

Człowiek w środowisku pracy

Przyszłość jest teraz

pod redakcją Barbary Chomętowskiej,
Iwony Janiak-Rejno, Alicji Smolbik-Jęczmień
i Agnieszki Żarczyńskiej-Dobiesz



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2025

Recenzja
Alicja Miś

Redakcja wydawnicza
Aleksandra Śliwka

Korekta
Justyna Mroczkowska-Lepka

Skład i łamanie
Adam Dębski

Projekt okładki
Beata Dębska

Na okładce wykorzystano zdjęcie z zasobów 123rf.com

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2025

Publikacja dostępna na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0). Skrócona treść licencji na <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl>

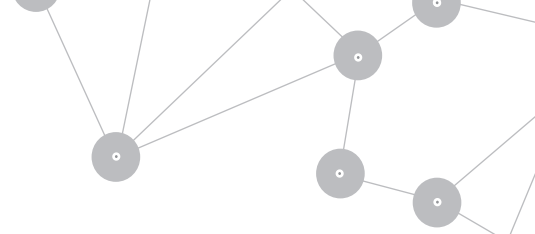


ISBN 978-83-68394-05-4 (wersja elektroniczna)

DOI: 10.15611/2025.05.4

Cytuj jako: Chomątowska, B., Janiak-Rejno, I., Smolbik-Jęczmień, A. i Żarczyńska-Dobiesz, A. (red.). (2025). *Człowiek w środowisku pracy. Przyszłość jest teraz*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Druk i oprawa: TOTEM



9 Człowiek i jego dobrostan w środowisku pracy*

Zdrowie to nie wszystko, ale bez zdrowia wszystko jest niczym.

(Schopenhauer, 2019)

9.1. Zdrowie psychiczne i dobrostan

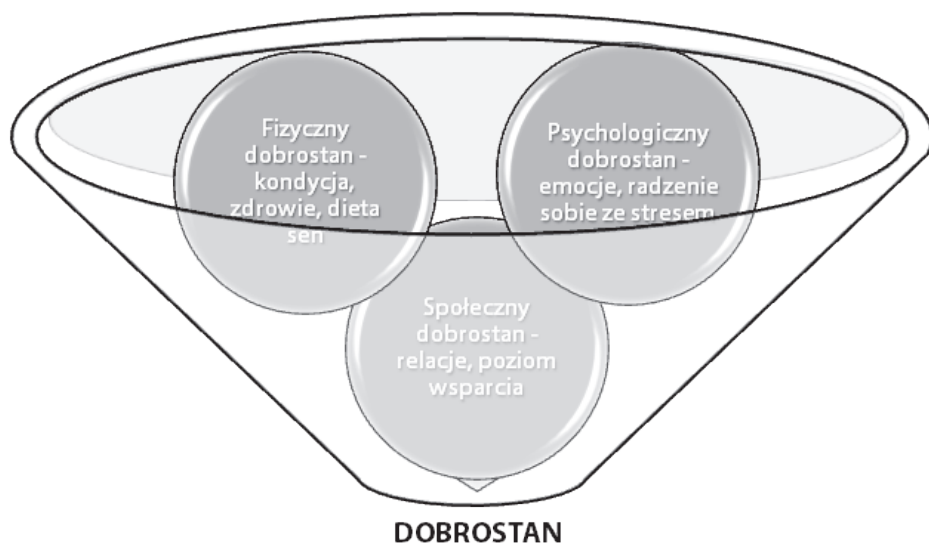
Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie psychiczne jako stan dobrostanu, w którym osoba doświadcza poczucia realizacji własnego potencjału, radzi sobie z codziennymi uciążliwościami i może pracować produktywnie, jak również ma poczucie przynależności do społeczności (WHO, 2005). Z definicji owej wynika, że zdrowie psychiczne i dobrostan to powiązane ze sobą określenia. Dobrostan czy też *well-being* jest także obecnie jednym z istotnych tematów podejmowanych zarówno w dyskusji naukowej, co odzwierciedla się w licznych projektach naukowych (kilkanaście „calls” w programach Horyzont 2020 oraz Horyzont Europa), jak i w dyskusjach społecznych (ILO, 2022; WHO, 2022). Również w praktyce biznesowej coraz więcej organizacji podejmuje działania związane z dbałością o dobrostan psychospołeczny i fizyczny pracowników (Deloitte, 2024; McKinsey, 2024). Liczne opracowania naukowe dotyczą tworzenia modeli opisujących samo zagadnienie (dobrostan hedonistyczny, eudajmonistyczny, subiektywny, fizyczny, psychiczny, społeczny, osobisty, relacyjny itd.), jak również czynniki wpływające na jego kształtowanie. W ramach licznych koncepcji dobrostanu w pracy (*well-being at work*) wskazuje się zarówno na metody i działania związane z zarządzaniem interwencjami wellbeingowymi, jak i same kompetencje związane z utrzymaniem dobrostanu własnego lub innych.

Dobrostan definiuje się najogólniej jako subiektywną ocenę życia jednostki, uwzględniając aspekty społeczne, zdrowotne i materialne (Kitayama i in., 2000; Searle, 2009). Diener (1984) określił dobrostan jako subiektywną ocenę życia, w której wyróżnia się dwa główne typy dobrostanu: hedonistyczny i eudajmonistyczny. Pierwszy z nich związany jest z odczuwaniem przyjemności oraz unikaniem bólu i obejmuje zarówno fizyczne, jak i psychiczne aspekty przyjemności (Kahnemann i in., 1999). Drugi typ – eudajmonistyczny – odnosi się do poczucia wartości i realizacji osobistego potencjału (Deci i Ryan, 2008). Istnieje również wiele teorii dobrostanu w ujęciu pewnej konkretnej cechy czy dziedziny życia jednostki. Są to teorie satysfakcji ogólnej i dzie-

* Dorota Molek-Winiarska, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
e-mail: dorota.molek-winiarska@ue.wroc.pl; ORCID: 0000-0001-8554-6771

dzinowej (Bockerman i Ilmakunnas, 2010; Edmans, 2011), emocjonalności (Bastian i in., 2014; Diener i in., 2018) oraz poczucia szczęścia (Lyubomirsky i Lepper, 1999). Powiązane z dobrostanem pozostają również poczucie zaangażowania, sensu i *flow*, poczucie koherencji, motywacji wewnętrznej, akceptacji, skuteczności czy wreszcie powołania.

Jeden z modeli kompleksowo ujmujących dobrostan wskazuje na jego trzy obszary – psychologiczny, fizyczny i społeczny (Johnson i in., 2018) (rysunek 9.1).



Rysunek 9.1. Trzy komponenty dobrostanu

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Johnson i in., 2018, s. 4).

Dobrostan w pracy jest zasadniczo definiowany tak samo jak dobrostan ogólny (Robertson i Cooper, 2011), choć jego badanie i rezultaty z tym związane dotyczą głównie aspektów zawodowych – satysfakcji, zaangażowania oraz produktywności w pracy. Badacze podkreślają, że chociaż na wiele obszarów naszego dobrego samopoczucia w pracy wpływają aspekty, które nie są związane z pracą, to jednak to, co dzieje się w pracy, jest najważniejszym czynnikiem przyczyniającym się do dobrego samopoczucia w środowisku pracy (Cartwright i Cooper, 2014).

9.2. Skutki zaburzenia dobrostanu w środowisku pracy

Skutki braku dbałości o dobrostan w środowisku pracy mają wymiary psychosomatyczny, społeczny i ekonomiczny. Zaniechanie działań interwencyjnych w celu utrzymania lub polepszenia dobrostanu w pracy wiąże się najczęściej z występowaniem przewlekłego stresu w pracy. Selye (1977) na podstawie licznych badań udowodnił, że w wyniku długotrwałego stresu może dojść do trwałych zaburzeń psychosomatycznych. Badania prowadzone przez kilka dekad wskazują na szczególnie silne związki

między chronicznym stresem a chorobami z nim powiązanymi (Molek-Winiarska, 2020), takimi jak:

- choroby serca i układu krwionośnego, a w szczególności choroba wieńcowa, zapalenie mięśnia sercowego, nadciśnienie, miażdżyca i udary (Münzel i in., 2022; Taouk i in., 2020),
- dolegliwości mięśniowo-szkieletowe, głównie bóle karku oraz górnej i dolnej części pleców (Leka i Jain, 2010; Sobeih i in., 2006),
- zaburzenia psychiczne, a głównie depresja (Bonde, 2008; Netterstrøm i in., 2008), zaburzenia afektywne, nerwice lękowe, nerwice natręctw (Pereira-Morales i in., 2017),
- choroby endokrynologiczne, a w szczególności cukrzyca, potwierdzona głównie u kobiet (Heraclides i in., 2009; Smith i in., 2012),
- choroby układu pokarmowego, zaburzenia trawienia, choroby wrzodowe (Baritaki i in., 2019),
- choroby autoimmunologiczne, zaburzenia tarczycy (np. Hashimoto), nadnerczy (choroba Addisona), schorzenia neurologiczne, choroby skóry, choroby tkanki łącznej i in. (Landeo-Gutierrez i Celedón, 2020; Sharif i in. 2018).

Systematyczne badania dotyczące związków stresu w pracy z chorobami somatycznymi wskazują na szczególne znaczenie takich czynników, jak: praca w nadgodzinach (Boedeker i in., 2007), zbyt wysokie wymagania w pracy oraz dysfunkcyjne relacje społeczne związane z konfliktami, mobbingiem i molestowaniem w pracy (Xu i in., 2019).

Brak dobrostanu i przewlekły stres są także przyczynami wypalenia zawodowego definiowanego przez Maslach i Leitera (2011) jako konstrukt składający się z trzech elementów:

- wyczerpania emocjonalnego (obniżony nastrój, niepokój, zniechęcenie, rozczarowanie, uczucie bezradności),
- depersonalizacji, czyli obojętnego, a czasem nawet wrogiego stosunku do innego człowieka,
- poczucia braku dokonań w pracy (pesymizm, niska samoocena dotycząca swoich możliwości zawodowych, poczucie niedoceny i własnej przegranej).

Badania nad wypaleniem zawodowym wskazują, że jego negatywne skutki dotyczą jednostki, organizacji i całego społeczeństwa. Wobec niniejszego Światowa Organizacja Zdrowia określiła wypalenie zawodowe w znowelizowanej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD 11 jako syndrom zawodowy, który może prowadzić do poważnych chorób (WHO, 2022).

Z analiz prowadzonych przez Maslach i Leitera (2011) wynika, że skala wypalenia zawodowego znacznie wzrasta. Przesunięcie gospodarek wielu państw z sektora przemysłowego do usługowego wiąże się ze zwiększeniem częstotliwości nawiązywania relacji i zależności międzyludzkich. Z drugiej strony znaczna digitalizacja i rozwój ICT wpływają na zubożenie umiejętności bezpośredniego porozumiewania się z innymi i kontroli emocjonalnej. Taka konstelacja czynników środowiskowych i orga-

nizacyjnych powoduje, że coraz częściej można obserwować symptomy wypalenia zawodowego w różnych branżach.

Brak dobrostanu i utrzymujący się przewlekły stres w środowisku pracy generują choroby, które stanowią ogromny koszt społeczny w wielu krajach. Powszechność chorób układu sercowo-naczyniowego jest tak duża, że odsetek udziału kosztów leczenia tych chorób w ogólnych kosztach opieki zdrowotnej wynosi w Europie od 5% w Danii i Luksemburgu do 17% w Estonii, Łotwie i w Polsce.

Szacuje się, że w krajach UE bezpośredni koszt leczenia zaburzeń mięśniowo-szkieletowych rocznie osiąga poziom 2% PKB, a dodatkowo koszt leczenia specyficznych schorzeń kręgosłupa i stawów waha się w granicach 12-45 mld euro rocznie (Lundkvist i in., 2008).

W odniesieniu do zaburzeń depresyjnych dane zbierane przez badaczy w 28 krajach UE wskazują, że roczny koszt związany z leczeniem i skutkami ekonomiczno-społecznymi depresji to ok. 118 mld euro, co stanowi 1% PKB dla Europy (Sobocki i in., 2006). 1,5-3% PKB konsumuje leczenie uzależnień (Manthey i in., 2021; Włodarczyk, 2018). Podaje się również, że koszty leczenia osób z chorobami psychicznymi znacznie wzrosły w ostatnich kilku latach.

Koszty związane z leczeniem cukrzycy najczęściej obejmują zarówno pierwszy, jak i drugi jej typ. Badaniami prowadzonymi w tej kwestii objęte były tylko niektóre kraje UE. Wyniki tych badań wskazują na straty rzędu 90 mld euro (Kanavos i in., 2012). Według badań prowadzonych w USA koszty leczenia cukrzycy od 2007 do 2012 roku wzrosły o 41% (Riddle i Herman, 2018). Całościowy koszt w 2012 roku oszacowano na 245 mld dol. rocznie, w Kanadzie zaś na 6,3 mld dol. kanadyjskich (Bilandzic i Rosella, 2017) i określono, że koszty te zwiększają się rokrocznie.

Przewlekły stres i zaburzenia dobrostanu w środowisku pracy mają swoje skutki także w postaci spadku produktywności i zaangażowania w pracy, zwiększonej absencji i fluktuacji oraz wypadkowości. Obserwuje się również wzrost prezentyzmu, czyli obniżonej wydajności pracy na skutek bycia w pracy pomimo złego stanu zdrowia, a także liczne zachowania kontrproduktywne i spadek morale (Brunner i in., 2019; Cox i in., 2000). Obecnie zwraca się również uwagę, że brak dbałości ze strony organizacji o dobrostan i równowagę między pracą a życiem prywatnym skutkuje zintensyfikowaniem zjawiska wielkiej rezygnacji (*great resignation*) i cichych odejść (*quiet quitting*) z pracy (Ng i Stanton, 2023; Serenko, 2023).

Zaniedbywanie działań utrzymujących lub podnoszących dobrostan w pracy oraz brak podejmowania działań redukujących stres są przyczynami wzrastających kosztów organizacyjnych. Wynikają one z wymienionych powyżej skutków stresu przewlekłego, głównie absencji, fluktuacji i wypadkowości (Cox i in., 2007; EU-OSHA, 2020). Dodatkowo można również wskazać na koszty wysokich opłat za pakiety usług medycznych, z których korzystają pracownicy (w niektórych krajach/organizacjach), procesów sądowych, odszkodowań na skutek utraty zdrowia czy intensywnych działań PR (*Public Relations*) lub EB (*Employer Branding*), aby naprawić pogarszający się wizerunek firmy.

Wszystkie wymienione zjawiska mają związek ze stresem w środowisku pracy, choć nie oznacza to, że całość kosztów z nimi związanych jest skutkiem stresu. Z danych uzyskanych w różnych badaniach na przełomie kilkunastu lat wynika, że koszty organizacyjne stresu w przeliczeniu na jednego pracownika mogą się wahać w granicach 150-1800 euro rocznie (EU-OSHA, 2014; Hassard i in., 2018). Dane z różnych krajów Europy są bardzo zróżnicowane: w Niemczech wynoszą one 2000-2400 euro, w Wielkiej Brytanii – 1035 funtów, w Szwajcarii – 755 franków szwajcarskich, a dla porównania w USA wskazuje się nawet 2770 dol. w przeliczeniu na 1 pracownika rocznie (EU-OSHA, 2014). Instytut Gallupa w ostatnim badaniu ankietowym z 2022 roku podaje, że koszt absencji z powodu złego stanu psychicznego to 340 dol. na pracownika rocznie (Witters, 2022). Niezależnie jednak od kwoty i sposobu jej przeliczania ogromna liczba zarówno publikacji naukowych, jak i raportów różnych instytucji konsultingowych wskazuje, że korzystniejsza jest profilaktyka niż leczenie. Oznacza to, że zdecydowanie bardziej opłaca się pracodawcom oraz społeczeństwom inwestować w działania wellbeingowe, niż ponosić koszty nadmiernego stresu i chorób z nim związanych.

Niewątpliwie trwałym i głębokim zaburzeniem dobrostanu są dysfunkcyjne i patologiczne środowiska pracy, w których prócz opisanego wcześniej przewlekłego stresu oraz wypalenia zawodowego pojawiają się zjawiska związane z mobbingiem, molestowaniem czy przemocą w pracy.

Mobbing to systematyczne i długotrwałe nękanie lub prześladowanie pracownika w miejscu pracy, mające na celu jego poniżenie, ośmieszenie lub wykluczenie (Bechowska-Gebhardt i Stadlewski, 2004; Leymann, 1990). Przyczyną mobbingu może być dysfunkcyjna kultura organizacyjna, gdzie promowane są działania oparte na rywalizacji, dominacji i braku szacunku wobec innych (Schindeler i in., 2016; Vartia, 1996). Mobbing może także wynikać z niskiej samooceny przełożonych lub współpracowników, którzy próbują zyskać kontrolę poprzez poniżanie innych. Inną przyczyną mobbingu jest zazdrość o sukcesy zawodowe lub awanse danego pracownika (Einarsen i in., 2003). Skutki mobbingu obejmują obniżenie poczucia własnej wartości, lęk, stres i wypalenie zawodowe. Osoby dotknięte mobbingiem doświadczają także problemów zdrowotnych, takich jak bezsenność, bóle głowy czy zaburzenia żołądkowe. Mobbing w organizacjach prowadzi do obniżenia morale wśród pracowników oraz wzrostu rotacji pracowniczej. Zjawisko to wpływa negatywnie na efektywność pracy i zyski przedsiębiorstwa (Roguska-Kikoła i Piwowarska-Reszka, 2014; Salin i in., 2019). Mobbing często łączy się z przemocą i zachowaniami agresywnymi w pracy. Są to działania werbalne, psychologiczne lub fizyczne, które mają na celu zastraszenie, zranienie lub wywołanie szkody u innego pracownika (Schindeler i in., 2016). Przyczyną takich zachowań może być nadmierny stres, frustracja lub rywalizacja wynikająca z presji zawodowej. Innym powodem agresji w miejscu pracy mogą być konflikty interpersonalne, brak umiejętności radzenia sobie z emocjami lub dysfunkcyjna kultura organizacyjna. Skutki przemocy to obniżenie morale, wzrost napięcia i stresu wśród pracowników oraz spadek efektywności pracy. Długotrwała przemoc w miejscu pracy

może prowadzić do zwiększonej rotacji pracowników oraz pogorszenia zdrowia psychicznego i fizycznego osób nią dotkniętych.

Molestowanie w pracy to kolejne patologiczne zachowania o charakterze seksualnym lub innym, które naruszają godność pracownika i tworzą wrogie, zastraszające lub poniżające środowisko pracy (Pryor i Fitzgerald, 2003). Przyczyną molestowania może być nadużycie władzy przez przełożonych lub współpracowników, którzy wykorzystują swoją pozycję do uzyskania korzyści seksualnych lub innych (Warylewski, 1999). Często molestowanie wynika z braku odpowiedniej edukacji na temat granic nietykalności cielesnej oraz braku reakcji na pierwsze sygnały nieodpowiednich zachowań. Inną przyczyną to kultura organizacyjna, która nie potępia takich zachowań ani im nie zapobiega, tolerując dyskryminację i seksizm. Skutki molestowania obejmują poczucie upokorzenia, wstydu, strachu i lęku, co może prowadzić do poważnych problemów psychicznych, takich jak depresja lub nerwice (Houle i in., 2009; McLaughlin i in., 2017). Ofiary molestowania często doświadczają pogorszenia zdrowia fizycznego, co objawia się np. problemami ze snem, bólami głowy czy zaburzeniami trawienia. Molestowanie może prowadzić do wypalenia zawodowego oraz utraty zaangażowania w pracę, co przekłada się na spadek efektywności pracownika (Fitzgerald i in., 1994). W skrajnych przypadkach może dojść do konieczności odejścia z pracy, a nawet prób samobójczych. Te dramatyczne i patologiczne zjawiska zaburzające dobrostan pracownika w miejscu pracy są regulowane poprzez działania prawne obligujące pracodawcę do posiadania procedur diagnozujących i eliminujących je ze środowiska pracy. Niemniej jednak wpływają one szeroko na zaburzenie dobrostanu zarówno ofiar, jak i pozostałych pracowników będących świadkami patologicznych zdarzeń. Istotne jest więc, aby nie dopuszczać do ich powstania.

9.3. Interwencje wellbeingowe w środowisku pracy

Dotychczasowe rozważania na temat skutków i kosztów stresu oraz dysfunkcyjnego środowiska pracy jednoznacznie wskazują, że dbałość o dobrostan w pracy to nie tylko przywilej, ale właściwie zobowiązanie. Na podstawie badań naukowych można stwierdzić, że redukcja stresu następuje między innymi poprzez wzmacnianie mechanizmów radzenia sobie z nim lub poprzez możliwość rozwijania technik antystresowych.

Zgodnie z teorią zachowania zasobów Hobfolla (1989) stres może wyczerpywać zasoby człowieka, a uszczuplone zasoby powodują trudności w radzeniu sobie z wymaganiami środowiska pracy. Dlatego znaczna część działań związanych z utrzymaniem lub podnoszeniem dobrostanu w pracy skupia się na budowaniu zasobów pracowników, tak by potrafili oni radzić sobie z wymaganiami pracy w zmieniającym się otoczeniu organizacyjnym. Działania takie nazywa się interwencjami wellbeingowymi (Johnson i in., 2018) lub nieco bardziej wąsko – antystresowymi (Cox i in., 2007; Dalgren i Gard, 2013). Niekiedy działania takie ujmowane są nieco szerzej – jako interwencje związane ze zdrowiem zawodowym (Nielsen i Noblet, 2018) lub ogólną koncepcją Wellness (Stelmasiak, 2021). Interwencje takie określa się jako zaplanowane i koordynowane działania mające na celu tworzenie zdrowego środowiska pracy

i przeciwdziałanie nadmiernemu stresowi i jego skutkom. W związku z tym mogą one być ukierunkowane na trzy różne cele (Cox i in., 2007; Dalgren i Gard, 2013; LaMontagne i in., 2007; Richardson i Rothstein, 2008):

- pierwszego rodzaju, które zmniejszają lub eliminują źródła ryzyka psychospołecznego (np. projektowanie i ergonomia pracy),
- drugiego rodzaju, które wspierają zdolność pracowników do radzenia sobie ze stresem i złą kondycją psychiczną,
- trzeciego rodzaju, które są psychologicznymi lub medycznymi interwencjami w radzeniu sobie z negatywnymi skutkami ryzyka psychospołecznego, wypalenia zawodowego itp.

Działania związane z poprawą dobrostanu w pracy mogą być realizowane dla różnych grup pracowników i mieć różny zasięg oddziaływania. Zgodnie z modelem IGLO (Nielsen i in., 2017) istnieją cztery rodzaje interwencji. Pierwsze to działania na poziomie jednostkowym. Są zazwyczaj skierowane bezpośrednio na poprawę dobrostanu pracowników i zwiększenie możliwości radzenia sobie z presją w pracy. Najczęściej należą one do interwencji drugiego i trzeciego rodzaju. Można wymienić wśród nich m.in. szkolenia z zakresu zarządzania stresem, relaksacji, uważności, budowania odporności psychicznej oraz treningi interpersonalne i promowanie aktywności fizycznej (Cox i in., 2007; Molek-Winiarska, 2020). Drugi rodzaj to działania przeznaczone dla zespołów pracowniczych. Są one skoncentrowane na procesach grupowych, w ramach których np. członkowie zespołu pracują wspólnie nad usprawnieniem procesu pracy w grupie lub nad poprawą jakości komunikacji. Tego typu aktywności realizują cele pierwszego i drugiego rodzaju. Interwencje trzeciego typu skupiają się na wspieraniu liderów i koncentrują się na kwestiach zarządzania, przywództwa i udzielania wsparcia pracownikom. Mogą dotyczyć np. rozwoju umiejętności i możliwości wspierania podwładnych, których dotyczą problemy związane ze stresem i ze zdrowiem psychicznym, lub rozwijania umiejętności dotyczących efektywnego zarządzania zespołem. Warto dodać, że ostatnie rekomendacje WHO dotyczące interwencji związanych ze zdrowiem w pracy wskazują, że największy wpływ na ogólne samopoczucie i zdrowie psychiczne pracowników mają menedżerowie i działania zorientowane na tę grupę przynoszą największe efekty w budowaniu dobrostanu w organizacjach (WHO, 2022). Ostatni typ interwencji to najbardziej ogólne działania, których celem są zmiany w sposobie funkcjonowania całej organizacji. Zazwyczaj są to interwencje pierwszego rodzaju, gdyż ich celem jest głównie diagnoza i eliminacja bądź redukcja potencjalnych czynników ryzyka (Nielsen i Noblet, 2018). Najczęściej są to działania długofalowe, powiązane ze strategią personalną firmy, służące poprawie organizacji i warunków pracy (Molek-Winiarska, 2020). Tego typu inicjatywy przynoszą większą korzyść przedsiębiorstwu w dłuższym okresie, jednakże są zazwyczaj bardziej czasochłonne i mogą pociągać za sobą wyższe koszty. Przykładem mogą być działania związane z ergonomią stanowisk pracy, wprowadzenie elastycznych form i czasu pracy lub zaimplementowanie zintegrowanych platform związanych z systematyczną dbałością o zdrowie pracowników. W tabeli 9.1 podano przykładowe interwencje w podziale na ich rodzaje i poziomy.

Tabela 9.1. Typologia interwencji wellbeingowych

Typ interwencji	Działania pierwszego rodzaju – prewencyjne	Działania drugiego rodzaju – wspierające	Działania trzeciego rodzaju – leczenie/rekonwalescencja
Poziom* indywidualny	– rekrutacja i selekcja na podstawie umiejętności radzenia sobie ze stresem, – selekcja medyczna na pod kątem stanu zdrowia i kondycji fizycznej – <i>job crafting</i> – kształtowanie indywidualnego środowiska i miejsca pracy	– szkolenia z zakresu umiejętności radzenia sobie ze stresem, oparte głównie na stosowaniu technik poznawczo-behawioralnych – szkolenia z zakresu umiejętności „miękkich” i psychologiczne (np. motywowanie, komunikacja, techniki sprzedaży, zarządzanie czasem itp.) – promocja aktywności fizycznej (ćwiczenia fizyczne, taniec, masaże) – szkolenia w zakresie relaksacji, medytacji – treningi uważności (MBSR)	– <i>Employee Assistance Programmes (EAP)</i>^{***} – terapia psychologiczna – urlopy typu sabbaticals – biofeedback – personalizowane programy/aplikacje wspierające zdrowie – wytryb życia
Poziom grupowy	– selekcja osób o odpowiednich/komplementarnych umiejętnościach – szkolenia międzykulturowe i z obszaru <i>diversity & inclusion</i>	– treningi z umiejętności regulacji i kontroli emocji w procesie grupowym – szkolenia z podstaw psychologii procesów społecznych	– wsparcie terapeutyczne/psychologiczne
Poziom lidera	– edukacja w zakresie ustalania czynników ryzyka psychospołecznego – szkolenia z zakresu zarządzania zespołami międzykulturowymi – edukacja w zakresie technostresu	– szkolenia z psychometrii i podstawowych zasad tworzenia narzędzi do badania stresu – treningi z umiejętności regulacji i kontroli emocji	– wsparcie terapeutyczne/psychologiczne dedykowane menedżerom
Poziom organizacyjny	– kontrola i poprawa ergonomii stanowisk pracy – wprowadzanie zmian w zakresie organizacji pracy (np. elastyczne formy czasu pracy, rotacja pracy; modyfikacje w zakresie zmianowego systemu pracy) – definiowanie ról zawodowych w celu użycia ich klarowności i uniknięcia konfliktu, przeciążenia czy też niejednoznaczności roli – zwiększanie poczucia podmiotowości poprzez zarządzanie partycypacyjne	– doskonalenie procesów komunikacji i podejmowania decyzji – tworzenie grup wsparcia informacyjnego i psychologicznego dla pracowników różnych szczebli, – oddziaływanie na zwiększanie sensu pracy (meaningfulness), – systematyczna edukacja menedżerów w zakresie profilaktyki zdrowia psychospołecznego podwładnych pracowników, – coaching i mentoring	– interwencje w zakresie leczenia i poprawy zdrowia zawodowego (pakiety merytoryczne) – elastyczne zasady i czas pracy dla pracowników wracających do pracy po długiej absencji chorobowej

* Działania na poziomie jednostkowym mogą dotyczyć również uczestników grup oraz liderów. W części poświęconej tym poziomom umieszczono jedynie specyficzne dla nich przykłady działań interwencyjnych. ** Programy rzadko spotykane w Polsce. Ich ideą jest indywidualne wsparcie pracownika w procesie utraty lub pogorszenia stanu zdrowia (również psychicznego) w wyniku długotrwałego stresu w pracy. Rehabilitacja i działania mające na celu polepszenie zdrowia są w pełni dostosowane do potrzeb pracownika.

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Cieślak i in., 2018; Graveling i in., 2008; Molek-Winiarska, 2020; Nielsen i Noblet, 2018; Richardson i Rothstein, 2008).

Niedawno Światowa Organizacja Zdrowia zleciła opracowanie wytycznych dotyczących zdrowia psychicznego w środowisku pracy (WHO, 2022). W kompleksowych wytycznych uwzględniono wszystkie aktualne dowody dotyczące ochrony zdrowia psychicznego i wspierania działań promujących tę ochronę i dbanie o dobrostan pracowników. Wytyczne mają na celu zapewnienie organizacjom ram, które pomogą im świadomie i skutecznie implementować działania wellbeingowe. Wytyczne WHO dotyczące zdrowia psychicznego w pracy opierają się na najnowszych dowodach empirycznych i w dużej mierze na opublikowanej, recenzowanej literaturze.

Wyniki badań na ponad 400 organizacjach w Polsce pokazują, że 59% przedsiębiorstw jest świadomych celowości wdrażania programów wellbeingowych, ale tylko około 30% wdrożyło je w ciągu ostatnich kilku lat. Wdrożenia zazwyczaj obejmowały interwencje na poziomie organizacyjnym, jak i indywidualnym, rzadziej grupowym czy dla liderów. Ocena skuteczności została przeprowadzona w zaledwie około jednej trzeciej organizacji i opierała się na szacunkach poziomów i źródeł stresu. Prawie żadna firma nie porównywała ekonomicznych i psychospołecznych kosztów stresu przed i po wdrożeniu programu wellbeingowego (Molek-Winiarska i Molek-Kozakowska, 2020).

9.4. Efektywność interwencji wellbeingowych w środowisku pracy

Dobrostan w środowisku pracy rozpatruje się nie tylko w obszarze satysfakcji, zaangażowania czy motywacji, ale także efektywności pracy. Ma on znaczący wpływ na wydajność pracy, poziom absencji, liczbę wypadków przy pracy lub fluktuację personelu (Molek-Winiarska, 2020; Robertson i Cooper, 2011). Badania wskazują, że wysoki poziom wellbeingu wpływa w sposób bezpośredni i pośredni na produktywność (Isham i in., 2021). Przykładowo badania Robertsona i in. (2012) na próbie 9000 pracowników wskazują, że można przewidzieć wzrost produktywności poprzez analizę poziomu wellbeingu. Opłacalność działań wellbeingowych można szacować także na podstawie porównania wydatków na tego typu aktywności z kosztami stresu i braku takich interwencji. Wydatek związany z wdrożeniem interwencji antystresowej wynosi średnio między 100 a 450 euro na jednego pracownika rocznie (Cascio i Boudreau, 2011; EU-OSHA, 2009). Można zatem wnioskować, że w porównaniu z kosztem stresu interwencja wellbeingowa zazwyczaj jest opłacalna, nie mówiąc o podejściu humanistycznym czy CSR. Dodatkowo wiele analiz zwrotu z takiej inwestycji wskazuje na dwu-, pięcio-, a nawet kilkunastokrotny zwrot w postaci zwiększenia produktywności pracowników i redukcji kosztów, które wspomniane zostały wcześniej. Taki zwrot można obserwować już po kilku miesiącach od wdrożenia interwencji, a zazwyczaj po roku. Przykładowo w badaniach Coxa i in. (2000) 1 dol. wydany na realizację programu na poziomie jednostki przynosi do 5,5 dol. zysku dla organizacji w następstwie wzrostu wydajności pracy i zmniejszenia siły objawów stresu. Inne dane wskazują, że średni zwrot z inwestycji 1 dol. w programy profilaktyki zdrowotnej wyniósł 6 oraz 13 dol.;

13 w następstwie spadku absencji i zwiększenia produktywności (Cascio i Boudreau, 2011). W badaniach holenderskich wskazano, że spadek absencji o 3% w następstwie programów redukujących stres przyniósł 40 mln euro oszczędności (Houtmani in., 2007), a w brytyjskich – 1,13 mln funtów w ciągu dwóch lat od wdrożenia (EU-OSHA, 2009). Spośród 90 interwencji analizowanych przez LaMontagne'a i in. (2007) w ośmiu z nich dokonano analizy kosztów i zysków. We wszystkich osiągnięto zysk z wdrożonej interwencji wynikający ze spadku absencji, wzrostu sprzedaży oraz wydajności pracowników.

Ocena efektywności interwencji umożliwia oszacowanie, czy i w jakim zakresie dana interwencja utorowała realizację zamierzonych celów w określonym zakresie poprawy funkcjonowania pracownika oraz celów związanych z poprawą określonych wskaźników ekonomicznych w stosunku do poniesionych nakładów. W tego typu pomiarach wykorzystywane są analizy kosztowe czy analizy kosztów i korzyści z użyciem miary wskaźnika zwrotu z inwestycji (ROI – *Return of Investment*), np. analiza zwrotu kosztów wynikających z niższej absencji lub wypadkowości lub analiza wzrostu sprzedaży lub przychodów (Molek-Winiarska, 2020). Należy podkreślić, że w takim ujęciu efektywność programów *wellbeing* jest określana dość rzadko. W wielu przypadkach organizacje ograniczają się do badania skuteczności interwencji poprzez analizę poziomu lub odsetka absencji, fluktuacji, liczby i przyczyn wypadków przy pracy, a także poziomu prezentyzmu.

9.5. Indywidualne sposoby kształtowania dobrostanu

Analiza różnych działań *wellbeing*owych pokazuje szczególnie pozytywne skutki w redukcji stresu i utrzymania dobrostanu czterech rodzajów interwencji – aktywności fizycznej, technik poznawczo-behawioralnych, *mindfulness* oraz relaksacji (Matteson i Ivancevich, 1987).

Aktywność fizyczna to skuteczny sposób redukcji stresu przewlekłego. Stres w warunkach naturalnych jest reakcją instynktowną na zagrożenie życia lub zdrowia. Jego podstawowym zadaniem jest przygotowanie organizmu do walki albo ucieczki. Zachodzące w tym czasie reakcje fizjologiczne mają przygotować organizm do wysiłku fizycznego (Selye, 1977), który *de facto* nie następuje, gdy osoba zmaga się z codziennym stresem w pracy. Dzięki ćwiczeniom fizycznym następuje jakby „naturalna”, finalna faza odpowiedzi organizmu na stresor (Matteson i Ivancevich, 1987). Wpływ ćwiczeń fizycznych na redukcję stresu dotyczy zmian fizjologicznych i biochemicznych w organizmie; zwiększa się cyrkulacja krwi i większe jest uwalnianie glukozy, która z kolei przyczynia się do polepszenia transportu tlenu, a w konsekwencji poprawia działanie funkcji mentalnych (Grabowska i Zagrodzka, 2017). Liczne badania na przestrzeni lat wskazują na pozytywny wpływ aktywności fizycznej na redukcję dolegliwości somatycznych i lepsze radzenie sobie ze stresem (np. Fangi in., 2018; Graveling i in., 2008). Metaanaliza publikowanych i niepublikowanych w latach 1969-2007

interwencji dotyczących uprawiania aktywności fizycznej ukazuje wiele dowodów wpływu treningu fizycznego na redukcję stresu w pracy (Conni in., 2009).

Techniki poznawczo-behawioralne (*Cognitive-Behavioural Techniques*, CBT) skupiają się na modyfikacji sposobów myślenia wywołujących nieadekwatną, zbyt silną reakcję stresową. Człowiek uczy się rozpoznawać dysfunkcyjne przekonania, takie jak generalizacje, wyolbrzymienia czy personalizacje, a następnie eliminować je lub zmieniać na takie, które nie powodują silnej reakcji stresowej, a w dalszej kolejności wywołują motywację do konkretnego działania. Modyfikacja myślenia prowadzi do modyfikacji zachowania, które staje się ukierunkowane na efektywne rozwiązanie sytuacji trudnej. Badania przeprowadzone przez van der Klinka i in. (2001) oraz Richardson i Rothstein (2008) wskazują, iż największą skuteczność w redukcji stresu wykryto w treningach opartych na podejściu poznawczo-behawioralnym w porównaniu z innymi typami interwencji. Także badania Querstreta i in. (2016) wskazały, że trening CBT redukuje dyskomfort i zmęczenie w pracy.

Trening uważności (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR) został opracowany w latach siedemdziesiątych przez Kabat-Zinna. Pozytywne efekty treningu uważności w postaci subiektywnego odczucia poprawy jakości życia oraz efektywniejszego kontrolowania emocji były niejednokrotnie badane i są potwierdzone naukowo (Baeri in., 2006; Lowi in., 2008). Chaskalson (2011) oraz Williams i Penman (2011) wskazują na pewne podstawowe zasady stosowane w MBSR:

- oddzielanie obserwacji wydarzeń i ludzi bez natychmiastowego oceniania,
- wyłączenie automatycznego, rutynowego reagowania na sytuacje życiowe,
- przyjmowanie każdego momentu życia w całkowicie świadomy sposób,
- doświadczanie emocji bez poczucia braku panowania nad nimi.

W literaturze przedmiotu można znaleźć zastosowanie MBSR zarówno w korporacjach, jak i w działalności oświatowej, psychiatrycznej i medycznej (Bazarko i in., 2013; Gotink i in., 2016; Lengacher i in., 2015). Niektóre badania potwierdzają wpływ MBSR na spadek stresu i wzrost efektywności i satysfakcji z pracy, inne zaś nie. Przykładowo Galantino i in. (2005) wskazali na redukcję stresu w pracy po treningu uważności, choć jednocześnie nie znaleziono istotnych różnic w zakresie sekrecji kortyzolu oraz subiektywnego poczucia polepszenia się nastroju emocji, empatii.

Relaksacja polega na głębokim oddychaniu, tzw. przeponowym, oraz rozluźnianiu mięśni ciała. Jej celem jest zredukowanie napięcia psychicznego i fizycznego, a dzięki temu osiągnięcie stanu spokoju i wyciszenia. Relaksacja prowadzi do poczucia zadowolenia, uspokojenia, kontroli nad działaniami jednostki. W sensie fizjologicznym prowadzi do obniżenia ciśnienia krwi i tętna serca. Dzięki głębokiemu oddychaniu dostarczana jest do krwi duża ilość tlenu, co powoduje usunięcie nadmiaru adrenaliny i zredukowanie negatywnych objawów stresu. Jest wiele różnorodnych technik relaksacji. Jedne skupiają się na ćwiczeniach oddechowych, inne łączą oddychanie z napinaniem i rozluźnianiem mięśni (metoda Jacobsona, trening autogeny Schultza). Badania prowadzone nad skutecznością technik relaksacji wśród osób stosujących je regularnie jako techniki redukcji stresu zawodowego wskazują na popra-

wę dobrostanu, satysfakcji z życia i relacji z innymi (LaMontagne i in., 2007; Matteson i Ivancevich, 1987). Inne zaś badania nie wskazały jednoznacznie na skuteczność treningu relaksacji jako działania redukującego stres (Graveling i in., 2008). Z kolei badania takich autorów, jak Chellew i in. (2015) wskazały, że systematyczna relaksacja sprzyja obniżeniu subiektywnie odczuwanego stresu i obiektywnego miernika, jakim był poziom kortyzolu.

Niezależnie od wyboru określonego sposobu redukowania stresu i utrzymania dobrostanu warto wskazać dwie ważne zasady – elastyczności i refleksyjności. Osoby stosujące wiele różnych technik radzenia sobie ze stresem, które dodatkowo analizują ich przydatność i skuteczność w określonych sytuacjach życiowych, wydają się bardziej zadowolone oraz zdrowe we wszystkich obszarach dobrostanu.