowania i ochrona”**.

Celem naukowym tego cyklu jest:

- 1) identyfikacja związanych z pracą czynników warunkujących zdrowie psychiczne pracownika,
- 2) ocena skuteczności działań służących ochronie zdrowia psychicznego w miejscu pracy.

#### **4.2.2. Metodologia przeprowadzonych badań oraz ich wyniki**

Rezultaty badań przedstawione do oceny jako cykl powiązanych tematycznie publikacji ukazały się w 5 czasopismach naukowych indeksowanych w *Journal Citation Reports* posiadających wskaźnik oddziaływania *Impact Factor*. Wszystkie należące do niego prace zostały opublikowane w języku angielskim.

Badaniom poddano w sumie 4948 osób – pracowników większości sektorów gospodarczych, w tym administracji, bankowości i finansów, budownictwa, górnictwa, przetwórstwa przemysłowego, handlu, transportu, hotelarstwa i gastronomii, informacji i komunikacji, edukacji i zdrowia publicznego.

Na przeprowadzenie badań uzyskiwano zgody Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej oraz Uniwersytetu im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Osoby badane każdorazowo informowano o celu badania oraz o tym, że jego wyniki nie będą wykorzystywane do celów innych niż naukowe.



W zaprezentowanych badaniach, zdrowie psychiczne rozumiano tak, jak definiuje je Światowa Organizacja Zdrowia, czyli jako dobrostan, w którym jednostka realizuje swoje możliwości, potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować (WHO, 2001). Skoro zgodnie z tą definicją fundamentem zdrowia psychicznego jest dobre samopoczucie uznano, że samoopisowe metody jego diagnozy są wiarygodnym sposobem oceny zdrowia psychicznego. Wykorzystano następujące samoopisowe testy do diagnozy **zdrowia psychicznego**:

1. **Kwestionariusz GHQ-28** (*The General Health Questionnaire-28*, Goldberg i Williams, 1988) w polskiej adaptacji Makowskiej i Merez (2001). Kwestionariusz ten to jedno z najbardziej powszechnie stosowanych na świecie samoopisowych narzędzi badania zdrowia psychicznego. Składa się z 28 pozycji tworzących 4 podskale diagnozujące: 1) objawy somatyczne, 2) niepokój i bezsenność, 3) dysfunkcję społeczną, 4) depresję. Respondenci proszeni są o zaznaczenie jednej z 4 możliwych odpowiedzi od *w ogóle nie* do *znacznie bardziej niż zwykle* lub od *lepiej niż zwykle* do *znacznie gorzej niż zwykle*. Podane wyżej kategorie odpowiedzi punktowane są następująco: 0-0-1-1. Ogólny wynik to suma punktów uzyskanych za odpowiedzi na wszystkie pytania kwestionariusza. Maksymalny rezultat to 28 punktów. Rzetelność testu w cytowanych badaniach, mierzona przy pomocy wskaźnika spójności wewnętrznej alfa Cronbacha, wahała się od 0,85 do 0,93 dla poszczególnych podskal, natomiast rzetelność wskaźnika ogólnego wyniosła 0,90.

2. **Czynnik: zdrowie psychiczne według kwestionariusza SF-36v2** (*Short Form-36*, wersja 2) Wara, Kosinskiego i Kellera (1994) w polskiej adaptacji Żołnierczyk-Zredy, Wrześniewskiego, Bugajskiej i Jędryki-Góral (2010). Na czynnik Zdrowie Psychiczne (14 itemów) składają się 4 podskale: samopoczucie (5 itemów), witalność (4 itemy), funkcjonowanie społeczne (2 itemy) oraz ograniczenia w pełnieniu ról z powodu dolegliwości psychicznych (3 itemy). Format odpowiedzi na pytania jest zróżnicowany i zawiera od 3 do 6 możliwości. Rzetelność czynnika zdrowie psychiczne, mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha, w referowanych badaniach wyniosła 0,85.

Diagnozowano także takie aspekty zdrowia psychicznego jak:

1. **Afektywność pozytywna i negatywna** przy użyciu skali **AIE** (*Affect Experience Index*, Bradburn, 1969) składającej się z 10 itemów. Połowa z nich opisuje afekt pozytywny, połowa – negatywny. Zadaniem badanych jest stwierdzenie, czy dane określenie

opisuje ich bieżące samopoczucie (możliwe odpowiedzi: *tak* lub *nie*). Rzetelność skali w cytowanych badaniach, mierzona przy pomocy wskaźnika alfa Cronbacha, wyniosła 0,89.

2. **Poziom samooceny** przy użyciu testu **RSES** (*Rosenberg Self-Esteem Scale*, Rosenberg, 1965). Skala zawiera 10 itemów, które opisują zarówno pozytywne, jak i negatywne przekonania na własny temat (np. *Często czuję się bezwartościowy; W sumie czuję, że jestem nieudacznikiem* itp.). Badany ocenia prawdziwość twierdzeń, używając 4-stopniowej skali od 1 – *zdecydowanie się zgadzam* do 4 – *zdecydowanie się nie zgadzam*. Rzetelność skali w cytowanych badaniach, mierzona przy pomocy wskaźnika alfa Cronbacha, wyniosła 0,91.

Do diagnozy **zdrowia fizycznego** wykorzystano następujące 4 testy:

1. **Kwestionariusz dolegliwości mięśniowo-szkieletowych** (Kourinka i in., 1987), który diagnozuje dolegliwości mięśniowo-szkieletowe w 9 następujących obszarach ciała: szyja, barki, górna część kręgosłupa, łokcie, dolna część kręgosłupa, biodra, nadgarstki/dłonie, kolana, kostki/stopy, doświadczane w ciągu ostatnich 7 dni oraz ostatniego roku. Badani proszeni byli o ocenę dolegliwości w każdym z tych rejonów pod względem: 1) średniej intensywności bólu w ciągu ostatnich 7 dni oraz ostatniego roku, 2) konieczności zmiany pracy z powodu tych dolegliwości, 3) doznanego w tym obszarze urazu, 4) zażywanych leków łagodzących dolegliwości. Rzetelność skali w referowanych badaniach wyniosła 0,87 alfa Cronbacha.

2. **Czynnik zdrowie fizyczne kwestionariusza SF-36v2** (*Short Form*, wersja 2) (Wara i in., 1994). Skala diagnozująca czynnik zdrowie fizyczne kwestionariusza SF-36v2, zawiera 21 itemów, na które składają się 4 podskale: funkcjonowanie fizyczne (10 itemów), ograniczenia w pełnieniu ról z powodu dolegliwości fizycznych (4 itemy), ból (2 itemy), zdrowie ogólne (5 itemów). Format odpowiedzi na pytania jest zróżnicowany i zawiera od 3 do 6 możliwych odpowiedzi. Rzetelność skali diagnozującej zdrowie fizyczne w referowanych badaniach wyniosła 0,90 alfa Cronbacha.

3. **Kwestionariusz oceny zdolności do pracy WAI** (*Work Ability Index*, Ilmarinen i Tuomi, 1994). Skala składa się z 7 podskal, każda z nich – z kilku itemów. Badany ocenia swoją zdolność do pracy w stosunku do wymaganego wysiłku fizycznego i umysłowego wymaganego przez obecną pracę, 14 możliwych rodzajów schorzeń (chorób) potwierdzonych przez lekarza, takich jak np. schorzenia mięśniowo-szkieletowe, sercowo-

krążeniowe, oddechowe, układu moczowo-płciowego, pokarmowego itp. Badany szacuje także upośledzenie zdolności do pracy związane z tymi schorzeniami, wymienia liczbę dni spowodowanej chorobą nieobecności w pracy oraz szacuje prognozę dotyczącą zdolności do wykonywania zawodu w ciągu najbliższych 2 lat. Ostatnia pozycja dotyczy zasobów psychicznych. Format odpowiedzi na pytania jest zróżnicowany i zawiera od 3 do 5 możliwych odpowiedzi. Rzetelność kwestionariusza WAI w cytowanych badaniach wyniosła 0,83 alfa Cronbacha.

4. **Kwestionariusz zdrowia** w opracowaniu Widerszal-Bazyl, Cieślaka i Najmca (1995), który diagnozuje częstość występowania oraz nasilenie 30 różnych dolegliwości, takich jak: bóle głowy, bezsenność, dolegliwości sercowo-naczyniowe, bóle stawów, infekcje górnych dróg oddechowych, bóle żołądka lub dwunastnicy, ataki astmy, biegunki, zaparcia, zgaga, bóle nerek, nerwobóle, wysypka skórna itp. Badany ocenia częstość występowania oraz nasilenie tych dolegliwości na skali od 1 – *nigdy* do 6 – *codziennie*. Rzetelność kwestionariusza w cytowanych badaniach wyniosła 0,86 alfa Cronbacha.

Do diagnozy **stresu w pracy** stosowano 2 testy:

1. **Kwestionariusz JCQ** (*Job Content Questionnaire*) Roberta Karaska (Karasek i in., 1985) w adaptacji Żołnierczyk-Zredu i Bedyńskiej (2014). Kwestionariusz składa się z 29 itemów, które diagnozują: wymagania psychologiczne pracy (9 itemów), kontrolę w pracy (9 itemów), wsparcie społeczne od przełożonych (4 itemy), wsparcie społeczne od współpracowników (4 itemy) oraz niepewność zatrudnienia (3 itemy). Badani oceniają prawdziwość stwierdzeń, stosując 4-stopniową skalę (1 – *całkowicie się nie zgadzam*, 4 – *całkowicie się zgadzam*). Rzetelność poszczególnych podskal wahała się od 0,66 do 0,85 alfa Cronbacha.

2. **Kwestionariusz OSI-2** do pomiaru stresu kierowniczego (*Occupational Stress Indicator*, wersja 2, Cooper i in., 1988) w adaptacji Widerszal-Bazyl (1998). Kwestionariusz składa się z 40 itemów oceniających natężenie następujących stresorów: wymagania pracy, obowiązki kierownicze, relacje społeczne w pracy, konflikt praca-rodzina, odpowiedzialność, możliwość awansu oraz klimat organizacyjny. Badani odpowiadają na pytania, używając 6 – punktowej skali odpowiedzi od: *zdecydowanie nie jest to źródło stresu* do *zdecydowanie jest to źródło stresu*. Rzetelność kwestionariusza w referowanych badaniach wyniosła 0,89 alfa Cronbacha.

Ponadto oceniano:

**Kontrakt psychologiczny** – mierzony kwestionariuszem PC (*Psychological Contract*, Coyle-Shapiro i Kessler, 2002). Kwestionariusz liczy 14 itemów, które diagnozują 3 rodzaje zobowiązań pracodawcy: ekonomiczne, społeczno-emocjonalne oraz dotyczące rozwoju zawodowego. Badani, posługując się 5-stopniową skalą Likerta (od 1 – *wcale* do 5 – *w bardzo istotnym stopniu*), oceniają, na ile pracodawca wypełnia poszczególne zobowiązania. Rzetelność kwestionariusza w referowanych badaniach wyniosła 0,93 alfa Cronbacha.

**Rodzaj wykonywanej pracy** oceniano przy pomocy pytania pochodzącego z kwestionariusza WAI (Ilmarinen i Tuomi, 1994): *Moja praca jest: głównie fizyczna, głównie umysłowa, fizyczno-umysłowa*. Badani udzielali odpowiedzi twierdzącej lub przeczącej.

Wyniki badań zaprezentowanych w cyklu publikacji analizowano przy pomocy różnorodnych testów statystycznych: analizy regresji hierarchicznej, analizy regresji logistycznej, analizy czynnikowej MANCOVA z powtarzanymi pomiarami, a także modelowania strukturalnego.

#### 4.2.3. Omówienie wyników

**Żolnierczyk-Zreda D.** i Bedyńska S. POLISH VERSION OF JCQ R. KARASKA. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2014;20(4):583–593.

Jak wspomniano wyżej, bezpośrednią przyczyną zaburzeń zdrowia psychicznego powstających w miejscu pracy jest systematyczne doświadczanie stresu przez pracowników (Wynne i in., 2017). Istnieje kilka modeli teoretycznych stresu w pracy, a do najbardziej rozpowszechnionych w literaturze należy ten stworzony przez Roberta Karaska (Karasek, 1979), zmodyfikowany w późniejszym okresie i znany jako model Wymagania – Kontrola – Wsparcie (Karasek i Theorell, 1990). Zgodnie z nim, stres w pracy pojawia się, gdy stawiane wymagania są zbyt wysokie lub zbyt niskie, poczucie kontroli (możliwości wpływania na swoją pracę przez pracownika) pozostaje niedostateczne, a wsparcie społeczne (od współpracowników i przełożonych) oceniane jest jako niewystarczające. Kwestionariusz do badania tak rozumianego stresu w pracy został przetłumaczony na 22 języki i stanowi jedno z najczęściej stosowanych, a także najlepiej sprawdzonych, narzędzi do pomiaru stresu w pracy, nie tylko w Europie, ale także na świecie (Van der Doef i Maes, 1999).

W badaniu opisanym w powyższym artykule sprawdzano, czy odpowiednie jest ono również do pomiaru stresu w populacji polskich pracowników. Przebadano reprezentatywną grupę 2626 pracowników reprezentujących 9 spośród 10 grup zawodowych według ISCO-08, zatrudnionych w blisko 30 różnych przedsiębiorstwach. Zastosowano taką wersję kwestionariusza, która oprócz trzech głównych wymiarów modelu stresu Karaska diagnozowała także niepewność zatrudnienia. Wyniki badań świadczą o tym, że polska wersja kwestionariusza zapewniała rzetelną i trafną diagnozę stresu w pracy. Ocena dokładności prognostycznej narzędzia wykazała, że połączenie wysokich wymagań oraz niskiej kontroli i wsparcia społecznego, świadczące o wysokim poziomie stresu w pracy, była bardzo istotnym predyktorem skarg na stan zdrowia ( $F(1,1334)=35$ ,  $p<0.001$ ,  $R^2=0.01$ ) zgłaszanych przy pomocy kwestionariusza do badania zdrowia psychicznego GHQ-28 Goldberga i Williamsa (1988).

Ponadto porównywano także średnie wyniki w odniesieniu do trzech wymiarów pracy (wymagania, kontrola i wsparcie) świadczących o stresie uzyskane w tym badaniu oraz innych europejskich (np. holenderskich, belgijskich, angielskich) i pozaeuropejskich (np. amerykańskich, kanadyjskich, malezyjskich, japońskich) analizach prowadzonych przy użyciu kwestionariusza Karaska (Karasek i in., 1998; Kawakami i in., 1996; Eum i in., 2007). Okazało się, że poziom stresu wśród polskich pracowników jest wyższy niż zaobserwowany we wspomnianych populacjach z innych krajów, co oznacza, że stawia się im w pracy wyższe wymagania, przy równocześnie niższym poziomie kontroli i wsparcia od współpracowników i przełożonych. Wyższy wskaźnik stresu zaobserwowano jedynie w Japonii i Korei Południowej.

Bugajska J., Żolnierczyk-Zreda D, Jędryka-Góral A, Gasik R., Hildt-Ciupińska K., Malińska M., Bedyńska S. PSYCHOLOGICAL FACTORS AT WORK AND MUSCULO SKELETAL DISORDERS: A ONE YEAR PROSPECTIVE STUDY. *Rheumatology International*. 2013; 33(12): 2975–2983.

Celem tych badań było sprawdzenie, czy właściwości pracy świadczące o wysokim poziomie stresu, mierzone przy pomocy opisanej wyżej polskiej wersji kwestionariusza Karaska, trafnie przewidują także występowanie dolegliwości mięśniowo-szkieletowych. Uważa się bowiem, że chroniczny stres w pracy istotnie przyczynia się do ich powstawania, powodując długotrwałe wzmożone napięcie mięśniowe, obniżając ukrwienie oraz zmniejszając aktywność anaboliczną (Hauke i in., 2005).

Opisywane badanie miało charakter podłużny, 728 pracowników diagnozowano dwukrotnie, w odstępie 1 roku, pod kątem doświadczania stresu w pracy, a także występowania dolegliwości mięśniowo-szkieletowych i zespołów przeciążeniowych. Zgodnie z modelem Karaska, o stresie w pracy świadczyły wysokie wymagania psychologiczne, niski poziom kontroli i wsparcia społecznego, a dodatkowo także wysoka niepewność zatrudnienia. Lekarze ortopedzi, neurolodzy oraz lekarze medycyny pracy, stosując popularny nordycki kwestionariusz do badania symptomów mięśniowo-szkieletowych (Kourinka i in., 1987), diagnozowali dolegliwości mięśniowo-szkieletowe w 9 następujących obszarach ciała: szyja, barki, górna część kręgosłupa, łokcie, dolna część kręgosłupa, biodra, nadgarstki/dłonie, kolana, kostki/stopy, doświadczane w ciągu ostatnich 7 dni oraz ostatniego roku. Ponadto, stosując procedurę zaproponowaną przez Sluiter i współpracowników (Sluiter i in., 2013), oceniali także występowanie następujących zespołów przeciążeniowych: zespół kanału nadgarstka, zespół Guyona, zespół rotatorów, zapalenie przyśrodkowego nadkłykcia kości łokciowej, zapalenie boczego nadkłykcia kości łokciowej, zapalenie ścięgien zginaczy nadgarstka i zapalenie ścięgien prostowników nadgarstka.

Przeprowadzone badania dowiodły, że klasyczne wymiary modelu stresu w pracy Karaska mają istotny związek z występowaniem dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego. Najsilniejszym predyktorem tych problemów, a także ograniczeń w podejmowaniu normalnej aktywności, w tym zawodowej, w ostatnim roku, okazały się psychologiczne wymagania stawiane w pracy. Stwierdzono mianowicie, że u osób, które deklarują, że pracodawca stawia im zbyt wysokie wymagania, ryzyko doświadczania bólu ramion ( $OR=1,07$ ,  $p<0,000$ ,  $95\% CI=1,02-1,13$ ), łokci ( $OR=1,08$ ,  $p<0,02$ ,  $95\% CI=1,01-1,16$ ), nadgarstków ( $OR=1,11$ ,  $p<0,000$ ,  $95\% CI=1,06-1,17$ ) oraz stóp i kostek ( $OR=1,07$ ,  $p<0,000$ ,  $95\% CI=1,02-1,13$ ) w ciągu ostatnich 7 dni oraz ostatniego roku jest istotnie większe niż w przypadku osób, wobec których oczekiwania nie są wygórowane. Wpływ wysokich wymagań pracy na rozwój dolegliwości mięśniowo-szkieletowych potwierdza także fakt, że są one istotnym czynnikiem ryzyka występowania zespołów przeciążeniowych, takich jak zespoły nadkłykcia boczego ( $OR=1,102$ ,  $p<0,017$ ,  $95\% CI=1,017-1,194$ ) i przyśrodkowego kości ramiennej ( $OR=1,103$ ,  $p<0,013$ ,  $95\% CI=1,05-1,209$ ).

Kolejnym znaczącym predyktorem występowania dolegliwości w układzie mięśniowo-szkieletowym okazała się w niniejszych badaniach niewielka kontrola nad własną pracą. Badania wykazały, że im mniejszy wpływ na wykonywane zadania deklarowały osoby badane, tym silniejsze odczuwały dolegliwości w nadgarstkach i rękach ( $OR=0,96$ ,  $p<0,00$ ,  $95\% CI=0,93-0,98$ ). Potwierdzeniem tej obserwacji było istotnie zwiększone ryzyko występowania

zespołu cieśni nadgarstka u osób z ograniczoną kontrolą w pracy ( $OR=0,98$ ,  $p<0,03$ , 95%  $CI=0,95-0,99$ ).

Żołnierczyk-Zreda D., Bedyńska S., Warszewska-Makuch, M. WORKTIME CONTROL AND MENTAL HEALTH OF EMPLOYEES WORKING LONG HOURS. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics. 2012;18(3):311–320.

Polska (obok Hiszpanii) ciągle należy do krajów z najdłuższym czasem pracy w Europie (Eurofound, 2017). Jednocześnie wyniki wielu badań wskazują na jego negatywne skutki zarówno dla zdrowia fizycznego (Żołnierczyk-Zreda, 2009a), jak i psychicznego (Żołnierczyk-Zreda, 2010b) pracowników. Celem badania było sprawdzenie, czy kontrola nad długim czasem pracy, rozumiana jako możliwość wpływania na moment rozpoczynania i kończenia zajęć zawodowych, a także na przerwy w pracy, ma znaczenie z punktu widzenia poprawy zdrowia psychicznego pracowników.

W badaniu uczestniczyło 306 osób wykonujących pracę umysłową dłużej niż przez 40 godzin tygodniowo. W skład grupy wchodziło 157 mężczyzn w wieku 19–62 lat ( $M=32,58$ ;  $SD=0,61$ ) oraz 149 kobiet w wieku 19–60 lat ( $M=33,27$ ;  $SD=0,5$ ).

Stopień kontroli nad długim czasem pracy diagnozowano przy pomocy 2 pytań: 1) *Czy ma Pan/i możliwość wpływania na czas rozpoczynania i kończenia swojej pracy?* 2) *Czy ma Pan/i możliwość wpływania na to, kiedy Pan/i robi sobie przerwę/y w pracy?* Badani odpowiadali na pytania, wybierając jedną z 3 odpowiedzi: 1) *nie mam żadnej kontroli*, 2) *mam umiarkowaną kontrolę*, 3) *mam dużą kontrolę*.

Zdrowie psychiczne oceniano przy pomocy skali GHQ-28 (Goldberg i Williams, 1988).

Wyniki analizowano w oparciu o testy jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA). Zmiennymi niezależnymi były: 1) stopień kontroli nad długim czasem pracy (2 poziomy: wysoki i niski); 2) wiek badanych (3 kategorie: 19–27 lat, 28–34 lat, 35–57 lat); 3) płeć (kobiety, mężczyźni). Do zmiennych zależnych należały 4 aspekty zdrowia psychicznego: dolegliwości somatyczne, lęk i bezsensowność, dysfunkcja społeczna oraz depresja.

Wyniki analizy wariancji ujawniły, że kontrola nad czasem pracy miała istotny wpływ na doświadczanie dolegliwości somatycznych oraz lęku ( $F(1, 293)=5,05$ ;  $p<0,00$ ,  $\eta^2=0,02$ ). Okazało się mianowicie, że osoby, które deklarowały dużą kontrolę nad długim czasem pracy doświadczały ich jednocześnie znacznie rzadziej niż osoby o ograniczonej kontroli (wysoka kontrola  $M=0,07$ , niska kontrola  $M=0,13$ ). Ujawniono także istotny efekt interakcji płci oraz

wieku ( $F(2,293)=3,21$ ;  $p<0,05$ ,  $\eta^2=0,02$ ). Porównania międzygrupowe dowiodły, że w grupie osób najmłodszych kobiety charakteryzowały się istotnie wyższym poziomem dolegliwości somatycznych. Podobne różnice między płciami nie wystąpiły już w żadnej innej kategorii wiekowej, natomiast w grupie kobiet zaobserwowano, że to właśnie u najmłodszych z nich obserwowano wyższy poziom dolegliwości somatycznych i lęku.

Porównywalne, choć nieco słabsze wyniki uzyskano w odniesieniu do wpływu kontroli nad długim czasem pracy na dysfunkcję społeczną ( $F(1, 287)= 2,69$ ,  $p<0,01$ ,  $\eta^2=0,01$ ). Ujawniono mianowicie, że osoby z ograniczoną kontrolą deklarują istotnie więcej problemów społecznych ( $M=0,13$ ) niż osoby z dużą kontrolą ( $M=-0,06$ ). Istotny wpływ na dysfunkcję społeczną miały również czynniki takie jak wiek i płeć ( $F(2, 287)=2,96$ ,  $p<0,05$ ,  $\eta^2 =0,02$ ). Okazało się, że podobnie jak w przypadku dolegliwości somatycznych i lęku – najmłodsze kobiety deklarowały istotnie więcej problemów społecznych niż najmłodszy mężczyźni.

W odniesieniu do symptomów depresji zaobserwowano bardziej skomplikowany układ wyników. Mimo, że ANOVA nie ujawniła istotnego wpływu kontroli nad długim czasem pracy na depresję, zaobserwowano jednak wyraźne oddziaływanie wieku i płci ( $F(4, 287)=3,78$ ,  $p<0,05$ ,  $\eta^2=0,03$ ) w przypadku osób o małej kontroli nad długim czasem pracy. Porównania międzygrupowe dowiodły, że wśród kobiet w niewielkim stopniu sprawujących kontrolę nad długim czasem swojej pracy, istotnie wyższy poziom depresji charakteryzował najmłodsze z nich. Ujawniono także istotny efekt interakcji wieku i płci w tej grupie, a porównania międzygrupowe potwierdziły, że kobiety, które mają dużą kontrolę nad czasem swojej pracy charakteryzują się istotnie niższym poziomem depresji niż kobiety w tej samej grupie wiekowej z niewielką kontrolą nad czasem pracy ( $F(4,287)=2,87$ ,  $p<0,02$ ,  $\eta^2=0,03$ ).

Wyniki tych badań świadczą jednoznacznie o tym, że wśród osób, które długo pracują, te, które jednocześnie w niewielkim stopniu mogą wpłynąć na czas pracy charakteryzują się istotnie gorszymi wskaźnikami zdrowia psychicznego niż osoby, które w pewnym stopniu same decydują o tym, kiedy i jak długo pracują.



Żolnierczyk-Zreda D. & Bedyńska S. ASSOCIATIONS BETWEEN FIXED-TERM EMPLOYMENT AND HEALTH AND BEHAVIORS: WHAT ARE THE MECHANISMS. Journal of Occupational & Environmental Medicine. 2018;60(3):273-278.

Celem głównym tego badania było ustalenie, czy zatrudnienie na czas określony wpływa negatywnie na zdrowie psychiczne polskich pracowników. Dodatkowo sprawdzano także, czy pracownicy zatrudnieni na czas określony różnią się pod względem zdrowia fizycznego, rozumianego jako zdolność do pracy, od osób zatrudnionych na czas nieokreślony.

Z literatury wiadomo, że na powyższe zależności mają także wpływ takie zmienne jak: dobrowolność zatrudnienia czasowego (to, czy pracownik akceptuje ten rodzaj stosunku pracy) oraz rodzaj wykonywanej pracy (fizyczna bądź umysłowa) (De Cuyper i in., 2008). Z kolei inne dane mówią o tym, że z punktu widzenia zachowania zdrowia psychicznego istotny jest także rodzaj kontraktu psychologicznego pomiędzy pracodawcą a pracownikiem, rozumiany jako realizowane przez pracodawcę zobowiązania. Należą do nich godziwe wynagrodzenie, zapewnienie pracownikowi rozwoju zawodowego i odpowiednich warunków pracy, a także wsparcia emocjonalnego (Rousseau, 1995). Ostatecznie sformułowane pytanie badawcze brzmiało: czy i w jaki sposób pracownicy zatrudnieni na czas określony mogą osiągać dobre zdrowie psychiczne i fizyczne?

W badaniu wzięło udział 700 pracowników zatrudnionych na umowy czasowe (wiek  $M=34,44$ ,  $SD=9,27$  lat) w jednym z 3 sektorów charakteryzujących się najwyższym odsetkiem umów czasowych, czyli: budownictwo, przetwórstwo przemysłowe, handel.

W badaniu diagnozowano następujące zmienne:

1. Akceptacja rodzaju zatrudnienia – przy pomocy pytania: *Rodzaj mojej umowy o pracę w chwili obecnej mi odpowiada* (odpowiedzi: *tak* lub *nie*).
2. Rodzaj wykonywanej pracy – przy pomocy pytania: *Moja praca jest: głównie fizyczna, głównie umysłowa*.
3. Zdrowie psychiczne – przy pomocy skali GHQ-28 (Goldberg i Williams, 1988).
4. Zdrowie fizyczne – przy pomocy skali zdolności do pracy (WAI, Thuomi i in, 1994).
5. Kontrakt psychologiczny w 2 aspektach: zakres kontraktu oraz niedotrzymywanie kontraktu przez pracodawcę – przy pomocy skali Coyle-Shapiro i Kesslerera (2002).

Wymienione narzędzia diagnostyczne opisano w rozdziale 4.2. Metodyka badań.

Wyniki analizowano przy pomocy modelowania strukturalnego. Preferencje oraz rodzaj pracy stanowiły zmienne niezależne, zdrowie psychiczne i fizyczne – zmienne zależne. Akceptacja zatrudnienia czasowego oraz zakres i niedotrzymywanie kontraktu psychologicznego były natomiast mediatorami tych związków.

Wyniki badań ujawniły, że spośród wszystkich osób badanych 422 wykonywały pracę fizyczną, zaś 278 – pracę umysłową. 304 osoby (43,4%) uważały, że zatrudnienie czasowe w tamtym czasie było dla nich odpowiednie, zaś 396 osób (56,6%) – że umowa czasowa nie pozostaje w zgodzie z ich preferencjami.

Wyniki analizy ścieżek w modelowaniu strukturalnym dowiodły, że u pracowników zatrudnionych na umowy czasowe, którzy akceptowali rodzaj swojego zatrudnienia, dało się zaobserwować istotnie lepsze wskaźniki zdrowia psychicznego niż u tych, którzy go nie akceptowali ( $\beta=0,08$ ,  $SE=0,03$ ,  $p<0,05$ ). Podobnie, wskaźniki zdrowia fizycznego i psychicznego u pracowników zatrudnionych na umowy czasowe, którzy wykonywali pracę umysłową okazały się lepsze niż u pracowników wykonujących pracę fizyczną. Związek pomiędzy pracą umysłową a zdrowiem fizycznym był bezpośredni ( $\beta=0,18$ ,  $SE=0,03$ ,  $p<0,001$ ), jak i częściowo mediowany poprzez jakość (zakres) kontraktu psychologicznego z pracodawcą ( $\beta=0,23$ ,  $SE=0,03$ ,  $p<0,001$ ). Relacja pracy umysłowej i zdrowia psychicznego była całkowicie mediowana poprzez fakt posiadania lepszego (szerszego) kontraktu psychologicznego z pracodawcą ( $\beta=0,22$ ,  $SE=0,04$ ,  $p<0,001$ ).

Dodatkowo ujawniono, że niezależnie od innych zmiennych, wśród pracowników zatrudnionych na umowy czasowe, osoby starsze oraz kobiety miały zarówno niższe wskaźniki zdrowia psychicznego (odpowiednio:  $\beta=0,15$ ,  $SE=0,04$ ,  $p<0,001$  i  $\beta=0,19$ ,  $SE=0,04$ ,  $p<0,001$ ), jak i fizycznego ( $\beta=0,22$ ,  $SE=0,04$ ,  $p<0,001$ ,  $\beta=0,22$ ,  $SE=0,04$ ,  $p<0,001$ ) niż pracownicy młodzi i mężczyźni.

Z przeprowadzonych badań można ogólnie wnioskować, że z punktu widzenia zachowania zdrowia fizycznego, a szczególnie zdrowia psychicznego w pracy, istotne znaczenie odgrywa nie tyle rodzaj umowy o pracę, co jakość kontraktu psychologicznego rozumiana jako zakres zobowiązań realizowanych przez pracodawcę wobec pracownika.

Ponadto status zawodowy określony poprzez rodzaj wykonywanej pracy wyraźnie różnicuje dwie grupy pracowników pod względem zachowania zdrowia psychicznego i fizycznego, stawiając pracowników o niższym statusie w znacząco gorszej sytuacji.

Żołnierczyk-Zreda D., Jędryka-Góral A., Bugajska J., Bedyńska S., Brzosko M., Pazdur J.  
THE RELATIONSHIP BETWEEN WORK, MENTAL HEALTH, PHYSICAL HEALTH  
AND FATIGUE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: A CROSS-  
SECTIONAL STUDY. *Journal of Health Psychology.* 2017;1–9.DOI:  
10.1177/1359105317727842.

Zmęczenie zwykle odczuwane przez osoby cierpiące na RZS (reumatoidalne zapalenie stawów) stanowi ogromne wyzwanie dla lekarzy, którzy, z powodu względnej niezależności tego symptomu od kondycji zdrowotnej pacjenta, mają trudności w znajdowaniu skutecznych sposobów jego łagodzenia (Stebbing i Treharne, 2010). Celem badań zreferowanych w tym artykule było sprawdzenie, czy pracujący i niepracujący pacjenci cierpiący na RZS różnią się istotnie pod względem poziomu zmęczenia, a także wskaźników zdrowia fizycznego i psychicznego. Sformułowano hipotezę, zgodnie z którą pracujący pacjenci z RZS odczuwają mniejsze zmęczenie niż osoby niepracujące. Na podstawie danych dotyczących występujących w tych grupach różnic kulturowych przypuszczano bowiem, że polscy chorzy, dzięki swojemu zaangażowaniu w pracę zawodową, mogą cieszyć się lepszym zdrowiem psychicznym i fizycznym (Nikolaus i in., 2013).

W badaniu uczestniczyły 282 osoby, które były pacjentami klinik mieszczących się w różnych rejonach kraju. Po uzyskaniu pisemnej zgody na udział w badaniu, lekarze reumatolodzy dokonywali diagnozy RZS, stosując w tym celu kryteria zaproponowane przez *American College of Rheumatology* (Hochberg i in., 1992). Do innych kryteriów włączenia osób do badania należały ponadto:

- nieuczestniczenie w terapii biologicznej
- stabilny przebieg choroby w ciągu ostatnich 3 miesięcy
- brak innych schorzeń, takich jak np. cukrzyca, choroby serca, fibromialgia, nowotwory itp.

Do diagnozy statusu zatrudnienia zastosowano pytanie: *Czy jest Pan/i osobą pracującą, czy przebywa Pan/i na rencie z powodu choroby?* Do diagnozy rodzaju wykonywanej pracy użyto następującego pytania ze skali WAI (Thuomi i in., 1998): *Czy Twoja praca jest głównie: 1) fizyczna, 2) umysłowa, 3) częściowo fizyczna a częściowo umysłowa?* Zmęczenie – wzorem innych badań na ten temat – oceniano przy pomocy podskali Witalność (odwrócony wynik tej skali świadczył o zmęczeniu) polskiej wersji kwestionariusza badania jakości życia związanej ze zdrowiem SF-36 v2 (Ware i in., 1994, Żołnierczyk-Zreda i in., 2010).

Zdrowie fizyczne diagnozowano przy użyciu skali mierzącej czynnik „zdrowie fizyczne”, a zdrowie psychiczne przy użyciu skali mierzącej czynnik „zdrowie psychiczne” powyższego kwestionariusza.

Wyniki analizowano przy pomocy modelowania strukturalnego.

W badaniu uczestniczyły 233 kobiety i 59 mężczyzn. Średni wiek badanych wynosił 50,62 lata ( $SD=11,59$ ). Z rezultatów wynika, że – tak jak przewidywano – poziom zdrowia psychicznego pracujących pacjentów z RZS okazał się istotnie wyższy ( $\beta=0,20$ ,  $p<0,002$ ), chociaż – wbrew przewidywaniom – nie dotyczyło to zdrowia fizycznego ( $\beta=0,07$ ,  $p<0,24$ ). Zdrowie psychiczne było bardzo silnie negatywnie skorelowane ze zmęczeniem ( $\beta=-0,77$ ,  $p<0,001$ ). Związek zdrowia fizycznego ze zmęczeniem pozostawał podobny, jednak znacznie mniej wyraźny ( $\beta=-0,35$ ,  $p<0,002$ ). Analiza ścieżek ujawniła ponadto, że niższy poziom zmęczenia charakteryzował osoby pracujące, ponieważ cieszyły się one lepszym zdrowiem psychicznym ( $\beta_{indirect}=-0,14$ ,  $p<0,004$ ), ale nie fizycznym ( $\beta_{indirect}=0,02$ ,  $p<0,27$ ). Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują na to, że – tak jak przypuszczano – aktywni zawodowo pacjenci z RZS odczuwają mniejsze zmęczenie niż zmagające się z tą chorobą osoby niepracujące. Za przyczynę tego zjawiska uznać można ich lepsze zdrowie psychiczne pracujących pacjentów z RZS.

**Żolnierczyk-Zreda D., Sanderson M., Bedyńska S. MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION FOR MANAGERS: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY. Occupational Medicine. 2016;66:630–635.**

Grupą zawodową szczególnie narażoną na takie stresory jak restrukturyzacja firm są kierownicy średniego szczebla zarządzania (Armstrong-Stassen, 2005). To właśnie te osoby, zajmujące w hierarchii miejsce pomiędzy zarządzającymi a personelem niższego szczebla, muszą jednocześnie realizować polecenia przełożonych i doświadczać niezadowolenia podwładnych. W sytuacji zamykania lub kurczenia się firm to właśnie ta grupa dokonuje zwolnień wśród załogi i to jej członków dotyczą najpoważniejsze skutki stresu w postaci problemów ze zdrowiem fizycznym i psychicznym, w tym bezsenności i nadużywania alkoholu (Grunberg i in., 2006; DeWitt i in., 2003). Badanie opisane w powyższym artykule prowadzono wśród pracowników banków i sektora finansowego, który w tym okresie doświadczał gorszej koniunktury, a jego pracownicy skarżyli się na wysoki poziom stresu zawodowego.

Celem badania było sprawdzenie, czy trening antystresowy oparty na uważności (MBSR – *Mindfulness-Based Stress Reduction*), którego skuteczność została dobrze udokumentowana w grupach osób chorych (Khoury i in., 2013), okaże się równie efektywny w łagodzeniu stresu w pracy w populacji nieklinicznej. Uważność – według autorów metody – opiera się na obserwowaniu zjawisk (np. myśli, emocji, spostrzeżeń) obecnych w polu fenomenologicznej uwagi człowieka w sposób, który polega wyłącznie na ich dostrzeganiu, bez komentowania lub oceniania (Kabat-Zinn, 1990).

W badaniu wzięło udział 144 kierowników średniego szczebla zarządzania w wieku 28–56 lat ( $M=39,4$ ;  $SD=8,4$ ), z których 71 (49%) było kobietami, a 73 (51%) mężczyznami. Po przeprowadzeniu pierwszego pomiaru zmiennych dokonano randomizacji: osoby badane zostały losowo przydzielone do grupy eksperymentalnej bądź do grupy kontrolnej. Członkowie pierwszej z nich zostali poddani interwencji, natomiast osoby zakwalifikowane do grupy drugiej wzięły w niej udział w terminie późniejszym, po zakończeniu drugiego pomiaru zmiennych.

Interwencja opierała się na oryginalnym scenariuszu zaproponowanym przez jej twórcę Jona Kabat-Zinna (Kabat-Zinn, 1982) i składała się z ośmiu 2,5-godzinnych sesji odbywających się raz w tygodniu oraz jednego tzw. „dnia uważności” (trwającego 6 godzin), a także jednej sesji indywidualnej dla każdego uczestnika interwencji, prowadzonych przez przeszkolonego trenera. Każda sesja składała się z różnych praktyk medytacyjnych, a wśród nich: 1) medytacji siedzącej z uwagą ukierunkowaną na oddech, ciało jako całość, a także na myśli i emocje w sposób nieoceniający, 2) tzw. „przeglądu ciała” polegającego na kierowaniu uwagi (zgodnie z instrukcją) na różne rejony swojego ciała, 3) uważnych ćwiczeń fizycznych (tzw. medytacja w ruchu) zaadaptowanych z hatha-yogi. Każdą aktywność poprzedzała instrukcja, a po jej zakończeniu pytano uczestników o wrażenia. Zadaniem badanych było także praktykowanie określonych ćwiczeń w domu przez minimum 20 minut, 6 dni w tygodniu, przy użyciu nagrań, które zostały im w tym celu wręczone. Uczestników treningu przed rozpoczęciem każdej cotygodniowej sesji pytano o to, czy „odrobili pracę domową”.

Przed rozpoczęciem treningu, a także bezpośrednio po jego zakończeniu, badanych poddawano następującym pomiarom kwestionariuszowym:

- 1) Stopień odczuwanego w pracy napięcia diagnozowano przy użyciu kwestionariusza do pomiaru stresu kierowniczego (OSI-2, Cooper i in., 1988).
- 2) Afektywność pozytywną i negatywną diagnozowano przy pomocy skali AEI (Bradburn, 1969).
- 3) Poczucie własnej wartości oceniano przy użyciu skali RSES (Rosenberg, 1965).

4) Stan zdrowia oceniano natomiast przy użyciu Kwestionariusza Zdrowia w opracowaniu Widerszal-Bazyl i in. (1995).

5) Uwzględniono także absencje chorobową, o której świadczyła odpowiedź na pytanie: *Ile dni był/a Pan/i nieobecny/a w pracy z powodu choroby w ciągu ostatnich 3 miesięcy?*

Wyniki badań podsumowano przy pomocy analizy wariancji MANCOVA z powtarzanymi pomiarami, która ujawniła istotny wpływ interakcji interwencji i czasu na poziom stresu ( $F(1,140)=20,4$ ,  $p<0,001$ ,  $d_{diff}=0,72$ ). Analizy porównawcze dokonane w parach wskazały, że w grupie, która przeszła trening uważności, poziom doświadczanego w pracy stresu znacząco się obniżył ( $F(1,140)=54,7$ ,  $p<0,001$ ), podczas gdy w grupie kontrolnej utrzymał się na dotychczasowym poziomie. MANCOVA ujawniła także silny, istotny wpływ interakcji interwencji i czasu na afekt negatywny ( $F(1,140)=45,34$ ,  $p<0,001$ ,  $d_{diff}=0,93$ ), a porównania międzygrupowe pozwoliły stwierdzić, że w grupie poddanej interwencji afektywność negatywna obniżyła się w zdecydowanie większym stopniu ( $F(1,140) = 95,7$ ,  $p < 0,0001$ ) niż w grupie kontrolnej.

Podobny, choć już nie tak silny, efekt przeprowadzonego treningu zaobserwowano w odniesieniu do afektu pozytywnego ( $F(1,140)=6,73$ ,  $p<0,01$ ,  $d_{diff}=0,43$ ). Ujawniono, że w grupie poddanej interwencji wzrost pozytywnego afektu był istotnie wyższy niż w grupie bez interwencji ( $F(1,140)=19,3$ ,  $p<0,001$ ).

Trening uważności miał również wyraźny wpływ na inny wskaźnik samopoczucia – poczucie własnej wartości ( $F(1,140)=44,1$ ,  $p<0,0001$ ,  $d_{diff}=1,25$ ), Osoby, które uczestniczyły w interwencji zadeklarowały wzrost samoceny ( $F(1,140) = 120,5$ ,  $p<0,001$ ) nieobserwowany w grupie kontrolnej.

Wśród uczestników interwencji zaobserwowano także istotne obniżenie się natężenia dolegliwości zdrowotnych ( $F(1,140) = 47,9$ ,  $p<0,001$ ), chociaż podobny efekt nie wystąpił w odniesieniu do częstotliwości ich występowania.

Ostatnim rezultatem interwencji okazał się także istotny spadek poziomu absencji chorobowej ( $F(1,140)=30,2$ ,  $p<0,001$ ,  $d_{diff}=0,98$ ) u osób w niej uczestniczących ( $F(1,140) = 67,3$ ,  $p<0,001$ ) w porównaniu z tymi, które nie brały w niej udziału.

Wyniki tego badania pokazują, że interwencja antystresowa oparta na uważności najistotniej wpływała na emocjonalne funkcjonowanie uczestniczących w niej osób, bowiem w jej wyniku doszło do znaczącego obniżenia się afektu negatywnego i wzrostu pozytywnego. Wyraźnej poprawie uległa także samoocena badanych. Obniżony nastrój, a także negatywne myśli na swój temat to osiowe symptomy depresji, można zatem zaryzykować stwierdzenie, że

trening uważności doprowadził do ograniczenia występowania objawów depresyjnych u jego uczestników. Co ciekawe, uczestnicy interwencji deklarowali także mniejsze natężenie symptomów zdrowotnych, chociaż zmiany nie dotyczyły ich częstotliwości. Wynik ten świadczy o tym, że badani realistycznie oceniali stan swojego zdrowia i nie zaprzeczali istnieniu odczuwanych dolegliwości, ale być może nauczyli się lepiej je tolerować. Poprawa subiektywnej oceny stanu zdrowia znalazła odbicie także we wskaźniku obiektywnym, jakim było ograniczenie absencji chorobowej u osób, które uczestniczyły w treningu uważności.

Mołek-Winiarska D. & Żolnierczyk-Zreda D. THE APPLICATION OF MBSR IN STRESS MANAGEMENT INTERVENTION IN THE STUDY OF A MINING SECTOR COMPANY. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomic*.2018; 21(1):1-8

Opisany wyżej trening antystresowy oparty na uważności (MBSR) postanowiono zastosować także w innej grupie zawodowej, w której stres wynika ze specyfiki samego zajęcia – wśród pracowników kopalni. Ich praca odbywa się pod ziemią, w warunkach stałego zagrożenia zdrowia i życia w związku z nieprzewidywalnymi działaniami sił naturalnych, takimi jak tąpnięcia, zawały, oberwanie się skał ze stropu i ociosów, wyrzuty gazów i skał.

Dobór do grupy eksperymentalnej był celowo-losowy. Konkretnie stanowiska pracy określone jako potencjalnie najbardziej stresogenne, czyli w tzw. przodkach – miejscach największego narażenia na niebezpieczeństwo naturalne, dobrano celowo. Losowy pozostał natomiast wybór badanych pracowników spośród wielu innych zatrudnionych na takim samym stanowisku. w grupie eksperymentalnej znalazły się 32 osoby z trzech różnych oddziałów kopalni o zbliżonych warunkach pracy oraz podobnym rodzaju górotworu i sposobie wydobywania. Do grupy badanych zakwalifikowano 3 osoby z dozoru oraz 29 pracowników zatrudnionych na stanowiskach wykonawczych. Grupa kontrolna składała się z 32 osób pracujących na takich samych stanowiskach jak członkowie grupy eksperymentalnej.

Ze względu na specyfikę pracy górników (praca trzymianowa) sesje MBSR zostały skomasowane do czterech 4-godzinnych spotkań i jednego „dnia uważności” trwającego 8 godzin. Poza tym charakter interwencji pozostał identyczny jak w przypadku badań opisanych wyżej.

Pomiarów zmiennych w obydwu grupach dokonywano przed rozpoczęciem interwencji oraz dwukrotnie po jej zakończeniu – 2 tygodnie oraz 3 miesiące później. Do badanych zmiennych należały:

1. Stres w pracy mierzony poziomem wymagań, kontroli oraz wsparcia, oceniany przy pomocy kwestionariusza JCQ (Karasek i in., 1985).
2. Zdrowie psychiczne mierzone skalą GHQ-28 (Goldberg i Williams, 1988).

Wyniki badań analizowano przy pomocy testów MANCOVA wykorzystujących powtarzane pomiary zmiennych.

Ujawniono istotny wpływ interakcji interwencji MBSR oraz czasu na poziom kontroli w pracy ( $F(1,62)=17,36$ ,  $p<0,000$ ,  $\eta^2=0,219$ ). Analiza porównawcza dowiodła, że osoby z grupy poddanej interwencji zadeklarowały istotne podwyższenie poziomu kontroli ( $F(1,62)=23,21$ ,  $p<0,000$ ) w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej, w której nie zaobserwowano w tym zakresie żadnych istotnych zmian ( $F(1,62)=1,15$ , NS).

Podobny efekt odkryto także w zakresie wsparcia społecznego od przełożonych ( $F(1,62)=9,00$ ,  $p<0,004$ ,  $\eta^2=0,13$ ) oraz współpracowników ( $F(1,62)=5,61$ ,  $p<0,02$ ,  $\eta^2=0,083$ ). Dalsze analizy porównawcze pokazały, że górnicy uczestniczący w treningu MBSR zaczęli spostrzegać swoich przełożonych ( $F(1,62)=7,13$ ,  $p<0,01$ ), a także swoich kolegów ( $F(1,62)=3,75$ ,  $p<0,047$ ) jako bardziej pomocnych. Podobnych zmian nie zaobserwowano u osób z grupy kontrolnej.

Interwencja miała także bezpośredni wpływ na 2 wskaźniki zdrowia psychicznego: lęk ( $F(1,62)=5,28$ ,  $p<0,025$ ,  $\eta^2=0,079$ ) oraz symptomy depresji ( $F(1,62)=3,95$ ,  $p<0,048$ ,  $\eta^2=0,060$ ). W grupie górników uczestniczących w treningu zaobserwowano bowiem obniżenie poziomu lęku ( $F(1,62)=10,94$ ,  $p<0,002$ ), które nie wystąpiło u osób z grupy kontrolnej ( $F(1,62)=0,126$ , NS), a także zmniejszenie częstotliwości występowania objawów o charakterze depresyjnym ( $F(1,62)=10,367$ ,  $p<0,002$ ) w stosunku do obserwowanej w grupie kontrolnej ( $F(1,62)=0,1$ , NS).

Mimo że pozytywne skutki treningu MBSR dla samopoczucia różnych grup pracowników odnotowano w wielu badaniach, omawiane doniesienie jest pierwszym, które dotyczy pracy w warunkach tak silnie zagrażających zdrowiu i życiu wykonujących ją osób.

#### **4.2.4. Omówienie i znaczenie uzyskanych wyników w świetle innych badań**

Celem badań zreferowanych w cyklu stanowiącym dzieło było zidentyfikowanie uwarunkowań zdrowia psychicznego dorosłych Polaków związanych z ich pracą zawodową, a także ocena skuteczności działań służących ochronie zdrowia, które mogą być podejmowane zarówno na poziomie organizacji, jak i na poziomie pracowników.



Wyniki tych badań potwierdziły, że model stresu w pracy Karaska, oparty na wymaganiach pracy, kontroli oraz wsparciu społecznym, pozwala trafnie ocenić stan zdrowia psychicznego pracowników. Liczne znaczące badania prowadzone w Europie i na świecie dowodzą, że poszczególne wymiary modelu Karaska stanowią istotne predyktory zarówno tzw. „dużej” depresji (Clumeck i in., 2009; Niedhammer i in., 2015; Shields, 2006; Virtanen i in., 2012), jak i zaburzeń depresyjnych oraz lękowych (Fandino-Losada i in., 2007; Andrea i in., 2009; Clays i in., 2007). W referowanym badaniu udowodniono, że interakcja wysokich wymagań pracy, niskiej kontroli oraz niskiego wsparcia społecznego mierzona przy pomocy polskiej adaptacji skali Karaska, okazała się istotnie związana z określonymi aspektami zdrowia psychicznego w populacji polskich pracowników. Podobne dane pochodzą z sondaży Europejskiej Agencji ds. Poprawy Życia i Pracy. Wskazują one na obecność wszystkich wymienionych zagrożeń psychospołecznych, którymi są: intensyfikacja pracy, niska kontrola i niskie wsparcie społeczne (Eurofound, 2017). Także w opracowaniach ZUS na temat przyczyn absencji chorobowej wynikającej z zaburzeń psychicznych związanych z warunkami pracy formułuje się przypuszczenie, że do okoliczności niekorzystnych mogą należeć: wysokie wymagania, a także brak poczucia kontroli i współpracy (ZUS, 2017). Wyniki zreferowanych przeze mnie badań jednoznacznie potwierdzają to przypuszczenie, bowiem wykazano w nich istnienie bezpośredniego związku między niekorzystnymi warunkami pracy i obniżonymi wskaźnikami zdrowia psychicznego Polaków.

W kolejnym badaniu ujawniono ponadto, że narażenie pracowników w okresie 1 roku na dwa z wymienionych czynników: nadmierne wymagania oraz niską kontrolę nad swoją pracą prowadzi do pojawienia się u nich dolegliwości mięśniowo-szkieletowych oraz zespołów przeciążeniowych. Wpływ nadmiernych wymagań na powstawanie tego typu problemów zdrowotnych potwierdzają liczne badania (Norman i in., 2008; Fjell i in., 2007; Waters i in., 2007; Anderson i in., 2008). Konkluduje się w nich, że nadmierne wymagania wobec osób wykonujących pracę fizyczną nierzadko obejmują konieczność długotrwałego stania lub dźwigania ciężkich przedmiotów, co prowadzi do pojawiania się dolegliwości mięśniowo-szkieletowych, a następnie zespołów przeciążeniowych (Hauke i in., 2011). Z kolei u pracowników wykonujących pracę umysłową, nadmierne wymagania łączą się z koniecznością długotrwałego siedzenia i brakiem odpowiedniej aktywności fizycznej (Żołnierczyk-Zreda, 2009a). Jednak w referowanym badaniu uzyskano jeden z pierwszych dowodów na to, że brak kontroli w pracy, oznaczający niemożność wpływania przez pracownika na tempo wykonywania zadań oraz na to, kiedy może robić przerwy, jest istotnym czynnikiem ryzyka powstawania zespołu cieśni nadgarstka.

Badano także ten aspekt nadmiernych wymagań, który wyróżnia polskie warunki na tle innych krajów Europy – długi czas pracy. Oceniano w szczególności to, jaki wpływ na zdrowie psychiczne ma kontrolowanie przez pracowników długiego czasu pracy poprzez wpływanie na moment jej rozpoczynania i kończenia oraz przerwy. Ujawniono, że spośród osób pracujących dłużej niż 40 godzin tygodniowo, te, które mają znaczącą kontrolę nad czasem pracy, charakteryzują się jednocześnie lepszymi wskaźnikami zdrowia psychicznego niż osoby jej pozbawione. Wyniki tych badań były jednak zróżnicowane w zależności od płci i wieku długo pracujących osób. Jeśli chodzi o dolegliwości somatyczne i lęk, efekt negatywnego wpływu długiego czasu pracy dotyczy najmłodszych kobiet, zaś w przypadku problemów z życiem społecznym – najmłodszych mężczyzn. Wynik ten znajduje potwierdzenie w danych pochodzących z innych krajów, które świadczą o tym, że długi czas pracy uniemożliwia pracownikom właściwy odpoczynek i regenerację, powodując powstawanie problemów zdrowotnych (Siegrist i Rodel, 2006). Na takie ryzyko narażone są szczególnie najmłodsze kobiety posiadające małe dzieci (Geurts i Demerouti, 2002; Geurts i Sonnentag 2006).

W referowanym badaniu ujawniono ponadto, że wśród osób z małą kontrolą nad długim czasem pracy, najmłodsze kobiety istotnie częściej niż mężczyźni, a nawet starsze od siebie kobiety w podobnej sytuacji zawodowej, cierpią na symptomy depresji. Zupełnie inaczej wygląda sytuacja długo pracujących najmłodszych kobiet z elastycznym czasem pracy (wysokim poziomem kontroli) – wśród nich poziom depresji pozostawał istotnie niższy. Ten wynik potwierdzałby wniosek, zgodnie z którym możliwość sprawowania kontroli nad czasem pracy stanowi najlepszą ochronę zdrowia psychicznego osób intensywnie zaangażowanych w aktywność zawodową (Casey i Grzywacz, 2008). Ogólnie biorąc, wynik zaprezentowanego badania wskazuje na wyraźną dysproporcję w zakresie ryzyka pojawienia się symptomów depresyjnych u kobiet i mężczyzn, stawiając te pierwsze w znacząco gorszej sytuacji. Potwierdza on także wnioski płynące z innych polskich badań, świadczące o kilukrotnie częstszym występowaniu depresji wśród kobiet (Moskalewicz i in., 2016). Uzyskane w referowanych badaniach dane wskazują także na odmienną sytuację Polski na tle innych, bardziej egalitarnych społeczeństw, w których nie obserwuje się aż tak drastycznych różnic między płciami (Gjerdingen i in., 2003). Na przykład, w dużym kohortowym badaniu kanadyjskim, przeprowadzonym na próbie prawie 7000 pracowników, ujawniono, że brak równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym spowodowany intensywnym zaangażowaniem w zadania zawodowe był tak samo silnym czynnikiem ryzyka występowania depresji u kobiet, jak i u mężczyzn (Wang, 2005). Wynik referowanego badania stanowi zatem dowód na prawdziwość intuicyjnego przekonania o tym, że przyczyny wyższych wskaźników

depresji wśród polskich kobiet w porównaniu z polskimi mężczyznami tkwią między innymi w trudnym do udźwignięcia obciążeniu tych pierwszych dwiema rolami: zawodową i rodzicielską.

Innym psychospołecznym zagrożeniem występującym na polskim rynku pracy jest niepewność zatrudnienia, z którą, pracując na umowę na czas określony, boryka się prawie jedna trzecia wszystkich pracowników. W omówionym w ramach dzieła badaniu potwierdzono, że zatrudnienie czasowe stanowi rzeczywiste zagrożenie dla zdrowia psychicznego i fizycznego pracowników, a wnioski te pozostają spójne z danymi pozyskanymi przez innych autorów, którzy wskazywali na relację zatrudnienia czasowego i pogorszenia stanu zdrowia fizycznego i psychicznego (Virtanen i in., 2005; 2011; Sanwald i Theurl, 2014). Jednak w warunkach polskich silnie moderuje ją również rodzaj wykonywanej pracy. Oznacza to, że czasową pracą fizyczna oceniano jako zatrudnienie znacząco gorszej jakości niż czasową pracą umysłową. Mechanizmem odpowiedzialnym za różnice w stanie zdrowia psychicznego osób zatrudnionych na czas określony o różnym statusie jest zatem gorsza jakość tego zatrudnienia w przypadku osób o statusie niższym, które w tym kontekście może być słusznie nazwane „prekaryjnym”, lub „śmieciowym”. Charakteryzuje je bowiem węższy kontrakt psychologiczny pomiędzy pracownikiem a pracodawcą, czyli mniejsza liczba zobowiązań, takich jak te związane z godziwą płacą, szkoleniami, dobrymi warunkami pracy oraz wsparciem emocjonalnym, które pracodawca powinien wypełniać wobec swoich pracowników. Okazuje się, że dobre zatrudnienie, czyli szeroki kontrakt psychologiczny, uzyskują w Polsce głównie osoby o wyższym statusie zawodowym. Dzieje się tak prawdopodobnie dlatego, że, posiadając większy kapitał społeczny, potrafią skuteczniej niż osoby o statusie niższym negocjować swój kontrakt z pracodawcą. W przywołanym badaniu, u osób z wyższym wykształceniem, pozafinansowe aspekty kontraktu z pracodawcą, takie jak np. dostęp do szkoleń zawodowych, najsilniej korelowały z dobrym zdrowiem psychicznym. Także badania fińskich oraz hiszpańskich autorów dowiodły, że dla pracowników tymczasowych niezwykle ważne są szkolenia, bowiem zwiększają one ich potencjalną zatrudnialność (Kinnunen i in., 2011; Chambel i in., 2015). Uzyskany w referowanym badaniu wynik świadczący o gorszym zdrowiu psychicznym pracowników wykonujących pracę fizyczną na umowie czasowej przeczy dość rozpowszechnionemu przekonaniu, że problemy ze zdrowiem psychicznym częściej dotyczą osób wykształconych, bardziej świadomych i skłonnych do ich zgłaszania. Dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii potwierdzają raczej przywoływane wyniki i dowodzą, że częstość występowania depresji, wraz z jej najcięższymi

objawami wielokrotnie przekracza średni poziom właśnie wśród osób o najniższym poziomie wykształcenia (Moskalewicz i in., 2016).

W prezentowanym cyklu uwzględniono także badania, w których uwarunkowań zdrowia psychicznego poszukiwano nie tyle w specyficznych warunkach pracy, ale w zatrudnieniu jako takim, którego posiadanie bądź brak mogą same w sobie determinować stan zdrowia psychicznego. Taka sytuacja dotyczy osób z przewlekłymi schorzeniami, np. reumatoidalnym zapaleniem stawów, które z powodu dolegliwości zostały wyłączone z rynku pracy. Sądzono, że aktywność zawodowa sprzyja lepszemu zdrowiu psychicznemu i fizycznemu osób z RZS, ponieważ stanowi ona okazję do większej aktywności, zarówno społecznej, jak i fizycznej (Tack 1990). Okazało się jednak, że w przypadku polskich pacjentów z RZS aktywność zawodowa rzeczywiście wiązała się z lepszym zdrowiem psychicznym, ale nie fizycznym. Mimo to pracujący pacjenci z RZS charakteryzowali się niższym poziomem zmęczenia niż niepracujący. Zdrowie psychiczne okazało się mediatorem związku pomiędzy aktywnością zawodową a zmęczeniem u osób z RZS. Oznacza to, że aktywni zawodowo pacjenci, mimo nienajlepszego stanu zdrowia fizycznego, czują się mniej zmęczeni, ponieważ cieszą się lepszym zdrowiem psychicznym niż osoby, które z powodu choroby wycofały się z rynku pracy. Przypuszcza się, że w porównaniu z wysokorozwiniętymi krajami, osoby chore przebywające na rencie z powodu RZS w Polsce otrzymują istotnie niższe świadczenia niż pacjenci pracujący (Bugajska i in., 2010), a ich jakość życia jest ogólnie niższa, np. ze względu na utrudniony dostęp do dobrej rehabilitacji czy ograniczoną możliwość zapewnienia sobie pomocy w realizowaniu codziennych obowiązków. Z innych badań wynika, że posiadanie pracy zwiększa także poczucie bycia samowystarczalnym oraz umożliwia nawiązywanie w pracy kontaktów społecznych, których osoby przebywające na rencie są pozbawione (Xu i in., 2017). To właśnie te czynniki prawdopodobnie sprawiają, że praca zawodowa pacjentów z RZS może sprzyjać zachowaniu przez nie zdrowia psychicznego, co przekłada się na mniejszy poziom zmęczenia. Wynik ten potwierdza subiektywny charakter tego objawu u chorych z RZS. Słusznie uznaje się go za bardziej psychologiczny niż fizyczny, stąd trudniej podlega standardowemu leczeniu (Stebbins i Treharne, 2010). Przekrojowy charakter badania nie pozwala jednoznacznie stwierdzić, że praca zawodowa stanowi pierwotną przyczynę lepszego samopoczucia chorych z RZS. Jednak wyniki te skłaniają do refleksji nad słusnością zbyt pochopnego wyłączenia osób z przewlekłymi schorzeniami z aktywności zawodowej.

Drugim celem tego cyklu było wskazanie skutecznych działań służących ochronie zdrowia psychicznego osób pracujących. Jak wykazano wyżej na przykładzie pracujących pacjentów z RZS, praca zawodowa może wiązać się z dobrym zdrowiem psychicznym, mimo

problemów na poziomie zdrowia fizycznego. Uważa się, że jej dobroczynny wpływ na kondycję psychiczną opiera się na uzyskiwanej satysfakcji oraz społecznym i finansowym spełnieniu się osoby zatrudnionej (Waddell i Burton, 2006). Jednak, aby tak było, warunki pracy (nie tylko finansowe) powinny zaspokajać podstawowe potrzeby jednostki, w tym przede wszystkim potrzebę sprawczości, uznania, a także otrzymywania i udzielania wsparcia społecznego. Wyniki zaprezentowanych wyżej badań pokazują, że potrzeby te są realizowane w ramach tzw. szerokiego kontraktu psychologicznego pomiędzy pracodawcą a pracownikiem, czyli realizowania przez pracodawcę zobowiązań finansowych, związanych z rozwojem zawodowym pracownika, a także zobowiązań natury społeczno-emocjonalnej.

Wykazano, że dla zachowania dobrego zdrowia psychicznego osób pracujących ważne są między innymi takie działania pracodawcy na rzecz pracownika jak zapewnienie mu szkoleń zawodowych. Nie tylko umożliwiają one rozwój osobisty, obniżają także poziom lęku związany z niepewnością zatrudnienia, zwiększając tzw. „zatrudnialność” pracownika. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji nieuniknionej niestabilności przedsiębiorstw wynikającej ze zmieniającej się koniunktury gospodarczej. W referowanych badaniach udowodniono, że kontrakt zapewniający pracownikowi rozwój zawodowy skutecznie dyskontuje negatywny wpływ zatrudnienia czasowego na zdrowie psychiczne.

Kolejnym działaniem pracodawców na rzecz ochrony zdrowia psychicznego może być wspieranie pracownika w sprawach pozazawodowych. Jak wykazano, rozumie się przez to np. akceptację potrzeby zachowania przez pracownika równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym, wyrażającej się między innymi w elastyczności czasu pracy. Udowodniono, że to szczególnie istotny warunek zapobiegania problemom ze zdrowiem psychicznym w przypadku osób pracujących dłużej niż 40 godzin tygodniowo. W grupie najmłodszych kobiet na rynku pracy zapewnienie elastycznego czasu pracy przez pracodawcę powinno mieć charakter obligatoryjny, bowiem skutecznie zapobiega pojawianiu się u nich symptomów depresji. Udzielanie wsparcia społecznego pracownikowi, a także wprowadzanie elastycznego czasu pracy należy do tzw. „bezkosztowych” rozwiązań organizacyjnych, skutecznie chroniących zdrowie psychiczne pracowników. Ich podejmowanie wymaga jedynie świadomości i dobrej woli pracodawców. Badania realizowane w innych krajach wyraźnie wskazują na to, że nawet działania związane z pewnymi nakładami finansowymi ze strony pracodawcy, zwracają się kilkukrotnie w postaci większej wydajności i lojalności pracowników, wobec których są one podejmowane (Knapp i in., 2011; Matrix Insight, 2013; McDaid i Park, 2011; 2014).

Inne weryfikowane w opisywanych badaniach działania dotyczą jednostek i służą wzmocnieniu ich indywidualnych umiejętności radzenia sobie ze stresem, a w konsekwencji

chronią przed negatywnymi skutkami na poziomie zdrowia psychicznego. Odnosi się to szczególnie do sytuacji, gdy pewnego poziomu stresu nie da się uniknąć (np. w okresach intensywnej restrukturyzacji) lub gdy jest on nierozdzielnie związany ze specyfiką pracy (np. górników). W takich sytuacjach skutecznym okazał się trening antystresowy oparty na uważności (MBSR). Mechanizmem chroniącym zdrowie psychiczne osób poddanych temu oddziaływaniu jest lepsza regulacja emocji. Polega ona na powstrzymaniu się przed nadmiernym ocenianiem bieżących wydarzeń, które w sytuacji stresu może skutkować tzw. „katastrofizmem”, często wiążącym się z podejmowaniem impulsywnych, nieracjonalnych, a często agresywnych zachowań (reakcja: „walcz”) bądź lękowym wycofywaniem się z sytuacji („uciekaj”) (Hülshager i in., 2013; Hill i Updegraff, 2012). W przypadku kierowników średniego szczebla zarządzania pracujących w warunkach restrukturyzacji efektem udziału w treningu uważności była poprawa emocjonalnego funkcjonowania. Zaobserwowano istotne obniżenie się u nich negatywnego afektu oraz wzrost afektu pozytywnego, a także znaczącą poprawę przekonań na własny temat. Obydwa symptomy, zgodne z definicją według DSM-IV, stanowią osiowe wskaźniki depresji. W dotychczasowych badaniach dotyczących wpływu MBSR na poprawę zdrowia fizycznego i psychicznego pracowników lub pacjentów, posługiwano się przede wszystkim subiektywnymi ocenami stanu zdrowia (Glomb i in., 2011). W referowanym badaniu uwzględniono także – powszechnie postulowane – tzw. obiektywne wskaźniki zdrowia, za które w literaturze nieklinicznej uważa się poziom absencji chorobowej (Dimidjian i Segal, 2015). Referowane badanie jest zatem pierwszym, w którym pokazano, że poprawie subiektywnie ocenianego zdrowia towarzyszyło znaczne zmniejszenie liczby dni nieobecności w pracy wśród osób uczestniczących w treningu uważności.

Z kolei poprawa stanu emocjonalnego górników poddanych interwencji wyrażała się z jednej strony zmniejszonym poczuciem bezradności w sytuacji pracy, z drugiej – zwiększonym poczuciem więzi z kolegami górnikami oraz przekonaniem, że mogą liczyć także na pomoc swoich przełożonych. Towarzyszyły temu istotne spadki wskaźników symptomów lęku i depresji, które nie wystąpiły u osób nieuczestniczących w treningu. Mimo że pozytywne skutki MBSR dla samopoczucia różnych grup pracowników odnotowano w wielu badaniach (Glomb i in., 2011), omawiane doniesienie jest pierwszym, które dotyczy pracy w warunkach tak silnie zagrażających zdrowiu i życiu osób, które ją wykonują. Ponadto jest także pierwszym dowodem na to, że złagodzeniu doświadczanego w pracy stresu (większa kontrola i wyższe wsparcie społeczne) towarzyszy bezpośrednio poprawa zdrowia psychicznego w odniesieniu do takich jego aspektów, jak poziom lęku i depresji.

Wyniki obydwu badań dowodzą, że nawet w sytuacji obiektywnie istniejącego stresu, a może nawet szczególnie wtedy, udaje się skutecznie chronić zdrowie psychiczne pracowników. Odbywa się to nie tyle poprzez eliminację stresorów, co raczej poprzez zwiększanie umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami, które wywołuje stres w miejscu pracy.

#### **4.2.5. Praktyczne implikacje uzyskanych wyników**

Uzyskane w referowanym cyklu badań wyniki dowodzą, że miejsce pracy może, z jednej strony, stanowić źródło potencjalnych problemów ze zdrowiem psychicznym osób pracujących, ale, z drugiej strony, także stać się przestrzenią, w której udaje się tym problemom skutecznie zapobiegać.

Taka świadomość towarzyszyła prawdopodobnie opracowaniu przez Komisję Europejską platformy służącej wymianie informacji, wyników badań, polityk, legislacji oraz dobrych praktyk służących ochronie zdrowia psychicznego Europejczyków (*EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being*). Trzeci z siedmiu priorytetów zamieszczonej tam strategii określono jako „Zdrowie psychiczne w miejscu pracy” (*Mental health at work*). Gdyby taki priorytet został sformułowany w Polsce, omówione przeze mnie wyniki badań mogłyby okazać się pomocne w jego realizacji.

Szczególnie istotne wydaje się edukowanie tych środowisk w zakresie potwierdzonych w badaniach związków pomiędzy określonymi zagrożeniami psychospołecznym/stresorami a obniżonymi wskaźnikami zdrowia psychicznego pracowników. Do ujawnionych zagrożeń obecnych na polskim rynku pracy należą: nadmierne wymagania (długi czas pracy), niepewność i niestabilność zatrudnienia (czasowe umowy o pracę), wąski kontrakt psychologiczny pomiędzy pracodawcą a pracownikiem (złe warunki pracy, brak szkoleń zawodowych i wsparcia społecznego w pracy), brak kontroli nad swoją pracą (np. w zakresie czasu pracy), a także zaburzenie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym. Uzyskane wyniki pozwalają także zidentyfikować grupy szczególnie narażone na wymienione zagrożenia, do których należą osoby wykonujące prace fizyczne i najmłodsze kobiety istotnie zaangażowane w pracę zawodową. Są to osoby, które ze względu na niewielki kapitał społeczny (niską pozycję społeczną) albo obciążenie dodatkowymi rolami ponoszą najwyższe koszty tego narażenia w postaci problemów ze zdrowiem psychicznym.

Uzyskane wyniki wskazują także na konieczność ciągłego monitorowania miejsc pracy pod kątem pojawiania się nowych zagrożeń dla zdrowia psychicznego Polaków. Takie zadanie stoi między innymi przed badaczami i analitykami rynku pracy, których interesują nie tylko

mechanizmy ekonomiczne, ale także tzw. zasoby ludzkie. Jest bowiem oczywiste, że pojawianiu się nowych form zatrudnienia (np. freelancing, praca na wezwanie), a także nowoczesnych technologii (automatyzacja i cyfryzacja), mogą towarzyszyć dodatkowe czynniki ryzyka. Na skutek zanikania „tradycyjnych” miejsc pracy jeszcze bardziej zwiększy się niepewność zatrudnienia, tempo pracy, wielozadaniowość oraz przeciążenie funkcji poznawczych związanych z koniecznością przetwarzania wielu informacji. Może to skutkować zwiększonym stresem objawiającym się przemęczeniem, chroniczną nadmierną aktywacją, problemami z koncentracją i odpoczynkiem, czy korzystaniem z substancji psychoaktywnych.

Zreferowane wyniki badań pozwalają jednak skonstatować, że skuteczna ochrona zdrowia psychicznego dorosłych Polaków jest możliwa także w miejscu pracy, a nawet – jak w przypadku osób z chronicznymi schorzeniami – dzięki pracy.

Potwierdzona skuteczność opisanych działań służących zachowaniu zdrowia psychicznego pracowników powinna wspomóc edukację pracodawców, jako osób bezpośrednio odpowiedzialnych za jakość miejsc pracy. Z uzyskanych wyników mogą skorzystać także inne podmioty, w tym osoby i organy odpowiedzialne za zachowanie właściwych, higienicznych warunków pracy, także w zakresie przestrzegania prawa pracy (np. w odniesieniu do czasu jej trwania), choćby Państwowa Inspekcja Pracy oraz służby bezpieczeństwa i higieny pracy w przedsiębiorstwach.

Uzyskane wyniki badań mogą być także pomocne dla służb medycyny pracy, których zadaniem jest nie tylko ocena stanu zdrowia jednostki pod kątem wykonywania określonej pracy, ale także identyfikacja potencjalnych przyczyn stwierdzanych problemów zdrowotnych. Podobne zadanie stoi przed psychologami specjalizującymi się w problematyce pracy, zdrowia oraz rehabilitacji. Nadają się one także do wykorzystania przez inne podmioty zaangażowane w realizację drugiej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Opisane wyżej praktyczne implikacje uzyskanych wyników staram się realizować w prowadzonej przeze mnie edukacji pracowników, pracodawców i osób zarządzających, a także specjalistów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, zdrowia publicznego, pracowników inspekcji pracy oraz psychologów pracy w formie wykładów, seminariów, kursów specjalistycznych, a także różnego rodzaju publikacji, w tym publikacji o charakterze popularnym.

#### **4.2.6. Piśmiennictwo**

1. ADP. The Workforce View in Europe. 2017. <https://www.adp.pl/assets/vfs/Family-29/Workforce-View/PL-WorkforceView-WP-2017-VF.pdf>.



2. Aittomaäki A, Lahelma E, Roos E. Work conditions and socioeconomic inequalities in work ability. *Scand J Work Environ Health*. 2003;29:159–165.
3. Andersen, J.H., Haahr, J., & Frost, P. Risk factors for more severe regional musculoskeletal symptoms. *Arthritis & Rheumatol*. 2007; 56(4):1355-1364.
4. Andrea H., Bültmann U., van Amelsvoort L.G.P.M., Kant Y. The incidence of anxiety and depression among employees—the role of psychosocial work characteristics. *Depress. Anxiety*. 2009;26:1040–1048.
5. Armstrong-Stassen M. Coping with downsizing: a comparison of executive and middle managers. *Int J Stress Manag* 2005;12:117–141.
6. Bhu KS., Dinos S., Stansfeld SA., & White PD. A synthesis of the evidence for managing stress at work: A review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *J Environ Pub Health*, 2012;515874
7. Bradburn N. *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago, Illinois: Aldine, 1969.
8. Bugajska J, Jędryka Góral A, Głuszko M, Żołnierczyk-Zreda D, Sagan A, Rell-Bakaralska M, Pazdur J, Seidler H, Rial M, and PGR-SES-AIMs. Psychological stress in rheumatoid arthritis patients: a comparative Polish-German study *Autoimm Rev*. 2010;9(4):211–215.
9. Casey PR. Grzywacz JG. Employee health and well-being: the role of flexibility and work–family balance. *Psychol Manag J*. 2008;11(1):31–47.
10. Chambel MJ, Sobral F, Espada M, Curral L. Training, exhaustion, and commitment of temporary agency workers: a test of employability perceptions. *Eur J Work Organiz Psychol*. 2015;24:15–30.
11. Clays E., De Bacquer D., Leynen F., Kornitzer M., Kittel F., De Backer G.: Job stress and depression symptoms in middle-aged workers – prospective results from the Belstress study. *Scand. J. Work. Environ. Health*. 2007;33(4):252-9.
12. Clumeck N., Kempenaers C., Godin I., Dramaix M., Kornitzer M., Linkowski P., et al.: Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: results from the Belstress I prospective study. *J. Epidemiol. Community. Health*. 2009;63:286-9.
13. Cooper CL, Sloan SJ, Williams S. *Occupational Stress Indicator: Management Guide*. Windsor, Ontario, Canada: NFER-Nelson, 1988.
14. Cox, T., & Mackay, C.J. A transaction approach to occupational stress', In E.N. Corlett and J. Richardson (Eds.), *Stress Work Design and Productivity*, Chichester: Wiley & Sons, Chichester. 1981.

15. Cox, T., Griffiths, A. J., & Rial-Gonzalez, E. Research on Work-related Stress, European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. 2000.
16. Coyle-Shapiro JAM, Kessler I. Contingent and non-contingent working in local government: contrasting psychological contracts. *Pub Admin.* 2002;80:77–101.
17. Cuyper N, De Witte H. Volition, and reasons for accepting temporary employment: associations with attitudes, well-being, and behavioral intentions. *Eur J Work Organiz Psychol.* 2008;17:363–387
18. DeWitt R, Trevino L, Mollica K. Stuck in the middle: a control-based model of manager's reactions to their subordinates layoffs. *J Manag Iss.* 2003;15:32–49.
19. EU-OSHA (2013). Ogólnoeuropejskie Badanie Dotyczące Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy. <https://osha.europa.eu/en/surveys-and-statistics-osh/european-opinion-polls-safety-and-health-work/european-opinion-poll-occupational-safety-and-health-2013>
20. Eurofound (2015). Fifth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update), Publications Office of the European Union, Luxembourg
21. Eurofound (2017). Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update), Publications Office of the European Union, Luxembourg.
22. Fandino-Losada , Plaisier I., de Bruijn J.G., de Graaf R., ten Have M., Beekman A.T., Penninx B.W.: The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Soc. Sc. Med.* 2007;64:401–410,
23. Fjell, Y., Osterberg, M., Alexanderson, K., Karlqvist, L. i Bildt, C. Appraised leadership styles, psychosocial work factors, and musculoskeletal pain among public employees. *Int Arch Occup Environ Health*, 2007; 81(1), 19-30.
24. Eum KD, Li J, Jhun HJ, Park JT, Tak SW, Karasek R, Cho SI. Psychometric properties of the Korean version of the job content questionnaire: data from health care workers. *Int Arch Occup Environ Health.* 2007;80(6):497–504.
25. Gałązka-Sobotka M (red. nauk) Drapała A. Karczewicz E., Zalewska H., Gierczyński J., Gryglewicz J., Sielicki P., Wrona W Depresja – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. Uczelnia Łazarskiego. Warszawa. 2014.
26. Geurts SAE, Demerouti E. Work nonwork interference: a review of theories and findings. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, editors. *The handbook of work and health psychology.* 2nd ed. Chichester, UK: Wiley; 2002. p. 279–312.

27. Geurts SAE, Sonnentag S. Recovery as an explanatory mechanism in the chronic health impairment. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):482–92.
28. Gignac MA, Backman CL, Kaptein S, et al. Tension at the borders: Perceptions of role overload, conflict, strain and facilitation in work, family and health roles among employed individuals with arthritis. *Rheumatology*. 2012;51(2):324–332.
29. Gjerdingen D, McGovern P, Bekker M, Lundberg U, Willemssen T. Women's work roles and their impact on health, well-being, and career: comparisons between the United States, Sweden, and The Netherlands. *Women Health*. 2000;31(4):1–20.
30. Glomb TM, Duffy MK, Bono JE, Yang T. Mindfulness at work. *Res Person Human Resour Manag* 2011;30: 115–157.
31. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire Windsor, Berks, UK: NFER-Nelson. 1988.
32. Grunberg L, Moore S, Greenberg ES. Managers' reactions to implementing layoffs: relationship to health problems and withdrawal behaviors. *Hum Res Manag* 2006;45:159–178.
33. Guest D. Flexible employment contracts, the psychological contract and employee outcomes: an analysis and review of the evidence. *Int J Manag Rev*.2004;5/6:1–19.
34. GUS. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku. GUS: Warszawa, 2015.
35. Hassard J, Cox T, Murawski S., De Meyer S, Muylaert K. Mental health promotion in the workplace –A good practice report. European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA. Bilbao.2011.
36. Harvey, S.B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J.S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R.A., Christensen, H., & Mitchell, P.B. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med*. 2017; 74(4), 301-310.
37. Hauke A , Flintrop J, Brun E & Rugulies R. The impact of work-related psychosocial stressors on the onset of musculoskeletal disorders in specific body regions: A review and meta-analysis of 54 longitudinal studies, *Work & Stress*. 2011.25;3: 243-256.
38. Hill CL & Updegraff JA. Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*. 2012;2:81–9.0
39. Hochberg MC, Chang RW, Dwosh I, et al. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatol*.1992;35(5):498–502.

40. Hülshager UR, Alberts HJ, Feinholdt A, Lang JW. Benefits of mindfulness at work: the role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *J Appl Psychol* 2013;98:310–325.
41. Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P.B., & Harvey, S.B. Workplace interventions for common mental disorders: A systematic meta-review. *Psychol Med.* 2016;46(4), 683-697.
42. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry* 1982;4:33–47.
43. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness.* New York: Delacorte. 1990.
44. Karasek RA, Gordon G, Pietrowsky C, Frese M, Pieper C, Schwartz J et al. Job content questionnaire and user's guide. University of Southern California, Los Angeles. 1985.
45. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol.* 1998;3(4):322–55.
46. Karasek RA., & Theorell T., *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working lives,* New York: Basic Books, 1990.
47. Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sc Quart.* 1979;24:285-308.
48. Kawakami N, Fujigaki Y. Reliability and validity of the Japanese version of Job Content Questionnaire: replication and extension in computer company employees. *Ind Health.* 1996;34(4):295–306.
49. Kim, S., Suh, C., Park, M., Kim, K., Lee, C.K., Son, B.C.,... & Jung, H. (2014). Effectiveness of a comprehensive stress management program to reduce work-related stress in a medium-sized enterprise. *An Occup Environ Med.* 2014; 26(4).
50. Kivimaki, M., Nyberg, S.T., Batty, G.D. et al. Job strain as a risk factor for future coronary heart disease: Collaborative meta-analysis of 2358 events in 197,473 men and women. *The Lancet,* 2012; 380, 1491-97
51. Khoury B, Lecomte T, Fortin et al.: Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2013;33:763–771.
52. Kinnunen U, Maˆkikangas A, Mauno S, Siponen K, Naˆtti J. Perceived employability: investigating outcomes among involuntary and voluntary temporary employees compared to permanent employees. *Career Develop Int.* 2011;16:140–160.

53. Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. Mental health promotion and prevention: The economic case. Department of Health: London. 2011.
54. Kuorinka I, Jonsson BG, Kildom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F, Andersson G, Jorgensen K. Standardised Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon.* 1987;18:233–237.
55. Lamontagne, A.D., Keegel, T., Louie, A.M., Ostry, A. & Landsbergis, P.A. A systematic review of job-stress interventions evaluation literature, 1990–2005. *Int J Environ Health.* 2007;13: 268-280.
56. Lazarus, R.S., & Folkman, S., *Stress, Appraisal and Coping*, Springer Publications: New York, 1984.
57. Leka S, Cox T. *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*. Nottingham, UK: I-WHO Publications, 2008.
58. Madsen I.E.H., Hannerz H., Nyberg S.T., Magnusson Hanson L., Ahola K., et al.: Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychol. Med.* 2017;47(8):1342–1356.
59. McDaid, D. *Mental health in workplace settings. Consensus paper.* Luxembourg: European Communities.2008.
60. McDaid, D., & Park, A.L. Investing in mental health and well-being: Findings from the DataPrev project. *Health Prom Int.* 2011; 26(1):108-139.
61. McDaid, D., & Park, A-L. Investing in wellbeing in the workplace: More than just a business case. In D. McDaid & C. Cooper (Eds). *Economics of Wellbeing: A Complete Reference Guide*. Oxford: John Wiley & Sons Ltd. 2014.
62. Madsen, I. E. H., Nyberg, S. T., Magnusson Hanson, L. L., Ferrie, J. E., Ahola, K., & IPD-Work Consortium. Job strain as a risk factor for clinical depression: Systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychol Med*, 2017; 47:1342–1356.
63. Makowska Z., Merecz D.: Polska adaptacja Kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 I GHQ-28. W: Goldberg D., Williams P. [red.]. *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28.* Instytut Medycyny Pracy Wydawnictwo. Łódź 2001.
64. Matrix Insight (2013). *Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives*, Matrix Insight, Research commissioned by the European

Agency for Health and Consumers. Available at:[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/matrix\\_economic\\_analysis\\_mh\\_promotion\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/matrix_economic_analysis_mh_promotion_en.pdf).

65. Montano, D., Hoven, H., & Siegrist, J. Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: A systematic review. *BMC Pub Health*, 2014; 14 (135).
66. Moskalewicz B, Kiejna A., Wojtyniak B. Kondycja psychiczna mieszkańców Polski : raport z badań "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska". Warszawa : Instytut Psychiatrii i Neurologii. 2012.
67. Moskalewicz B, Biechowska D, Wojtyniak B. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania W: Wojtyniak, B i Goryński P. (red) Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego– Państwowy Zakład Higieny. Warszawa. 2016.
68. Nikolaus S, Bode C, Taal E, et al. Fatigue and factors related to fatigue in rheumatoid arthritis: A systematic review. *Art Care Res*. 2013;65:1128–1146.
69. Niedhammer I, Malard L., Chastang J.F.: Occupational factors and subsequent major depressive and generalized anxiety disorders in the prospective French national SIP study. *BMC. Pub. Health*. 2015; 26.
70. Norman, K., Floderus, B., Hagman, M., Toomingas, A. i Tornqvist, E.W. (2008). Musculoskeletal symptoms in relation to work exposures at call centre companies in Sweden. *Work*, 30(2), 201-214.
71. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.
72. Rousseau DM. *Psychological Contracts in Organizations: Understanding Written and Unwritten Agreements*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995.
73. Sanwald A, Theurl E. *Working Atypical Employment and Health: A Meta-Analysis*. Innsbruck: University of Innsbruck; 2014.
74. Schutte S, Chastang J-F, Parent-Thirion A, Vermeylen G, Niedhammer I. Psychosocial work exposures among European employees: explanations for occupational inequalities in mental health. *J Public Health (Oxf)*. 2015; 373:373-88.
75. Shields M. Stress and depression in the employed population. *Health. Rep*. 2006;174:11-29.
76. Siegrist, J., 'Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work', *J Occup Health Psychol*. 1996; 1:27-43.

77. Sluiter J, Rest KM, Frings-Dresen MHW Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health* 2001;27(suppl 1):1–102.
78. Stebbings S and Treharne GJ. Fatigue in rheumatic disease: An overview. *Int J Clin Rheumatol.* 2010;544: 487–502.
79. Tack BB. Fatigue in rheumatoid arthritis: Conditions, strategies, and consequences. *Arthritis & Rheumatism.* 1990; 3:65–70.
80. Tan, L., Wang, M. J., Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., & Harvey, S.B. Preventing the development of depression at work: A systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace. *BMC Medicine*, 2014;12(1), 74.
81. The World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope.* Geneva: World Health Organization.
82. Theorell T., Hammarström A., Aronsson G., Bendz L.T., Grape T., Hogstedt C., et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Pub. Health.* 2015;15 :738.
83. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tuomi A. *Work Ability Index.* Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; Occupational health care, no 19. 1994.
84. Xu N, Zhao S, Xue H, et al. Associations of perceived social support and positive psychological resources with fatigue symptom in patients with rheumatoid arthritis. *PLoS ONE.*2017;12(3): e0173293.
85. Van den Heuvel, Bakhuys-Roozebom, M. Eekhout, I., Venema, A. Management of psychosocial risks in European workplaces - evidence from the second European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER-2). European Agency for Safety and Health at Work, Bilbao. 2018.
86. Van der Doef M., & Maes S. The job demand-control (-support) model and psychological well-being - a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress.* 1999;13(2):87-114.
87. Verkuil B., Atasayi S., Molendijk M.L.: Workplace bullying and mental health: a meta-analysis on cross-sectional and longitudinal data. *PLOS ONE.* 2015;10, e0135225.
88. Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment, and health: a review. *Int J Epidemiol.* 2005;34:610–622.
89. Virtanen M., Stansfeld S.A., Fuhrer R., Ferrie J.E., Kivimäki M.: Overtime work as a predictor of major depressive episode: a 5-year follow-up of the Whitehall II Study. *PLoS One.* 2012;7(1):e30719.

90. Virtanen P, Janlert U, Hammarström A. Exposure to nonpermanent employment and health. Analysis of the associations with 12 health indicators. *J Occup Environ Med.* 2011;53:653–657.
91. Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Ferrie J. Employment security, and health. *J Epidemiol Community Health.* 2002;56:569–574.
92. Wynne R, De Broeck V, Vandebroek K, Leka S, Jain A, Houtman I, McDaid D. Promoting mental health in the workplace: Guidance to implementing a comprehensive approach. EU- Employment, Social Affairs & Inclusion. Brussels. 2014.
93. Wang J.L., Schmitz N., Dewa C., Stansfeld S.: Changes in perceived job strain and the risk of major depression: results from a population-based longitudinal study. *Am. J. Epidemiol.* 2009;169:1085–1091.
94. Wang, J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychol Med.* 2005;35:865-871.
95. Wang, J., Lesage, A., Schmitz, N. i Drapeau, A. The relationship between work stress and mental disorders in men and women: Findings from a population-based study. *J Epid Comm Health.* 2008;62(1):42-47.
96. Ware JE Jr, Kosinski M and Keller SD. SF-36® Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA: New England Medical Center–The Health Institute.1994.
97. Waters, T.R., Dick, R.B., Davis-Barkley, J. i Krieg, E.F. A cross-sectional study of risk factors for musculoskeletal symptoms in the workplace using data from the General Social Survey (GSS). *J Occup Environ Med.* 2007; 49(2):172-184.
98. WHO - World Health Organisation (2010). Health impact of psychosocial hazards at work: An overview. Geneva: World Health Organisation. Available at: [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/hazardpsychosocial/en/index.html](http://www.who.int/occupational_health/publications/hazardpsychosocial/en/index.html).
99. Waddell, G., & Burton, A.K. Is work good for your health and well-being? London: The Stationary Office.2006.
100. Widorszal-Bazył M, Cieślak R, Najmiec A. Psychospołeczne Właściwości Pracy zawodowej, zmienne osobnicze a stres psychologiczny i dolegliwości zdrowotne, Warszawa, CIOP, 1995.
101. Widorszal-Bazył M. Podręcznik do testu Stres w Pracy. Polska adaptacja skróconej wersji Occupational Stress Indicator – OSI – 2. Warszawa. CIOP. 2001.
102. ZUS (2017a). Absencja chorobowa w roku 2016. Warszawa. 2017.



- 103.ZUS. (2017b). Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. Warszawa. 2017.
- 104.ZUS (2017c). Analiza przyczyn absencji chorobowej w latach 2012-2016. Warszawa. 2017.
- 105.Żołnierczyk-Zreda D.(a) Długi czas pracy a zdrowie psychiczne i jakość życia – przegląd badań. *Bezpieczeństwo Pracy - Nauka i Praktyka*. 2009;7-8: 5-7
- 106.Żołnierczyk-Zreda D.(b). Długi czas pracy a zdrowie fizyczne pracowników. *Bezpieczeństwo Pracy - Nauka i Praktyka*. 2009;3:6-8.
- 107.Żołnierczyk-Zreda D., Wrześniewski K., Bugajska J. i Jędryka-Góral A. Polska wersja kwestionariusza SF-36v2 do badania jakości życia. Podręcznik to testu. Warszawa, CIOP-PIB. 2010.
- 108.Żołnierczyk-Zreda D. i Bedyńska S. Polish version of JCQ R. Karaska. *Int J Occup Safet Ergon*. 2014;20(4):583–593.
- 109.Żołnierczyk-Zreda D. i Holas P. Warunki psychospołeczne a depresja- przegląd badań. *Medycyna Pracy*. 2018, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00703>.

## 5. POZOSTAŁE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWO-BADAWCZE

Poza przedstawionym powyżej cyklem publikacji 7 powiązanych tematycznie prac, będących podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego, mój dorobek obejmuje publikacje, których tematyka jest związana z analizą różnych aspektów stresu w pracy oraz różnych metod radzenia sobie ze stresem stosowanych w różnych grupach zawodowych.

### Cykl publikacji związanych z analizą stresu w pracy oraz radzenia sobie ze stresem

W wyniku pracy w tym obszarze tematycznym powstały następujące prace oryginalne, poglądowe i popularno-naukowe, a także podręczniki i rozdziały w podręcznikach międzynarodowych i krajowych:

1. Grzegołowska-Klarkowska H., **Żołnierczyk D.** Defense of self-esteem, defense of self-consistency: A new voice in an old controversy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1988; 6(2):171-179.
2. Widerszal-Bazyl M. i **Żołnierczyk-Zreda D.** Ryzyko zawodowe - stres psychiczny w pracy. *Bezpieczeństwo Pracy - Nauka i Praktyka*. 1996;11:16-19.
3. **Żołnierczyk-Zreda D.** Strategie przeciwdziałania stresowi w organizacji na poziomie indywidualnym. Program modyfikacji Wzoru A. *Ergonomia*. 1999;22(1):121-128
4. **Żołnierczyk-Zreda D.** Modification of Pathological Type A as a Worksite Stress Management and Disease Prevention Intervention. *Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 2000; 6(2):169-188.
5. **Żołnierczyk-Zreda D.** Relaksacja antystresowa: uważność, ultradialna reakcja uzdrawiająca. CIOP. Warszawa. 2000. ISBN 83-88703-46-3.
6. **Żołnierczyk-Zreda D.** Indywidualne strategie radzenia sobie ze stresem zawodowym. *Bezpieczeństwo Pracy - Nauka i Praktyka*. 2000;(6):8-12.
7. **Żołnierczyk-Zreda D.** i Cieślak R. Modifying Type A in a Nonclinical Population of Polish Managers. *Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2001;7(3):309-332.
8. Widerszal-Bazyl M. i **Żołnierczyk-Zreda D.** Niektóre psychospołeczne aspekty zagrożeń. *Bezpieczeństwo Pracy - Nauka i Praktyka*. 2001;(12): 6-7.
9. **Żołnierczyk-Zreda D.** Jak nie dać się pokonać stresowi w pracy. *Bezpieczeństwo Pracy - Nauka i Praktyka*. 2002;9:31-32.
10. Łuczak, A. i **Żołnierczyk-Zreda D.** Praca a stres. *Bezpieczeństwo Pracy-Nauka i Praktyka*. 2002;10:2-5.

11. **Żołnierczyk-Zreda D.** The Effects of Worksite Stress Management Intervention on Changes in Coping Styles, *Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2002;8(4):465-482.
12. Jędryka-Góral A, Maśliński W, Ziółkowska M, Konarska M. i **Żołnierczyk-Zreda D.** Stress-where are we now? Does immunity play an intrinsic role?. *Journal of Autoimmunology (Autoimmunity)*. 2002;31(7), 421-426.
13. **Żołnierczyk-Zreda D.** Perceived job stressors and mindfulness-based cognitive stress management intervention: The role of Type A and reactivity. *Polish Psychological Bulletin*, 2004;35:25-33.
14. Oeij P, Wiezer NM, Elo A, Nielsen K., Vega S, Wetzstein A. & **Żołnierczyk-Zreda D.** Combating Psychosocial Risks in Work Organizations: Practice of Interventions in Europe . In: Houdmont & S. McIntyre S. editors. *Occupational Health Psychology: European Perspectives on Research, Education and Practice*, European Academy of Occupational Health Psychology. Castelo de Maia: ISMAI Publishing, 2004. p.233-63.
15. **Żołnierczyk-Zreda D.** Jak przeciwdziałać negatywnym skutkom stresu w pracy? *Bezpieczeństwo Pracy - Nauka i Praktyka*. 2004;6:10-11.
16. **Żołnierczyk-Zreda D.** European ways to combat psychosocial risks related to work organization: Towards organizational interventions? *TNO Work and Employment PEROSH*. 2004. ISBN 90-5986-134-5. The evaluation of a stress and burnout intervention for teachers, 377-45.
17. **Żołnierczyk-Zreda D.** An intervention to reduce work-related burnout for teachers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2005;11(4):423-430.
18. **Żołnierczyk-Zreda D.** Programy psychologicznego wspierania pracowników. *Bezpieczeństwo Pracy - Nauka i Praktyka*, 2005;6:10-11.
19. Widerszal-Bazyl, M., **Żołnierczyk-Zreda D.**, & Jain, D. Standards Related to Psychosocial Risks at Work. In: Leka S. and Cox T. editors *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*. University of Nottingham, UK: Institute of Work, Health and Organisations. 2008, ISBN 978-0-9554365-2-9. p; 37-59
20. **Żołnierczyk-Zreda D.** Długi czas pracy a zdrowie fizyczne pracowników. *Bezpieczeństwo Pracy - Nauka i Praktyka*. 2009a;3:6-8.
21. **Żołnierczyk-Zreda D.** Długi czas pracy a zdrowie psychiczne i jakość życia – przegląd badań. *Bezpieczeństwo Pracy - Nauka i Praktyka*. 2009b;7-8: 5-7
22. Milczarek M, Schneider E, Gonzales ER, Widerszal-Bazyl M, Łuczak A, Kazenas A, Warszewska-Makuch M, **Żołnierczyk-Zreda D**, Najmiec A. OSH in figures: stress at

- work – facts and figures. European Risk Observatory Report. European Agency for Safety and Health at Work. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities. 2009. ISBN 978-92-9191-224-
23. **Żolnierczyk-Zreda, D.** Stres w pracy – gdzie obecnie jesteśmy? *Bezpieczeństwo Pracy - Nauka i Praktyka*. 2010;10:5-7.
  24. Bugajska J, Jędryka Góral A, Głuszko M, **Żolnierczyk-Zreda D**, Sagan A, Rell-Bakaralska M, Pazdur J, Seidler H, Rial M, and PGR-SES-AIMs. Psychological stress in rheumatoid arthritis patients: a comparative Polish- German study *Autoimmunity Review*. 2010;9(4):211–215.
  25. Kowalska M, Bugajska J, **Żolnierczyk-Zreda D.** Częstość występowania zespołu wypalenia zawodowego wśród pracowników biurowych. *Medycyna Pracy*. 2010;6:615-624.
  26. Aditya J, Leka, S, Widerszal-Bazyl M, **Żolnierczyk-Zreda D.** & Zwetsloot G. Developing a standard for psychosocial risk management: PAS 1010. *Safety Science*. 2011; 49(7):1047-1057.
  27. Wołodźko E., **Żolnierczyk-Zreda D.** Dobre praktyki w sektorze Call Center. *Vademecum dla pracodawców, pracowników i specjalistów bhp. Zmniejszanie zagrożeń psychospołecznych wśród młodych pracowników sektora Call Center. Zalecenia dla pracodawców i służb bhp.* Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy 2013. ISBN: 978-83-7373-155-4.
  28. Wołodźko E., **Żolnierczyk-Zreda D.** Dobre praktyki w sektorze HoReCa. *Vademecum dla pracodawców, pracowników i specjalistów bhp. Zmniejszanie zagrożeń psychospołecznych wśród młodych pracowników sektora HoReCa. Zalecenia dla pracodawców i służb bhp.* Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy 2013. ISBN: 978-83-7373-155-4.
  29. Warszewska-Makuch, M., Bedyńska, S., **Żolnierczyk-Zreda, D.** Authentic leadership, social support and their role in workplace bullying and its mental health consequences. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2015;21(2):128-40.
  30. Bedyńska, S. **Żolnierczyk-Zreda, D.** Stereotype threat as a determinant of burnout or work engagement. Mediating role of positive and negative emotions *International Journal of Occupational Safety and Ergonomic*. 2015;21(1):1-8.
  31. **Żolnierczyk-Zreda D.** Rodzaj umowy o pracę a zdrowie i funkcjonowanie zawodowe pracowników – przegląd badań *Medycyna Pracy*. 2015;66(4):565–573

32. **Żołnierczyk-Zreda D.** Jak radzić sobie ze stresem zawodowym – trening oparty na uważności. Warszawa: ZUS. 2015.
33. **Żołnierczyk-Zreda D.** Kontrakt psychologiczny w świetle elastycznego zatrudnienia pracowników– przegląd badań. *Medycyna Pracy.* 2016;67(4):529–536
34. **Żołnierczyk-Zreda, D.** Kontrakt psychologiczny pomiędzy pracownikiem a pracodawcą. Warszawa: CIOP-PIB. 2017. ISBN: 978-83-7373-212-4
35. Holas P. i **Żołnierczyk-Zreda D** Terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT) w leczeniu i zapobieganiu depresji. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2018
36. **Żołnierczyk-Zreda D.** Organizacyjne oraz indywidualne metody radzenia sobie ze stresem w pracy. *Prewencja i Rehabilitacja. Kwartalnik ZUS.* 2018.1:19-28.
37. **Żołnierczyk-Zreda D.** i Holas P. Warunki pracy a depresja: przegląd badań. *Medycyna Pracy.* 2018, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00703>

*Cykl publikacji związanych z analizą uwarunkowań zdrowia i jakości życia osób z różnymi dolegliwościami oraz osób z niepełnosprawnościami*

W wyniku pracy w tym obszarze tematycznym powstały następujące prace oryginalne, poglądowe i popularno-naukowe, a także podręczniki i rozdziały w podręcznikach międzynarodowych i krajowych:

1. Widerszal-Bazyl M. & **Żołnierczyk D.** (1995) Dimensions of job control in computerized and traditional office work and its health effects. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 1:1, 29-41.
2. **Żołnierczyk-Zreda D**, Wrześniewski K, Bugajska J, Jędryka-Góral A. Polska wersja kwestionariusza do badania jakości życia związanej ze zdrowiem. Podręcznik do kwestionariusza. Warszawa: CIOP-PIB. 2010. ISBN 978-83-7373-075-5.
3. **Żołnierczyk-Zreda D.**, Wrześniewski K, Bugajska J, Jędryka-Góral A. Polska wersja kwestionariusza do badania jakości życia związanej ze zdrowiem. *Przeegląd Lekarski.* 2010; 67/12:1302-1306.
4. Bugajska J, Jędryka-Góral A, Gasik R, **Żołnierczyk-Zreda D.** Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. *Medycyna Pracy.* 2011;2:153-162.

5. Bugajska J, **Żołnierczyk-Zreda D**, Jędryka-Góral A. Rola psychospołecznych czynników w powstawaniu zaburzeń mięśniowo-szkieletowych u pracowników. *Medycyna Pracy*. 2011; 62(6):653-658.
6. Bugajska J, **Żołnierczyk-Zreda D**, Hildt-Ciupińska K. Profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych w kontekście psychospołecznych aspektów pracy. *Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka*. 2011;4 (475):12-15.
7. **Żołnierczyk-Zreda D** i Majewski T. Przystosowanie środowiska pracy do możliwości osób z dysfunkcją narządu ruchu a także osób niepełnosprawnych intelektualnie i psychicznie. *Medycyna Pracy*. 2012;63(4):493–504.
8. **Żołnierczyk-Zreda D** i Kurskus-Rozowska, B. Zawody rekomendowane dla osób z wybranymi rodzajami niepełnosprawności. Warszawa: CIOP-PIB. 2012. ISBN: 978-83-7373-120-2
9. Pawłowska-Cyprysiak K, **Żołnierczyk-Zreda D**. Self-Perceived Quality of Life of People With Physical Disabilities and Labour Force Participation. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2013;19(2):3-13
10. Pawłowska-Cyprysiak K, **Żołnierczyk-Zreda D.**, Konarska M. Uwarunkowania jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo. *Medycyna Pracy*. 2013;2: 227-237.
11. **Żołnierczyk-Zreda D**, Pawłowska-Cyprysiak K, Bugajska J. Psychospołeczne warunki pracy. W: Zawieska WM. red. Projektowanie obiektów, pomieszczeń oraz przystosowanie stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych o specyficznych potrzebach. Ramowe wytyczne. Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy, 2014; ISBN 978-83-7373-179-0. p: 259-274.
12. **Żołnierczyk-Zreda D**. National Report: Poland In: Hasselhorn HM, Apt W. Editors. Understanding employment participation of older workers: Creating a knowledge base for future labour market challenges. Research Report. Federal Ministry of Labour and Social Affairs (BMAS) and Federal Institute for Occupational Safety and Health (BAuA). BMAS/ BAuA, Berlin, 2015. p: 86-88.
13. **Żołnierczyk-Zreda D**. Pawłowska-Cyprysiak K, Bugajska, J. Optymalizacja psychospołecznych warunków w miejscu pracy w aspekcie potrzeb pracowników wynikających z różnego rodzaju niepełnosprawności. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*. 2016; I/18:143-162.

## 5.1. Podsumowanie analizy bibliometrycznej i dorobku naukowego

Mój łączny dorobek obejmuje 57 publikacji pełnotekstowych (25 z nich w języku angielskim), z których 7 stanowi cykl publikacji przedstawionych jako dzieło. W tym, jestem autorem i współautorem 4 rozdziałów w monografiach naukowych (3 w języku angielskim) oraz autorem 5 podręczników ([Załącznik 4](#)).

Numeryczne wskaźniki powyższego dorobku wynoszą:

- Według wskaźnika oddziaływania (Impact Factor) -**20,680 punkty**
- Według punktacji MNiSW - **444 punkty** (tylko artykuły)

Liczba cytowań publikacji (bez autocytowań) według bazy:

- Web of Science – **91**

Index Hirsha według bazy

- Web of Science – **5**

## 5.2. Udział w międzynarodowych i krajowych projektach badawczych:

### 5.2.1. Projekty międzynarodowe:

1. VI Projekt Ramowy Komisji Europejskiej „**Advanced Interactive Materials**” (AIMs) koordynowany przez Uniwersytet w Dortmundzie, 2004-2008.
2. VI Projekt Ramowy Komisji Europejskiej pn. “**Psychosocial Risk Management – European Framework PRIMA-EF**”, koordynowany przez Uniwersytet w Nottingham, 2006-2008.
3. Projekt Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy w Bilbao, TC RO PO501 „**Stress in figures**”, 2005-2006.
4. Projekt Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy w Bilbao, TC RO PO601 “**Work–related stress**”, 2006-2007.
5. Projekt Komisji Europejskiej, „**Europejski Dialog Społeczny jako instrument wdrażający Ramowe Porozumienie Dotyczące Prześladowania i Przemocy w Pracy w 4 krajach członkowskich**”, koordynator – NSZZ „Solidarność”, 2007-2009.
6. Projekt Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy w Bilbao „**European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks ESENER**”, 2008-2009.
7. Projekt Komisji Europejskiej *Lifelong Learning Programme Leonardo da Vinci* “**Psychosocial Risk Management – Vocational Education and Training (PRIM-eT)**”, koordynowany przez Uniwersytet w Nottingham, Wlk. Brytania, 2009-2011.
8. VII Projekt Ramowy Komisji Europejskiej “**Coordination Support for Early Implementation of Joint Programming Initiative: More Years Better Lives- the potential and Challenges of demographic Change**”, koordynowany przez VDI/VDE INNOVATION + TECHNIK GMBH, Niemcy, 2012-2015
9. Projekt Komisji Europejskiej, *Horizon 2020* N° 723373. „**Smart and adaptive interfaces for INCLUSIVE work environment**”, koordynowany przez Uniwersytet Modena and Reggio Emilia, Modena, Włochy, 2018-2020
10. Projekt Komisji Europejskiej, *Horizon 2020* N° 826299. „**Smart, Personalized and Adaptive ICT Solutions for Active, Healthy and Productive Ageing with enhanced Workability**”, koordynowany przez Information Technologies Institute w Tessalonikach, Grecja, 2018-2020.



### 5.2.2. Projekty krajowe

1. Strategiczny Program Rządowy „**Opracowanie i sprawdzenie skuteczności procedury modyfikacji patologicznego Wzoru A jako profilaktyka stresu i chorób pracowników**” (1998-2000). Kierownik projektu.
2. Praca Statutowa CIOP (IV.01.) pt. „**Stres w pracy u osób o Wzorze A i B i różnym poziomie reaktywności, interwencja nastawiona na przeciwdziałanie temu stresowi**” (1999-2001). Kierownik projektu.
3. Strategiczny Program Rządowy „**Opracowanie modelu zarządzania stresem psychospołecznym w miejscu pracy jako element promocji zdrowia**”. (1998-2001). Współwykonawca.
4. Program Wieloletni pn. „Dostosowywanie warunków pracy w Polsce do standardów w Unii Europejskiej” „**Badanie mechanizmów przeciwdziałania stresowi zawodowemu u pracowników wybranych grup zawodowych poddawanych zróżnicowanym programom antystresowym**”. (2002- 2004). Kierownik projektu.
5. Program Wieloletni pn. „Dostosowywanie warunków pracy w Polsce do standardów w Unii Europejskiej” I etap, „**Program psychologicznego wsparcia dla pracowników dotkniętych negatywnymi skutkami stresu w pracy**”. (2005-2007). Kierownik projektu
6. Program Wieloletni pn. „Dostosowywanie warunków pracy w Polsce do standardów w Unii Europejskiej” II etap, „**Wymagania czasowe pracy oraz styl przywództwa stosowany w organizacji a dobrostan psychiczny i mobbing w miejscu pracy**”. (2008-2010). Kierownik projektu
7. Program Wieloletni pn. „Dostosowywanie warunków pracy w Polsce do standardów w Unii Europejskiej” II etap, „**Badanie wpływu psychospołecznych warunków pracy na częstość występowania zaburzeń mięśniowo-szkieletowych**”, (2008-2010). Współwykonawca
8. Praca Statutowa CIOP-PIB realizowana w latach 2011-2012 „**Metody przeciwdziałania stresowi w pracy- metody skierowane na organizację oraz na pracownika**”. Kierownik projektu
9. Program Wieloletni pn. „Dostosowywanie warunków pracy w Polsce do standardów w Unii Europejskiej” II etap, „**Badanie dotyczące psychospołecznych uwarunkowań motywacji do podejmowania pracy zawodowej przez osoby niepełnosprawne w Polsce**”. (2008-2010). Współwykonawca