

Przemysław Duchniewicz,
Magdalena Warszewska-Makuch,
Andrzej Najmiec, Zofia Mockało, Łukasz Baka

PROMOCJA ZDROWIA PSYCHICZNEGO W MIEJSCU PRACY

Wytyczne do przygotowywania i przeprowadzania
interwencji antystresowych w organizacji



PROMOCJA ZDROWIA PSYCHICZNEGO W MIEJSCU PRACY

WYTYCZNE
DO PRZYGOTOWYWANIA I PRZEPROWADZANIA
INTERWENCJI ANTYSTRESOWYCH W ORGANIZACJI

Przemysław Duchniewicz
Magdalena Warszewska-Makuch
Andrzej Najmiec
Zofia Mockało
Łukasz Baka

Materiały opracowane na podstawie wyników projektu pn. „Opracowanie wytycznych służących przygotowywaniu i przeprowadzaniu interwencji ukierunkowanych na zmniejszenie narażenia na stres wśród pracowników” realizowanego w latach 2017–2019 w ramach Narodowego Programu Zdrowia (Cel operacyjny 3. „Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa”). Wykonawca projektu: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.

Autorzy

dr Przemysław Duchniewicz – lekarz, psychoterapeuta ISTDP; dr Magdalena Warszewska-Makuch, mgr Andrzej Najmiec, mgr Zofia Mockało, dr hab. Łukasz Baka – Zakład Ergonomii – Pracownia Psychologii i Socjologii Pracy, Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy

Projekt okładki

Jolanta Maj

Opracowanie graficzne

Anna Antoniszewska

Opracowanie redakcyjne

Małgorzata Przybyszewska

© Copyright by Centralny Instytut Ochrony Pracy

– Państwowy Instytut Badawczy

Warszawa 2019

Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy

ul. Czerniakowska 16, 00-701 Warszawa

tel. 22 623 36 98, fax: 22 623 36 93, 623 36 95, <http://www.ciop.pl>

CIOP  **PIB**

Centralny Instytut Ochrony Pracy
- Państwowy Instytut Badawczy

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	4
Stres w pracy	5
Wytyczne do przygotowywania i przeprowadzania interwencji antystresowych w organizacji	8
Interwencja antystresowa przeprowadzona w ramach projektu	14
Polecane linki	23
Piśmiennictwo	24

WPROWADZENIE

Niniejsze materiały zostały przygotowane na podstawie wyników projektu pn. „Opracowanie wytycznych służących przygotowywaniu i przeprowadzaniu interwencji ukierunkowanych na zmniejszenie narażenia na stres wśród pracowników” realizowanego w latach 2017–2019 w ramach Narodowego Programu Zdrowia (Cel operacyjny 3. „Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa”) przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy. Kluczowym celem tego projektu było opracowanie wytycznych służących przeprowadzaniu interwencji antystresowych w miejscu pracy. Działania te zostały podjęte we współpracy z doświadczonym ekspertem tworzenia zdrowego miejsca pracy, w szczególności w obszarze minimalizowania ryzyk psychospołecznych, autorem nagradzanego, opisanego przez CIOP-PIB i EU-OSHA, kompleksowego międzynarodowego programu zdrowia w organizacji, dr. Przemysławem Duchnie-wiczem, który koordynował prace związane z przygotowaniem i wdrożeniem takich interwencji w projekcie oraz diagnozą ich skuteczności. Ta współpraca umożliwiła sformułowanie wytycznych, które z powodzeniem mogą być wykorzystywane przez specjalistów odpowiedzialnych za przeciwdziałanie negatywnemu wpływowi stresu na zdrowie pracowników. W efekcie prowadzonej interwencji liczba osób doświadczających zdrowego poziomu mobilizacji wzrosła o 65% (zmiana z 34% osób niedoświadczających dystresu do 53%). Szereg firm biorących udział w projekcie zdecydowało się na jego kontynuację – przy tym potrzeba ta została zakomunikowana przez pracowników oraz poszczególne biznesy, a nie przez centrale, co zwiększa prawdopodobieństwo wpisania tego typu działań w długoterminową strategię biznesową organizacji sektora finansowego oraz budowlanego.

Niniejsze opracowanie przedstawia sposoby promocji zdrowia psychicznego w miejscu pracy w odniesieniu do sytuacji, w których podstawowym źródłem problemów zdrowotnych pracowników jest potocznie rozumiany stres.

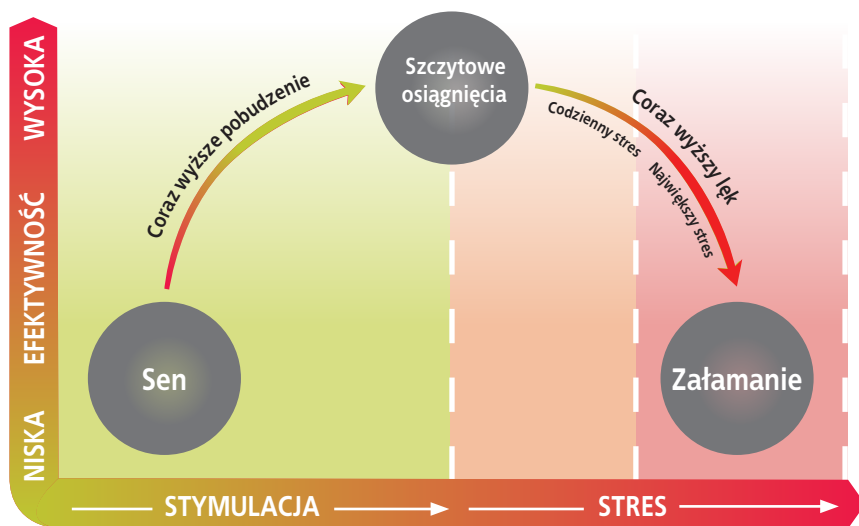
Stres jest reakcją lękową organizmu, która do pewnego momentu działa mobilizująco; zbyt szybki wzrost poziomu stresu oraz długie jego utrzymywanie się prowadzi jednak do zaburzeń, wypalenia i znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia depresji. U osób cierpiących z powodu stresu w miejscu pracy prawdopodobieństwo rozwinięcia pełnoobjawowej depresji wzrasta dwukrotnie.

Szacowane roczne koszty depresji dla 27 krajów Unii Europejskiej to ponad 620 miliardów euro rocznie. Składają się na nie koszty ponoszone przez pracodawców wynikające z absencji pracowników oraz ich nieefektywnej obecności w pracy (272 mld EUR), koszty utraty produktywności (242 mld EUR), koszty opieki zdrowotnej (63 mld EUR) oraz koszty opieki społecznej (39 mld EUR) (za: EU-OSHA, Calculating the cost of work related stress and psychosocial risks, 2014 [link 5.1])

STRES W PRACY

Każdy z nas doświadcza stresu – zarówno wynikającego z realnych zagrożeń otaczającego nas świata, jak i z naszych osobistych myśli, uczuć i problemów.

Stres może działać stymulująco, pobudzając nas do coraz większej efektywności, i wówczas bywa określany jako „pozytywny stres” bądź „eustres”. Po przekroczeniu poziomu tzw. „szczytowych osiągnięć” dalsza presja prowadzi jednak do tzw. negatywnego stresu – „dystresu” – i ostatecznie do załamania systemu (rys. 1).



Rysunek 1. Model stresu (źródło: Moyle P, Hackston J. (autorzy wersji angielskiej), Duchniewicz P. (autor wersji polskiej), Krótki przewodnik – zrozumieć stres (i swoją osobowość), OPP Ltd., Forid, 2016)

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie możliwości efektywnego zarządzania stresem w organizacji, rozumianym jako szereg elementów, takich jak: realna presja, presja postrzegana, zewnętrzna, wynikająca z fizycznych, społecznych i proceduralnych czynników organizacyjnych, wymagań stanowiska oraz wewnętrznych, osobistych uwarunkowań każdego pracownika (np. pragnienia bycia szanowanym, postrzeganym jako kompetentna osoba, lubianym, widzianym; sposobu widzenia siebie; wewnętrznego systemu przekonań; oczekiwań wobec siebie skutkujących myśleniem w kategoriach „powinienem, muszę”).

Wyniki dotychczasowych badań

79% menedżerów w krajach EU27 uważa, że stres w miejscu pracy jest istotnym czynnikiem, którym należy się zająć w sposób systemowy. Tymczasem tylko 30% organizacji w Europie ma wdrożone procedury radzenia sobie ze stresem w miejscu pracy (EU-OSHA 2010).

Na poziomie organizacyjnym skutki finansowe stresu związanego z pracą i zagrożeń psychospołecznych są związane z pogorszeniem wydajności, wyższym poziomem absencji i rotacji pracowników. Ważnym czynnikiem przekonującym szereg organizacji do wdrożenia programu zapobiegawczego jest wpływ stresu na wypadkowość.

Wśród pracowników, którzy twierdzą, że zawsze pracują pod presją, wskaźnik wypadków jest około pięciokrotnie wyższy niż w gronie pracowników, którzy podają, że nigdy nie podlegają pracy pod presją czasu (Eurofound 2007). Wyniki te odzwierciedlają zmiany zachodzące na rynku – jeszcze kilkanaście lat temu głównymi czynnikami wpływającymi na wypadkowość były otoczenie fizyczne oraz procedury, obecnie zaś kluczowe w tym zakresie jest zachowanie człowieka. Odczuwany w miejscu pracy stres wpływa nie tylko na zaangażowanie oraz ogólne samopoczucie, ale również na procesy percepcyjne i poznawcze.

Z badań przeprowadzonych w 1041 europejskich firmach wynika, że stres stanowi główny powód opracowywania i rozwijania różnych strategii organizacyjnych służących poprawie zdrowia pracowników, takich jak np. programy wellness/ promocji zdrowia w miejscu pracy (Buck Consultants, Global wellness report 2014). Ponad 60% pracodawców jako powód wdrożenia tego typu programów podaje chęć zwiększenia wydajności/produktywności pracowników (Working Well 2016). Przykładem jest firma Johnson & Johnson z siedzibą w Stanach Zjednoczonych, której wskaźnik ROI¹ wynosił w latach 2002–2008 od 1,88 do 3,92 na każdego dolara wydanego na programy typu Wellness (Henke i in. 2011).

W przeprowadzonej przez Loeppke i in. (2009) analizie kosztów różnego rodzaju chorób, depresja znalazła się na 1. miejscu, a lęk na 5. miejscu pod kątem wysokości poniesionych kosztów oraz zmniejszenia wydajności pracowników amerykańskich.

¹ ROI – wskaźnik rentowności mierzący poziom efektywności przedsiębiorstwa.

Rozkład kosztów²

- Depresja:
 - » Koszty medyczne – 50 tys. USD
 - » Leki – 25 tys. USD
 - » Absencja – 100 tys. USD
 - » Prezentyzm (nieefektywna obecność w pracy) – 180 tys. USD
- Lęk:
 - » Koszty medyczne – 5 tys. USD
 - » Leki – 10 tys. USD
 - » Absencja – 80 tys. USD
 - » Prezentyzm – 140 tys. USD

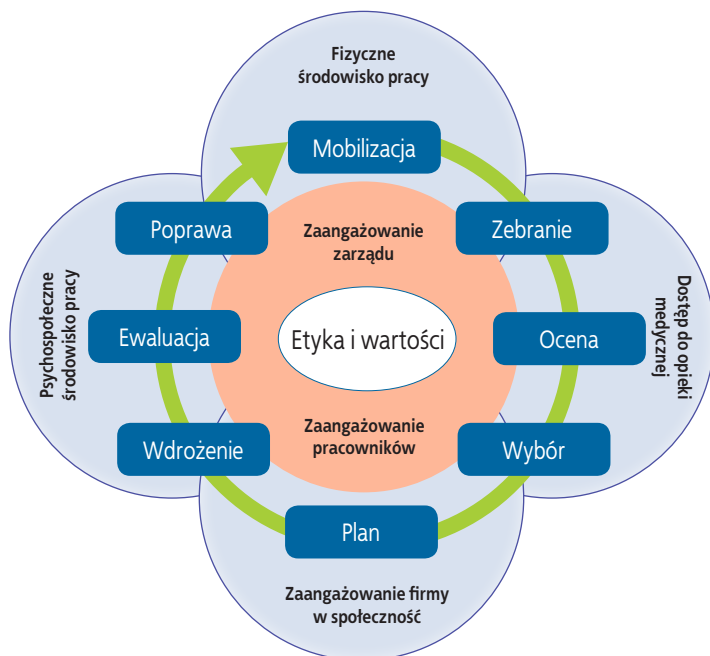
Obecnie na całym świecie ponad miliard osób cierpi na zaburzenia psychiczne. Ponad 70% tych dolegliwości to zaburzenia depresyjne, lękowe i mieszane (źródło: <https://ourworldindata.org/mental-health>). Problem ten dotyczy więc od 5 do 13% populacji w zależności od kraju; dwa razy częściej borykają się z nim kobiety niż mężczyźni. Przytoczone dane opierają się na zgłoszonych przypadkach, natomiast w związku z negatywnym odbiorem społecznym, wysokim stopniem stygmatyzacji oraz stereotypowym postrzeganiem zaburzeń psychicznych (Stahl 2013) można założyć, że zgłaszalność jest zaniżona i większość chorych pozostaje bez właściwej opieki. Niektóre osoby pozbawione diagnozy i profesjonalnego leczenia rozwijają szereg szkodliwych nawyków, próbując radzić sobie ze swoimi problemami.

² Koszt na 1000 EPC (ekwiwalent pełnego czasu pracy). EPC to jednostka przeliczeniowa stosowana do określenia liczby osób w sposób umożliwiający dokonywanie porównań niezależnie od liczby przepracowanych przez nie godzin w tygodniu. Jeden ekwiwalent pełnego czasu pracy oznacza jeden osoborok.

WYTYCZNE DO PRZYGOTOWYWANIA I PRZEPROWADZANIA INTERWENCJI ANTYSTRESOWYCH W ORGANIZACJI

Organizacje coraz częściej zdają sobie sprawę ze znaczenia ich roli w tworzeniu zdrowych miejsc pracy. Do działań temu służących należy m.in. wdrażanie kompleksowych programów uwzględniających pięć kluczowych aspektów pracy, zgodnie z modelem WHO (rys. 2), którymi są:

- fizyczne środowisko pracy,
- psychospołeczne środowisko pracy,
- fizyczne zasoby opieki zdrowotnej,
- zaangażowanie organizacji w życie społeczne pracowników i ich otoczenia,
- zaangażowanie liderów organizacji w tworzenie zdrowego miejsca pracy (World Health Organization 2010).



Rysunek 2. WHO, Model promocji zdrowia w miejscu pracy (źródło: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en, opracowanie polskiej wersji: P. Duchniewicz)

Wytyczne dotyczące wdrożenia interwencji antystresowej w organizacji (Opis poszczególnych kroków)

1. MOBILIZACJA

Pierwszym krokiem podczas przygotowywania interwencji jest uzmysłowienie pracownikom jej znaczenia. Czynnikiem inicjującym i mobilizującym do opracowania i wdrożenia interwencji antystresowej może być: misja i system wartości firmy, uczestniczenie członka zarządu w szkoleniu zawierającym elementy psychoedukacji lub we własnej psychoterapii, tak zwane „wyłączenie” lub wypalenie zawodowe wybranych pracowników, problemy z morale lub z zaangażowaniem pracowników, wyższa wypadkowość w danej organizacji, trendy na rynku, strategia budowania marki pracodawcy, chęć przyciągnięcia nowych osób do organizacji, presja partnera społecznego, nieakceptowalny poziom rotacji, wytyczne WHO lub inne materiały dotyczące tego tematu.

Często proces wdrożenia interwencji zaczyna się od jednej świadomej osoby, która krok po kroku, budując poparcie dla projektu, rozwija długoterminową strategię. Na tym etapie celem jest pozyskanie przynajmniej kilku osób z różnych obszarów organizacji zainteresowanych tematem.

Odpowiedni system wartości, etyka w danej organizacji oraz zaangażowanie liderów stanowią klucz do sukcesu.

2. ZEBRANIE

W momencie, gdy pojawi się zmobilizowana i świadoma konieczności opracowania interwencji grupa osób, kolejnym krokiem jest utworzenie komitetu złożonego z pracowników firmy. W idealnym układzie jego członkowie powinni należeć do różnych poziomów i obszarów organizacji – mogą się w nim znaleźć osoby z zarządu, lekarz medycyny pracy, pielęgniarki pracujące w centrum medycznym firmy, menedżerowie oraz koordynatorzy BHP, osoby z działu zarządzania biurem, działu HR, przedstawiciele działu sprzedaży, koordynatorzy fabryk oraz tzw. liderzy zdrowia. Cały zespół przechodzi od początku przez proces zapoznania się z możliwościami wdrożenia interwencji i przeprowadza analizę wstępną luk w systemie, porównując stan idealny ze stanem istniejącym. Na tym etapie zbierane są opinie poszczególnych pracowników oraz pomysły na poprawę zdrowia w miejscu pracy.

Przykładowy plan spotkania:

- przesłanie niniejszej broszury (przed spotkaniem),
- inspirujący wstęp zaproszonego gościa lub osoby z zarządu zawierający wyjaśnienie, dlaczego omawiany temat jest ważny,
- przegląd dotychczasowych kompleksowych rozwiązań popartych studium przypadków,
- wizja stanu idealnego za 5 lat,
- analiza stanu obecnego,
- zebranie pomysłów oraz wskazanie obszarów deklaracji współpracy,
- zarysowanie krótkoterminowego planu działania i zatwierdzenie kolejnych kroków,
- podsumowanie i umówienie kolejnego terminu spotkania w podzespołach oraz dla całego zespołu.

3. OCENA

Następnie niezbędne jest przeprowadzenie wielowymiarowej oceny stanu istniejącego, której można dokonać za pośrednictwem badań kwestionariuszowych bądź wywiadów. Ocena dotyczy:

- **psychospołecznych warunków pracy**, tj.: wymagań w pracy, tempa pracy, możliwości rozwoju, różnorodności pracy, przywiązania do pracy, przewidywalności pracy, jakości przywództwa, wsparcia społecznego w pracy (ze strony współpracowników, ze strony przełożonych), konfliktu praca-życie, konfliktu życie-praca, niepewności pracy, konfliktu ról, zaufania do współpracowników, zaufania do kierownictwa, systemu nagród, klimatu społecznego, równości społecznej;
- **zaangażowania pracowników**: stosowane są tu narzędzia do systemowej oceny satysfakcji, zaangażowania, produktywności, możliwości wpływu na środowisko pracy;
- **poziomu stresu**: do jego zmierzenia służą kwestionariusze, strony internetowe, aplikacje, urządzenia do pomiaru stresu – pomiar HRV, galwanometr, pomiar ciśnienia i zmiany tętna;
- **stanu psychofizycznego**: weryfikują go badania krwi, kwestionariusze oceny zdrowia;
- **spisu podejmowanych w organizacji działań**: sprawdza się, czy są prowadzone takie działania, jak „szkoła pleców”, relaksacja, warsztaty „zarządzania energią życiową i stresem”;
- **opisu środowiska fizycznego**: wykazuje, czy są dostępne wysokie biurka, zielone ściany, pokoje drzemki, miejsca do relaksacji, siłownia, sauna, biblioteka, książki, audiobooki;

- **listy i krótkiego opisu istniejących procedur i procesów HR mogących wpłynąć na zdrowie psychiczne:** sprawdza się, czy pracodawca zapewnia elastyczny czas zatrudnienia, możliwość zrobienia przerwy w karierze, modyfikowane i dzielone stanowiska pracy, wsparcie w powrocie do pracy po dłuższym chorobowym, możliwość pracy z domu, wsparcie dla kobiet w ciąży oraz matek.

4. WYBÓR

Po dokonaniu oceny następuje wybór kluczowych obszarów aktywności i określenie priorytetów, przeprowadzenie studium wykonalności, wreszcie ocena korzyści w oparciu o dostępne zasoby, tj. budżet, osoby, czas.

W tym kroku warto brać pod uwagę:

- łatwość wdrażania danego rozwiązania, gotowość pracowników w danym obszarze. Często w organizacji odbywa się szereg aktywności, są dostępne określone zasoby oraz aktywne w danym obszarze osoby, np. pasjonaci zajmujący się jogą, mindfulness, relaksacją progresywną itp. Niekiedy wystarczy dać takim pracownikom jedynie „zielone światło” do działań, zapewnić miejsce, czas, niewielki budżet, określić ramy czasowe, a przede wszystkim – docenić ich;
- istotność danego problemu oraz koszt ignorowania problemu w danym obszarze;
- zainteresowanie i gotowość kierownictwa i pracowników, ich subiektywną ocenę problemu;
- równoległość innych kampanii – ich uwzględnienie pozwala na korzystanie z darmowych zasobów i dodatkowego wsparcia medialnego – np.: maj – Miesiąc Zdrowia Psychicznego, 23 lutego – Dzień Walki z Depresją, 18 marca – Dzień Mózgu, 10 października – Dzień Zdrowia Psychicznego, 24–28 października – Tydzień Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.

5. PLAN

Do realizacji interwencji niezbędna jest jasno ustalona strategia, wpisana w plan działania firmy.

Strategia powinna być poparta konkretnymi długo- i średniokresowymi celami z miarami (przykładowo: jeśli celem jest niższa absencja, to miarą jest mniejsza liczba dni chorobowych; gdy celem jest niższa wypadkowość, to miarą bezpośrednią jest LTA [dni od ostatniego wypadku],

zaś miarą pośrednią – liczba zauważonych i zgłoszonych uchybień behawioralnych oraz niższy poziom stresu, a przez to zaburzeń percepcyjnych i poznawczych). Powinna zawierać informacje o planowanym budżecie, zasobach, planie uruchomienia programu, jego marketingu oraz promocji.

Bez jasno określonego planu działania razem z miarami nie ma możliwości skutecznej realizacji projektu, jego oceny i poprawy działań.

Należy pamiętać, że praca nad rozumieniem własnego lęku, stresu wymaga zmiany na poziomie przekonań, norm, wartości, prowadzącej do zmiany zachowań. Często potrzeba kilku lat i skuteczności na poziomie wdrażania, by widoczna była zmiana na poziomie zaangażowania czy poprawy zdrowia psychicznego pracowników.

6. WDROŻENIE

Samo wdrożenie jest jednym z etapów całej interwencji. Tutaj warto zadbać o efektywną promocję, szereg wcześniejszych zapowiedzi budujących świadomość interwencji, wskazujących na jej istotność dla poszczególnych osób i dla całej organizacji, zachęcających do uczestniczenia w wydarzeniach związanych z uruchomieniem interwencji. Warto przy tym korzystać z wielu kanałów komunikacji: ulotek, wlepek, krótkich wiadomości, plakatów, platform społecznościowych, tablic komunikacyjnych, gazetek firmowych, informacji w miejscach komunikacyjnych – stołówkach, recepcji.

Istotne jest uzyskanie dobrej partycypacji w inicjujących wydarzeniach danej interwencji, tak by w kolejnych miesiącach można było korzystać ze zdjęć, opinii, sugestii osób uczestniczących w inauguracji interwencji. Nawet najlepszy program nie osiągnie spodziewanego rezultatu, jeżeli nie zostanie dobrze „sprzedany” w organizacji.

7. EWALUACJA

Ewaluację przeprowadza się na podstawie wcześniej określonych wskaźników. Poniżej przedstawiono ich przykładową listę.

WSKAŹNIKI PROCESU:

- liczba osób angażujących się i uczestniczących w interwencji,
- liczba osób uczestniczących do końca cyklu aktywności,

- poziom satysfakcji pracowników,
- zaangażowanie kierownictwa/zarządu,
- zaangażowanie pracowników,
- ocena działania systemu ciągłej poprawy inicjatyw w ramach interwencji,
- zaangażowanie na poziomie indywidualnym,
- warunki psychospołecznego i fizycznego środowiska pracy,
- zaangażowanie społeczności w ramach interwencji.

WSKAŹNIKI WYNIKÓW:

- Czego uczestnicy nauczyli się w trakcie interwencji?
- Jakie zmiany nastąpiły w zachowaniach pracowników?
- Czy zmienił się deklarowany poziom stresu?
- Jaki jest poziom rozpoznawalności programu wewnątrz i na zewnątrz organizacji?

WSKAŹNIKI WPŁYWU

- ograniczenie czynników ryzyka określonych na początku projektu,
- zmiana poziomu zaangażowania pracowników,
- poziom absencji pracowników,
- poziom nieefektywnej obecności w pracy (tzw. prezentyzmu),
- ocena rozpoznawalności oraz postrzegania marki organizacji jako pracodawcy,
- wskaźniki produktywności,
- rotacja pracowników,
- wypadkowość,
- wskaźniki zdrowia psychicznego,
- inne wskaźniki pośrednie – np. wellbeing index,
- udział organizacji w zewnętrznych certyfikacjach, nagrody, wyniki.

8. POPRAWA

Ważnym elementem procesu jest analiza wyników, widoczna celebrowanie sukcesu w ramach pierwotnego zespołu razem z jego nowymi członkami oraz dalsza praca na podstawie zebranych wyników w modelu i zgodnie z narzędziami ciągłej poprawy (continuous improvement). Jest to kluczowy etap wdrażania interwencji, pomagający w budowaniu dalszego zaangażowania i jej rozwoju.

INTERWENCJA ANTYSTRESOWA PRZEPROWADZONA W RAMACH PROJEKTU

OPIS DZIAŁAŃ PODJĘTYCH W RAMACH INTERWENCJI:

- zrekrowanie uczestników interwencji w dwóch sektorach – budownictwa oraz bankowości (łącznie 60 osób). W sumie interwencją objęto w pełni 26 osób z sektora bankowego oraz 27 osób z sektora budownictwa;
- przedstawienie zakresu i charakteru interwencji zarządom poszczególnych organizacji, w których rekrutowano uczestników, tj. przesłanie szczegółowego opisu interwencji;
- prezentacja na temat interwencji dla zarządu sektora bankowego oraz dyrektorów firm z sektora budownictwa;
- przygotowanie stylu komunikacji z pracownikami;
- omówienie warunków wymaganych do prowadzenia projektu z lokalnymi liderami projektów zdrowotnych, kierownikami HR, osobami odpowiedzialnymi za BHP;
- przygotowanie narzędzi do diagnozy (kwestionariusz);
- opracowanie materiałów szkoleniowych;
- wstępna diagnoza uczestników (pomiar I);
- przeprowadzenie warsztatów antystresowych w ramach czterech bloków tematycznych (rys. 3). Warsztaty rozłożone były na dwa dni (rys. 4);
- końcowa diagnoza uczestników (pomiar II);
- analiza wyników diagnozy;
- opracowanie wytycznych.



Rysunek 3. Ramy przeprowadzonych interwencji podczas czterech bloków tematycznych

➔ Dzień 1		
	9:00 - 10:45	Stresory, ich wpływ na pracownika i firmę
	11:00 - 12:30	Źródła stresu w zależności od osobowości
	13:30 - 15:00	Przejawy stresu/lęku i umiejętność jego oceny
	15:15 - 17:00	Sposoby radzenia sobie ze stresem
➔ Dzień 2		
	9:00 - 10:45	Omówienie zadania terenowego
	11:00 - 12:30	Odporność psychiczna i lęk
	13:30 - 15:00	Model rozwijania kompetencji wg W.Eichelbergera
	15:15 - 17:00	Zarządzanie emocjami w praktyce i podsumowanie

Rysunek 4. Harmonogram warsztatów

WYNIKI INTERWENCJI

INFORMACJE ZWROTNE OD UCZESTNIKÓW NA TEMAT TEGO, CO BYŁO DLA NICH WAŻNE PODCZAS INTERWENCJI – PRZYKŁADOWE WYPOWIEDZI

SEKTOR BUDOWLANY

- Nauczyliśmy się, jak ze sobą rozmawiać, jak słuchać siebie nawzajem.
- Polecamy wszystkim, szczególnie nerwusom, chcemy więcej.
- Spojrzeliśmy na siebie z innej strony (konfrontacje, próba rozwiązywania problemów, burza mózgów).
- Pozwala spojrzeć na siebie trochę innymi oczami.
- Podwyższa wiarę w siebie i swoje możliwości.
- Podobała nam się praca w grupach, na konkretnych przykładach, poznanie siebie, zrozumienie innych ludzi.
- Podobała nam się nauka rozmowy z innymi ludźmi, techniki pracy nad stresem.
- Widzimy efekty naszej pracy, inaczej rozmawiamy.
- Podobała się nam praca w całej grupie, zrozumienie, że każdy może być inny (trzeba umieć zrozumieć te osoby i znaleźć wspólny język), podobało nam się poznanie technik relaksacyjnych.

- Szkolenie polecam każdemu, można dowiedzieć się ciekawych rzeczy na własny temat, otworzyć się na różnorodność, poznać tematy dnia codziennego. Poznać, że ludzie są różni, mogą ze sobą współpracować.

SEKTOR BANKOWY:

- Poznanie siebie i swoich stresorów.
- Uwrażliwienie się na innych.
- Poznanie prostych ćwiczeń i technik radzenia sobie ze stresem.
- Wszyscy pracownicy powinni przejść takie szkolenie.
- Warsztaty powinny być cykliczne.
- Plusy dla organizacji: zwiększenie wydajności pracowników, poprawa zdrowia, lepsze samopoczucie i motywacja, poprawa jakości współpracy.
- Polecam dla osób, które chciałyby poszerzyć swoją samoświadomość w zakresie poznawania swoich reakcji w sytuacjach stresowych oraz zapewnienia sobie samemu pomocy. Pomocne w zakresie zrozumienia działań innych ludzi i ich akceptacji.
- Cenne ze szkolenia: umiejętność obserwowania swoich reakcji, tak aby poznać objawy lęku, stresu.
- Polecam szkolenie, które pomaga zauważyć i rozpoznać stres w sobie i zacząć pracę, działanie, by jemu nie ulec.
- Szkolenie poprawia jakość życia i daje możliwość rozwoju oraz motywację do dalszych poszukiwań i pracy, by było łatwiej.
- Pokazuje schematy, działania i profilaktykę oraz jak stres można rozładować.
- Rozszerzenie horyzontów na postrzeganie ludzi, osobowości.
- Myślę, że tego typu szkolenia oprócz szkoleń merytorycznych powinny być stałym elementem.
- Zrozumienie tego, że ktoś może być inny, akceptacja różnic.
- Wiedza, że stres jest nieodłącznym elementem naszego życia, trzeba się nauczyć z nim żyć i próbować nad nim panować.

WYNIKI BADAŃ KWESTIONARIUSZOWYCH

Diagnozę efektywności interwencji przeprowadzono za pomocą trzech wystandaryzowanych kwestionariuszy: COPSQ II do oceny psychospołecznych warunków pracy, GHQ-28 oraz SPACE do oceny stanu zdrowia psychicznego.

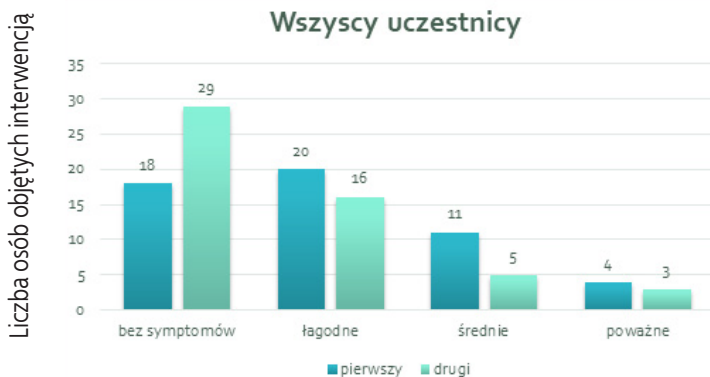
Poniżej zaprezentowano wyniki badań kwestionariuszem SPACE (Halstead 2007) [link 3.2, 3.3]

w polskiej adaptacji Duchniewicza. Narzędzie to pozwala na ocenę takich obszarów zdrowia psychicznego, jak:

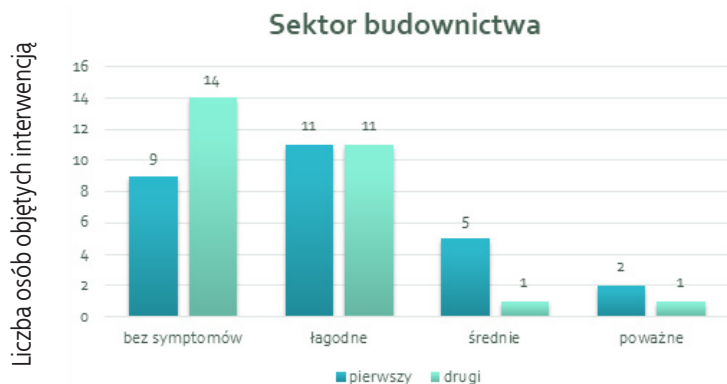
- ogólny stan psychiczny,
- depresja – zawiera elementy, które wskazują na negatywny obraz siebie (obniżone poczucie wartości), przyszłości (brak nadziei) i na brak sensu życia cierpiących na nią osób (poczucie, że życie jest bezcelowe),
- samoniszcząca depresja przejawiająca się myślami samobójczymi i samookaleczeniem,
- ogólny lęk,
- fobiczny lęk przejawiający się unikaniem,
- apatia związana z brakiem energii lub zdolności do działania,
- problemy z funkcjonowaniem poznawczym, tj. zaburzenia uwagi, pamięci, myślenia i podejmowania decyzji.

Wyniki uzyskane podczas wstępnej diagnozy, przed udziałem w warsztatach antystresowych (pierwszy pomiar), pokazały, że tylko 34% uczestników nie odczuwało negatywnych konsekwencji stresu (wynik 0–9). Oznacza to, że pozostałe 66% odczuwało takie skutki.

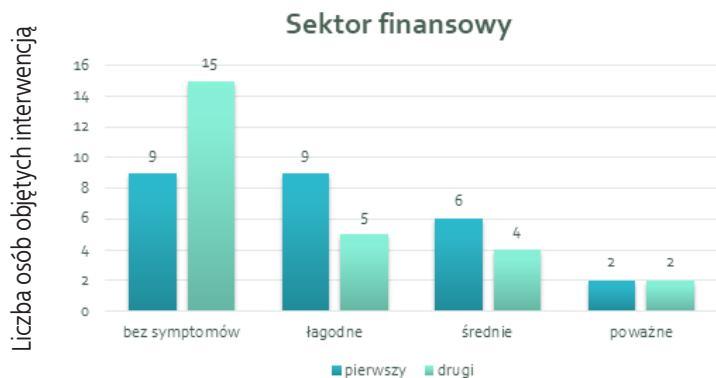
Po przeprowadzonej interwencji – odbyciu warsztatów antystresowych – liczba osób odczuwających negatywne konsekwencje stresu zmalała do 43%, zaś liczba osób uzyskujących wynik 0–9, oznaczający brak negatywnych konsekwencji, wzrosła do 57%. Rysunki 5–7 prezentują różnice w liczbie uczestników doświadczających określonego poziomu symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego przed przeprowadzoną interwencją i po niej (pomiar pierwszy i drugi).



Rysunek 5. Liczba uczestników (uczestnicy sektora finansowego i budownictwa) objętych interwencją a poziom symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego mierzony kwestionariuszem SPACE (pierwszy – pomiar przed interwencją, drugi – pomiar po interwencji)



Rysunek 6. Liczba uczestników (uczestnicy sektora budownictwa) objętych interwencją a poziom symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego mierzony kwestionariuszem SPACE (pierwszy – pomiar przed interwencją, drugi – pomiar po interwencji)

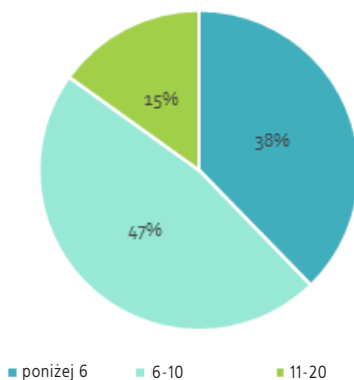


Rysunek 7. Liczba uczestników (uczestnicy sektora finansowego) objętych interwencją a poziom symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego mierzony kwestionariuszem SPACE (pierwszy – pomiar przed interwencją, drugi – pomiar po interwencji)

Jak widać na rysunku 7, w przypadku uczestników z sektora finansowego liczba osób doświadczających poważnych symptomów zaburzeń nie uległa zmianie, niemniej w całej grupie badanej wynik uległ poprawie o 6 punktów, co w przypadku poważnych zaburzeń daje nadzieję na dalsze zdrowienie. W przypadku uczestników doświadczających łagodnych i średnich symptomów jest to znacząca zmiana, pozwalająca niejednokrotnie na uniknięcie w przyszłości konieczności poważniejszych interwencji. Parafrazując reklamy profilaktyki przeciwko grypie, można by powiedzieć, że opracowana i przeprowadzona interwencja stanowi pewną formę „szczepionki na stres”.

Do oceny stanu zdrowia psychicznego wykorzystano również polską adaptację Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 Goldberga. Oprócz wyniku ogólnego odzwierciedlającego stan zdrowia psychicznego osoby badanej ma on cztery skale: symptomy somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania i symptomy depresji.

Zmiana wyników SPACE po interwencji



Rysunek 8. Rozkład procentowy uczestników interwencji doświadczających określonego poziomu zaburzeń (niski – poniżej 6, średni – 6-10, wysoki – 11-20) po przeprowadzonej interwencji (drugi pomiar)

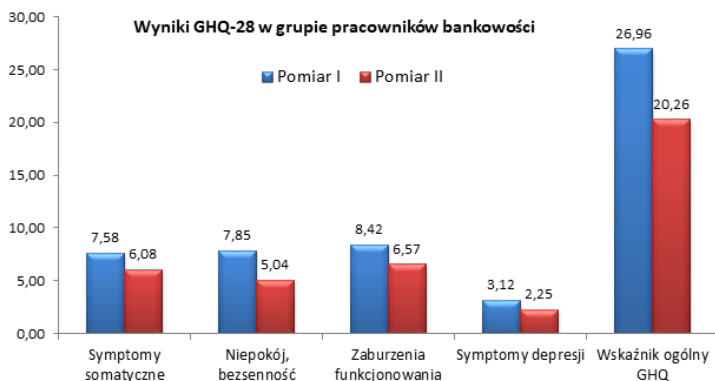
W badaniach kwestionariuszowych przeprowadzonych w II etapie projektu udział wzięło 274 pracowników sektora budownictwa oraz 268 z sektora bankowości. Wyniki tych badań (tab. 1) można potraktować jako wyniki odniesienia (badanie grupy kontrolnej) przy interpretacji wyników przeprowadzonych w grupach poddanych interwencji.

Tabela 1. Średnie i odchylenia standardowe dla podskal kwestionariusza GHQ 28 w dwóch grupach badanych – pracowników budownictwa i bankowości (wg kodowania 0, 1, 2, 3)

Nazwa podskal	Pracownicy budownictwa		Pracownicy bankowości	
	M	SD	M	SD
Symptomy somatyczne	4,2	3,0	3,7	2,9
Niepokój, bezsenność	3,9	3,3	3,1	3,1
Zaburzenia funkcjonowania	5,7	2,2	5,8	2,2
Symptomy depresji	1,8	2,6	1,8	2,3
Wskaźnik ogólny GHQ	15,6	8,3	14,3	7,3

Wyniki badań Kwestionariuszem GHQ-28 przed interwencją i po niej

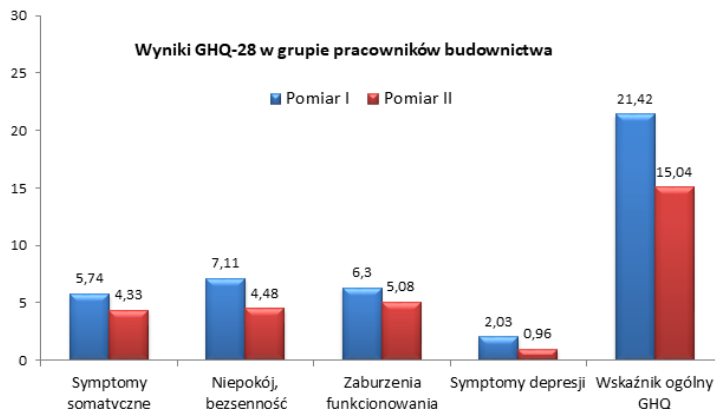
Wyniki stanu początkowego zdrowia psychicznego osób badanych z grupy pracowników bankowości i budownictwa oceniające: symptomy somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania i symptomy depresji pokazują, że obydwie grupy pracowników mieściły się w przedziale podwyższonego ryzyka. Wyniki wszystkich skal mówiących o trudnościach w ostatnim okresie są wyższe od średnich wyników z badań przeprowadzonych w analogicznych grupach pracowników w II etapie badań (tab. 1). Niektóre wyniki początkowe były ponad dwukrotnie wyższe niż uzyskane w „Badaniach wstępnych – kontrolnych”, np. wyniki w skali „niepokój, bezsenność” (w grupie pracowników budownictwa: 3,9 w badaniach kontrolnych, 7,85 w badaniach początkowych w grupie poddanej interwencji; w grupie pracowników bankowości: 3,1 w badaniach kontrolnych, 7,11 w badaniach początkowych w grupie poddanej interwencji). W ocenie początkowej wskaźnika ogólnego GHQ w przedziale wyników wysokich znalazło się 46,2% grupy pracowników bankowości oraz 26,9% grupy pracowników budownictwa. Wyniki szczegółowe w zakresie wskaźników zdrowia psychicznego prezentują rysunki 9–10.



Rysunek 9. Wyniki średnie dla podskal kwestionariusza GHQ 28 w grupie pracowników bankowości przed interwencją i po niej

	Symptomy somatyczne	Niepokój, bezsenność	Zaburzenia funkcjonowania	Symptomy depresji	Wskaźnik ogólny GHQ
Z	-2,279*	-2,947*	-2,864*	-2,300*	-3,290*
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	,023	,003	,004	,021	,001

* Na podstawie dodatnich rang



Rysunek 10. Wyniki średnie dla podskal kwestionariusza GHQ 28 w grupie pracowników budownictwa przed interwencją i po niej

	Symptomy somatyczne	Niepokój, bezsenność	Zaburzenia funkcjonowania	Symptomy depresji	Wskaźnik ogólny GHQ
Z	-3,208*	-3,351*	-1,965*	-2,334*	-3,707*
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	,001	,001	,049	,020	,000

* Na podstawie dodatnich rang

W pomiarze drugim dokonany po interwencji wszystkie z ocenianych wskaźników zmniejszyły się istotnie statystycznie. Największe korzystne zmiany w grupie pracowników bankowości stwierdzono w poziomie niepokoju i bezsenności oraz w zakresie zaburzeń funkcjonowania. W grupie pracowników budownictwa największe zmiany stwierdzono w poziomie niepokoju i bezsenności oraz symptomów somatycznych. Aby można było ocenić trwałość zmian, powinno być okresowo kontynuowane monitorowanie wskaźników zdrowia, w tym zdrowia psychicznego.

Ważnym aspektem projektu jest również późniejsza kontynuacja działań służących poprawie stanu zdrowia pracowników przez zaangażowane w ten projekt organizacje. Obecnie wszystkie z nich, zarówno te z sektora budownictwa, jak i finansowego, są na etapie opracowywania długofalowej strategii promocji zdrowia w miejscu pracy, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia psychicznego i działań zmierzających do efektywnego zarządzania stresem, tak przez całą organizację, poszczególne zespoły, jak i indywidualnych pracowników.

OPINIA OSOBY ZARZĄDZAJĄCEJ Z FIRMY REPREZENTUJĄCEJ SEKTOR BUDOWLANY NA TEMAT PRZEPROWADZONEJ INTERWENCJI:

Dla mnie taki program jest bardzo potrzebny. Jestem o tym przekonana na 1001% :).

Taki program ma oddziaływanie zarówno na człowieka jako jednostkę, na człowieka jako, przepraszam, „trybik” generujący pewien wynik i na człowieka jako kogoś, kto współtworzy kulturę, atmosferę itd. Tak mało mamy okazji do skupienia się sami na sobie... a jak zaczynamy to robić, to zbyt często jest za późno. Dlatego ja wierzę w takie działanie i popieram je rękami i nogami.

Pewnie trzeba robić to małymi krokami, żeby ludzi oswoić z tym, że firma się o nich troszczy, i nauczyć ich samych troski o samych siebie. Za chwilę wypalenie zawodowe będzie jednostką chorobową – musimy działać już, bo inaczej połowa ludzi któregoś dnia nie przyjdzie do pracy...

To dobry moment na takie programy i takie działanie.

POLECANE LINKI:

1. Opis studium przypadku regionalnego programu Mars Wellnes
 - 1.1. <https://osha.europa.eu/data/case-studies/mars-wellness-programme>
2. Narzędzie samooceny samopoczucia w języku angielskim
 - 2.1. <https://www.nhs.uk/oneyou/how-are-you-quiz/>
 - 2.2. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/stress/pdfs/QWL2010.pdf>
3. Narzędzie samooceny poziomu stresu w języku polskim
 - 3.1. <http://istdp.pl/poziom-stresu>
 - 3.2. <http://poziomstresu.pl>
 - 3.3. https://www.academia.edu/21840033/Pre_session_sPaCE
 - 3.4. https://www.academia.edu/21840030/sPaCE_User_Guide_2011_Bern_
4. Broszury:
 - 4.1. <http://istdp.pl/zrozumiec-stres/>
 - 4.2. <https://promocjazdrowiawpracy.pl/wp-content/uploads/2018/10/Program-radzenia-sobie-ze-stresem.pdf>
5. Materiały EU-OSHA:
 - 5.1. https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks
6. Platforma aktywności na rzecz dobrostanu psychicznego w miejscu pracy
 - 6.1. <https://eurohealthnet.eu/hpe/mental-health-and-wellbeing-eu-joint-action>
 - 6.2. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_mh_workplace_annex_en.pdf
 - 6.3. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_workplace_en.pdf
 - 6.4. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/matrix_economic_analysis_mh_promotion_en.pdf

PIŚMIENNICTWO:

1. EU-OSHA, European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER): Managing safety and health at work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2010.
2. Eurofound, Fourth European Survey of Working Conditions, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2007.
3. Halstead J., Leach Ch., Rust J., The development of a brief distress measure for the evaluation of psychotherapy and counseling (sPaCE), *Psychotherapy Research* 2007, 17:656–672.
4. Henke R.M., Goetzel R.Z., McHugh J., Isaac F., Recent experience in health promotion at Johnson & Johnson: Lower health spending, strong return on investment, *Health Affairs* 2011, 30(3):490–499.
5. Loeppke R., Taitel M., Haufler V., Parry T., Kessler R.C., Jinnett K., Health and Productivity as a Business Strategy: A Multi-Employer Study, *Journal of Occupational Environmental Medicine* 2009, 51(4):411–428.
6. Sherman B., Lynch W., Connecting the dots: Examining the link between workforce health and business performance, *American Journal of Managed Care* 2014, 20(2): 115–120.
7. Stahl S.M., *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*, Cambridge 2013
8. Working Well. A Global Survey of Workplace Wellbeing Strategies, Xerox 2016.
9. World Health Organization, Healthy workplaces: a WHO global model for action, 2010 http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/