

Dorota Molek-Winiarska

Programy promocji zdrowia zawodowego w wybranych instytucjach państwowych

W artykule zaprezentowano badania dotyczące stosowania programów redukujących stres zawodowy oraz skutki wypalenia zawodowego w zakładach karnych oraz ośrodkach edukacyjnych i służbie zdrowia. Przebadano 40 instytucji. Wyniki wskazują na dość znaczący poziom stosowania profilaktyki zdrowia psychospołecznego w porównaniu z takimi działaniami podejmowanymi w sektorze przedsiębiorstw prywatnych. 35% badanych instytucji stosuje programy na poziomie organizacji (PPO) oraz programy na poziomie jednostki (PPJ), 10% zaś – jedynie programy drugiego typu. Analiza czynników skuteczności wdrożenia wskazuje, że dość znaczny odsetek badanych instytucji zajmuje się oceną skuteczności interwencji. Poziom stresu analizuje 50% instytucji, które wdrożyły programy redukcji stresu, źródła patologii – 44%, a 17% szacuje koszty związane z brakiem profilaktyki i porównuje je z kosztami wydatkowanymi na programy interwencyjne. Analiza porównawcza działań w zakresie redukcji stresu zawodowego w instytucjach państwowych i przedsiębiorstwach prywatnych ukazuje korzystny obraz tych pierwszych. Instytucje bowiem częściej niż przedsiębiorstwa wdrażają programy redukcji stresu. Wdrożenia takie są bardziej kompleksowe, a badanie ich skuteczności odbywa się częściej niż w przedsiębiorstwach prywatnych. Płynące z badań konkluzje wskazują na dość świadome i poprawne podejście do problematyki redukcji stresu zawodowego i profilaktyki zdrowia zawodowego. Niemniej jednak brakuje większego umocowania tych działań w kontekście poprawnej metodologii oraz dbałości o skuteczność wdrożenia i efektywność przedsięwzięcia.

Słowa kluczowe: stres zawodowy (*work-related stress*), zdrowie zawodowe (*occupational health*), medycyna pracy (*occupational health medicine*), bezpieczeństwo (*safety*), psychologia (*psychology*)

Wstęp

Profilaktyka i interwencje w zakresie zdrowia zawodowego stają się w kontekście coraz liczniejszych badań psychologicznych i ekonomicznych działaniami racjonalnymi oraz pożądanymi w instytucjach państwowych i przedsiębiorstwach prywatnych.

Cykliczne raporty publikowane przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (European Agency of Safety and Health at Work – EU-OSHA) wskazują na tendencję rosnącą stresu zawodowego oraz kosztów związanych z brakiem profilaktyki zdrowia zawodowego. W ostatnim raporcie z 2014 roku koszty stresu zawodowego oszacowano w Europie na 617 mld euro rocznie (Hassard i wsp., 2014, s. 7). W USA koszty braku profilaktyki zdrowia zawodowego oszacowane zostały na poziomie 300 mld dolarów rocznie (NIOSH, 1999). Na podstawie badań USA szacuje się, że dla organizacji zatrudniającej ponad 2000 osób roczny koszt związany z absencją, stresem i spadkiem produktywności wynosi 670 tysięcy dolarów (Faley i wsp., 2006). Cooper i współpracownicy (1996, s. 87) określają zaś, że szacunkowe roczne straty wynikające z braku działań interwencyjnych to 320 dolarów oraz 6 dni roboczych na 1 pracownika rocznie. Najnowsze badania holenderskie wskazują z kolei na wartość 1368 euro na 1 pracownika rocznie (Milczarek i wsp., 2009, s. 113). W porównaniu z tymi kosztami warto zestawić wyniki badań szacujących koszty implementacji i utrzymania programów redukcji stresu. Wskazują one bowiem na znacznie niższe koszty niż wcześniej wymieniane. Przykładowo badania Cascio pokazują, że średni koszt kompletnego programu promocji zdrowia w pracy wynosi rocznie między 70 a 130 dolarów na 1 pracownika (2001, s. 139). Koszt programów prewencyjnych, według badaczy holenderskich, to 400 euro na jednego pracownika rocznie, w tym: koszty pomiarów stresu, wydatków na określony program, administrowania i monitoringu (Milczarek i wsp., 2009). Cox i współpracownicy (2006, s. 118) w badaniach nad efektywnością programów redukcji stresu zawodowego obliczają, że 1 dolar wydany na realizację programu zarządzania stresem na poziomie jednostki przynosi do 5,5 dolara zysku dla organizacji. Z kolei Lamontagne (2007) i współpracownicy analizowali różnorodne interwencje z zakresu profilaktyki zdrowia zawodowego. Spośród 90 interwencji 8 dokonało analizy kosztów i zysków. We wszystkich uzyskano zysk z wdrożonej interwencji wynikający ze spadku absencji, wzrostu sprzedaży oraz wydajności pracowników. Pomimo wielu doniesień z badań nad programami profilaktyki zdrowia zawodowego, brakuje danych ukazujących częstość oraz jakość działań profilaktycznych w instytucjach państwowych.

Celem niniejszego artykułu jest prezentacja analiz dotyczących wdrażania programów profilaktyki zdrowia zawodowego w badanych instytucjach państwowych w Polsce. W artykule skrótowo opisano rodzaje najczęściej występujących interwencji oraz cele realizowane przez poszczególne typy działań. Przedstawiono badania dotyczące stosowania programów redukujących stres zawodowy oraz skutki wypalenia zawodowego w zakładach karnych oraz ośrodkach edukacyjnych i służbie zdrowia. Dokonano także analizy oceny skuteczności podjętych interwencji poprzez zastosowanie określonych czynników mierzenia skuteczności interwencji.

Rodzaje i cele działań profilaktycznych

Działania w dziedzinie profilaktyki i poprawy zdrowia zawodowego sklasyfikowane są w literaturze przedmiotu w różnorodny sposób. Określa się je mianem programów redukcji stresu (*stress management interventions*), interwencji związanych ze zdrowiem zawodowym (*interventions in occupational health*), programów skoncentrowanych na dążeniu do równowagi między pracą a życiem prywatnym (*work-life balance initiatives*). Definiuje się je jako zaplanowane i zorganizowane interwencje, których celem jest zrównoważenie wymagań związanych z pracą, poprawa zdrowia zawodowego i dobrostanu pracownika (Cascio, 2001, s. 180; Nielsen i wsp., 2010a), a także poprawa wyników ekonomicznych organizacji poprzez podnoszenie efektywności kapitału ludzkiego (Sinclair i wsp., 2010, s. 7; TenBrummelhuis i wsp., 2010, s. 174).

Analizując cel interwencji, można je podzielić, zgodnie z ogólnie przyjętą koncepcją, na trzy rodzaje działań (Cox i wsp., 2006, s. 11; Dalgren, Gard, 2009, s. 370; Richardson, Rothstein, 2008, s. 69; Sinclair i wsp., 2010, s. 9–10):

- pierwszego stopnia (*primary interventions*) – działania skoncentrowane na diagnozowaniu i eliminowaniu bądź redukowaniu źródeł i kosztów patologii w organizacji;
- drugiego stopnia (*secondary interventions*) – interwencje związane z wsparciem pracowników w radzeniu sobie z istniejącym stresem, promowanie praktyk prozdrowotnych, rozwijanie zasobów indywidualnych w zakresie działań salutogenicznych;
- trzeciego stopnia (*tertiary interventions*) – podejmowanie działań prowadzących do przywrócenia zdrowia psychosomatycznego, pomoc psychologiczna lub medyczna w zmaganiu się ze skutkami stresu lub innych patologii w pracy.

Interwencje można również podzielić na takie, które wdrażane są na poziomie organizacyjnym – PPO oraz na poziomie jednostki – PPJ (Cooper i wsp., 1996, s. 24; van der Klink i wsp., 2001, s. 270; Dewe, O’Driscoll, 2002, s. 144; Cox i wsp., 2006, s. 112; Graveling, 2008, s. 15; Richardson, Rothstein, 2008, s. 69; Dalgren, Gard, 2009, s. 370; Sinclair i wsp., 2010, s. 9–10). Pierwsze z nich to strategie i praktyki podejmowane przez przedsiębiorstwo w odpowiedzi na wymagania otoczenia i w celu zwiększania konkurencyjności organizacji (Sinclair i wsp., 2010, s. 5). Praktyki te, zazwyczaj długofalowe i będące częścią strategii personalnej, obejmują działania organizacyjne w zakresie poprawy ergonomii stanowisk pracy, systemowych rozwiązań dotyczących rozwoju pracowników czy też zmian w sposobie organizacji pracy. Interwencje takie zalicza się często do działań pierwszego stopnia. PPO są dużo rzadziej wdrażane niż programy indywidualne. Przyczyną tego jest zazwyczaj pracochłonny i czasochłonny proces jego przygotowania, zorganizowania i wdrożenia takiego programu, a co za tym idzie, większy jego koszt (Cox i wsp., 2006, s. 114–119; Dalgren, Gard, 2009, s. 369; Molek-Winiarska, 2013a, s. 142). Niemniej jednak ich

efekty w zakresie poprawy zdrowia zawodowego są znacznie większe i długotrwałe niż PPJ. Skuteczność ich wiąże się nie tylko z tym, że redukują źródła patologii, ale i z tym, że są zazwyczaj lepiej przygotowane, a ich efekty są prawidłowo monitorowane i porównywane z wymiernymi wskaźnikami opracowanymi na początku wdrożenia (Houtman, 2007, s. 28).

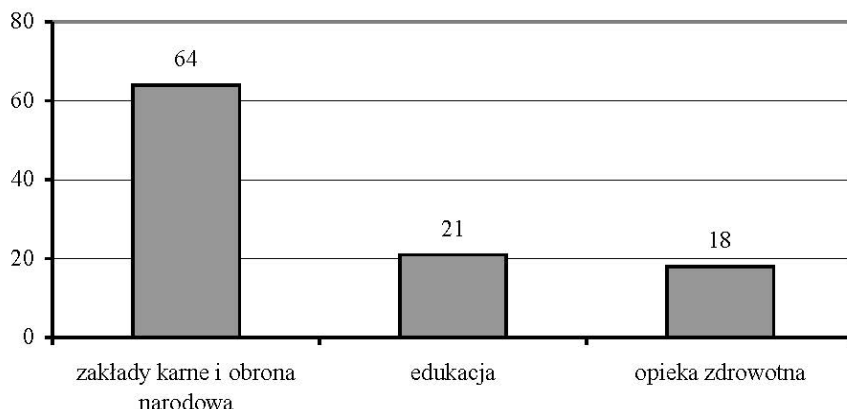
PPJ są skierowane bezpośrednio na poprawę zdrowia zawodowego pracowników i zwiększenia możliwości radzenia sobie z presją w pracy (Bunce, 1997, s. 1). Są dominującą grupą działań prozdrowotnych podejmowanych przez przedsiębiorstwa. Powodem tego są korzyści wynikające z ich stosowania. Można je szybko wprowadzić i ocenić ich skuteczność. Są również elastyczne i można je dostosować do potrzeb różnych pracowników, którzy mogą je wykorzystywać w pracy i poza nią (Cox i wsp., 2006, s. 114–119; Dalgren, Gard, 2009, s. 118). Dużo łatwiej wdrożyć program interwencyjny na poziomie jednostki, utrzymując odpowiedni standard jakości i metodologii wdrożenia, niż przy przedsięwzięciu typu PPO (Houtman, 2007, s. 25). Wydaje się jednak, iż jednym z najistotniejszych powodów sprzyjających zdecydowanie częstszemu wdrożeniu programów redukcji stresu na poziomie jednostki są znacznie niższe koszty implementacji i monitoringu. Interwencje tego typu zazwyczaj zalicza się do zmian drugiego i trzeciego stopnia.

Cele, metodyka oraz rezultaty badań

Celem badania było uzyskanie wiedzy na temat częstotliwości i rodzajów programów promocji zdrowia zawodowego wdrażanych w instytucjach publicznych. Badanie pozwoliło także na dokonanie analizy porównawczej interwencji w zakresie zdrowia zawodowego w instytucjach publicznych i przedsiębiorstwach sektora prywatnego. Na podstawie analizy literatury oraz wiedzy i doświadczenia autorki, w badaniu przyjęto hipotezę, że instytucje publiczne w mniejszym stopniu niż przedsiębiorstwa prywatne będą dokonywały wdrożeń programów z zakresu zdrowia zawodowego. Natomiast jeśli już dokonają implementacji, to z większą niż w grupie przedsiębiorstw prywatnych dbałością o poprawność i skuteczność wdrożenia.

W badaniu wzięło udział 40 instytucji publicznych, w tym 25 zakładów karnych i jednostek obrony narodowej, 8 instytucji edukacyjnych oraz 7 zakładów opieki zdrowotnej. Procentowy udział instytucji obrazuje wykres 1. Respondentami były zazwyczaj osoby kierujące działami kadrowymi, personalnymi lub odpowiedzialnymi za rozwój zasobów ludzkich w instytucji. Wszystkie osoby, które wypełniały ankietę, były zorientowane w kwestii, czy i w jakim zakresie podjęto w ich instytucjach działania z zakresu profilaktyki zdrowia zawodowego.

Wykres 1. Rozkład procentowy podmiotów badanych



Źródło: opracowanie własne

W badaniu zastosowano metodę ankietową. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące wdrożenia programów redukujących stres zawodowy – czy i jakie rodzaje programów zostały wdrożone. Spośród wymienionych programów na poziomie organizacji (PPO) pytano o wdrożenie następujących:

- analiza i zmiany w zakresie ergonomii stanowiska pracy;
- definiowanie ról zawodowych (dokładne określanie obowiązków i odpowiedzialności na stanowisku pracy, redukcja konfliktu ról lub przeciążenia pracą);
- partycypacyjne i podmiotowe zarządzanie (dzielenie się z pracownikami odpowiedzialnością i uprawnieniami kierowniczymi);
- zmiany w zakresie organizacji pracy (np. rotacja, elastyczne formy czasu pracy);
- szkolenia z zakresu zdrowia zawodowego ZZZ (dotyczące rozpoznawania źródeł stresu, szacowania kosztów, wdrażania programów profilaktyki zdrowia zawodowego).

Programy redukcji stresu zawodowego na poziomie jednostki (PPJ), wymienione w ankiecie, dotyczyły takich możliwości oddziaływania, jak:

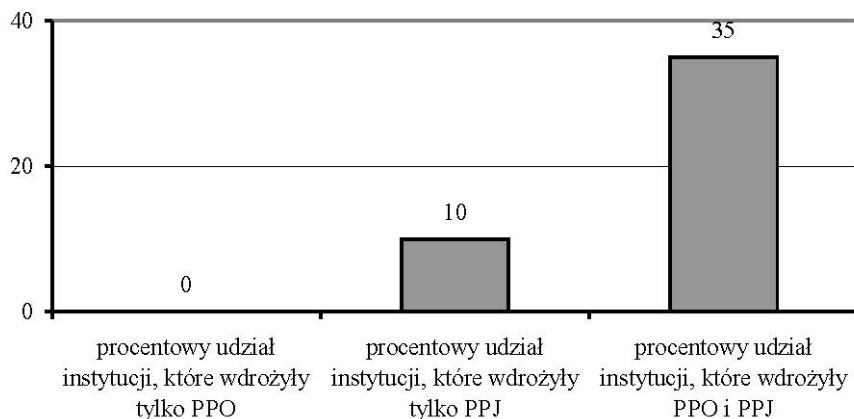
- szkolenia z technik radzenia sobie ze stresem;
- programy promocji zdrowia (w zakresie prawidłowego odżywiania, higieny snu, usuwania skutków stresu w życiu człowieka itp.);
- doradztwo psychologiczne, psychoterapia i/lub *coaching* zewnętrzny z psychologiem, umożliwiający rozmowy na temat radzenia sobie z trudnymi sytuacjami;

■ promowanie aktywności fizycznej (organizacja możliwości uprawiana sportów przez pracowników w czasie pracy lub po pracy), wprowadzanie możliwości wykonywania ćwiczeń relaksacyjnych, masażu lub medytacji.

W każdym pytaniu ankietowani mogli zaznaczyć taką liczbę programów, jaką faktycznie wdrożono w ich organizacjach. W obu pytaniach mieli oni również do dyspozycji pytanie o inne programy z prośbą o krótkie zdefiniowanie.

Wyniki wskazują na dość znaczny poziom stosowania profilaktyki zdrowia psychospołecznego. 35% badanych organizacji kompleksowo stosuje profilaktykę prozdrowotną, wdrażając programy typu PPJ i PPO. Szczegółowy rozkład wyników obrazuje wykres 2.

Wykres 2. Rozkład procentowy organizacji wdrażających programy typu PPO i PPJ

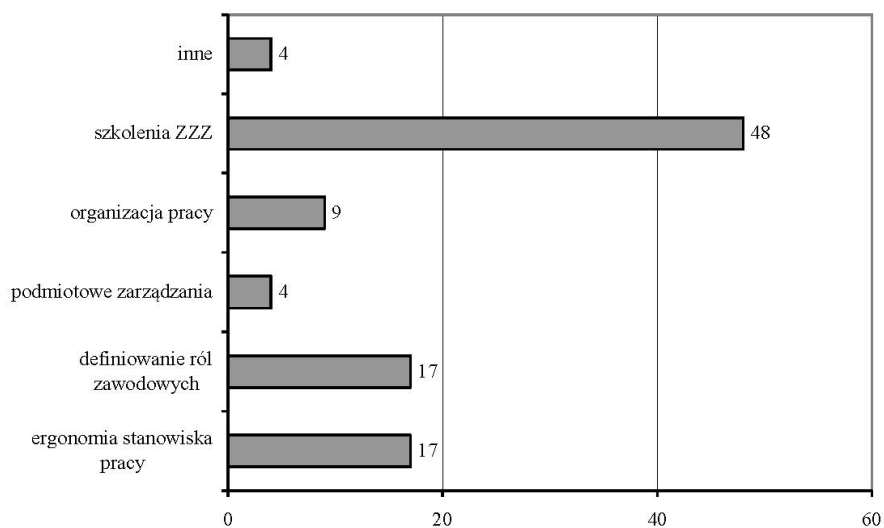


Źródło: opracowanie własne

Wyniki wskazują na podejście kompleksowe instytucji, które zazwyczaj podejmują profilaktykę wieloetapową i wielokierunkową, wdrażając jednocześnie różnorodne programy z poziomu organizacji i jednostki. Takie działania przez wielu badaczy uznawane są za najbardziej skuteczne (Giga, 2003, s. 43; Cox i wsp., 2007; Noblet i wsp., 2009; Nielsen i wsp., 2010b; Bauer, Jenny, 2012, s. 135; Briner, 2012, s. 41).

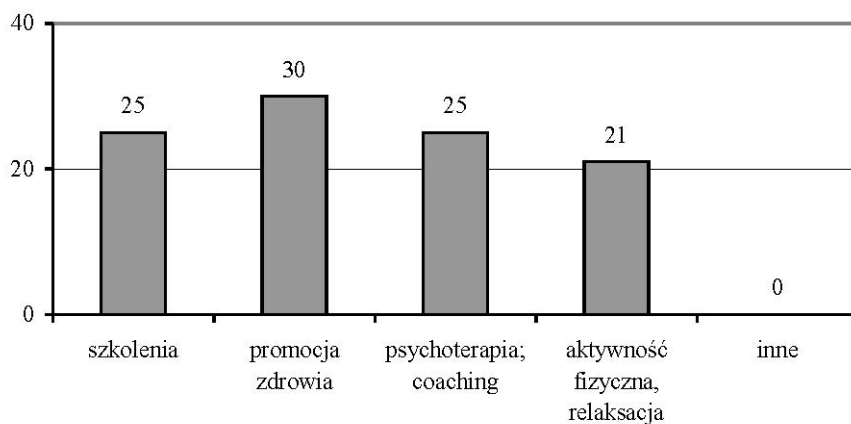
Dalsza analiza wskazuje częstość wykorzystania różnych typów programów na poziomie PPO i PPJ. Obrazują to wykresy 3 i 4, gdzie wskazano procentowy udział każdego typu programu we wszystkich wdrażanych interwencjach.

Wykres 3. Procentowy udział różnych programów PPO we wszystkich wdrażanych interwencjach tego typu



Źródło: opracowanie własne

Wykres 4. Procentowy udział różnych programów PPJ we wszystkich wdrażanych interwencjach tego typu



Źródło: opracowanie własne

Wśród programów typu PPO najczęściej wdrażane są działania w zakresie zarządzania projektami zdrowia zawodowego. Programy takie składają się przede wszystkim z cyklu szkoleń lub seminariów poświęconych problemowi stresu oraz jego źródeł. Ich celem jest uczenie osób zarządzających takiego kierowania ludźmi, by redukować stres zawodowy podwładnych, ale również uczyć się go rozpoznawać i wprowadzać działania profilaktyczne przed negatywnymi skutkami stresu.

Wśród programów typu PPJ z równą częstością stosuje się prawie wszystkie interwencje. Są wśród nich szkolenia z technik redukcji stresu, programy promujące zdrowy tryb życia (dieta, higiena snu, profilaktyka prozdrowotna), spotkania z psychologiem lub coachem oraz promocja i sponsoring aktywności fizycznej.

Interesujące, w kontekście otrzymanych wyników, jest porównanie tej grupy instytucji do przedsiębiorstw prywatnych. Badania dotyczące organizacji komercyjnych zostały szeroko zaprezentowane w innych publikacjach (por. Molek-Winiarska, 2011, 2013a, 2013b), a w niniejszym artykule dokonano jedynie porównania interesujących obszarów badawczych.

Tabela 1. Porównanie wdrożeń programów redukcji stresu w grupach przedsiębiorstw prywatnych i instytucji państwowych

	Przedsiębiorstwa prywatne	Instytucje państwowe
% wdrażanych programów profilaktycznych w całej próbie badawczej	24,6%	45%
Najczęściej wdrażane programy typu PPO	Szkolenia z zakresu zarządzania projektami zdrowia zawodowego (34%)	Szkolenia z zakresu zarządzania projektami zdrowia zawodowego (48%)
Najczęściej wdrażane programy typu PPJ	Szkolenia z technik radzenia sobie ze stresem (27%)	Programy promujące zdrowy tryb życia (30%)

Źródło: opracowanie własne

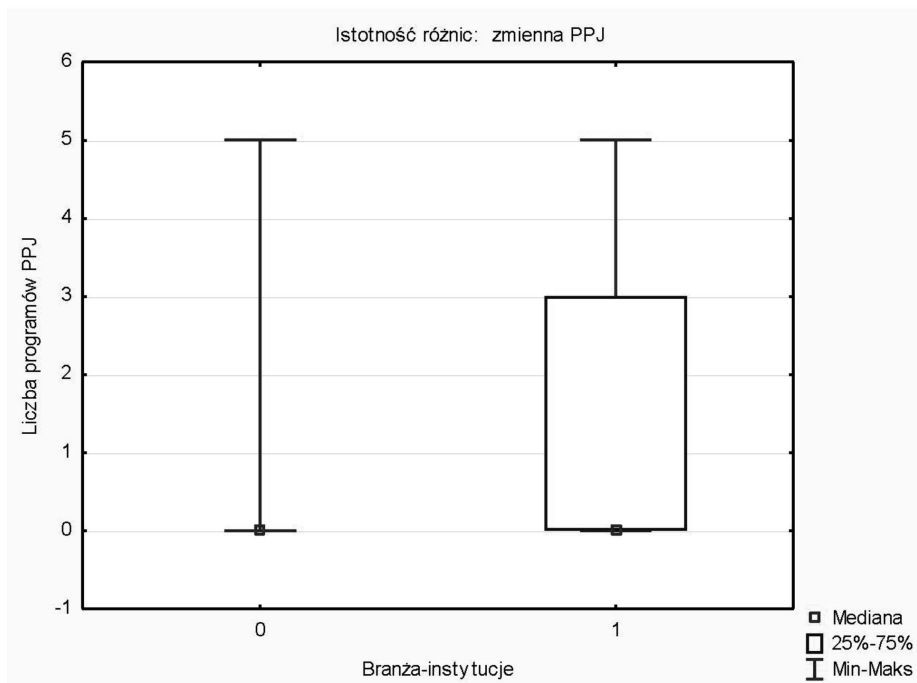
Dalsza analiza statystyczna wykazała różnice istotne tylko na poziomie wdrożeń z zakresu PPJ. Instytucje państwowe dokonują znacząco więcej wdrożeń programów PPJ niż przedsiębiorstwa prywatne. Zależność ta uwidoczniła się w tabeli 2 i na wykresie 5.

Tabela 2. Analiza istotności różnic w zakresie występowania programów PPO i PPJ w przedsiębiorstwach prywatnych i instytucjach państwowych

Test U Manna-Whitneya wzgl. zmiennej: Branża-instytucje Zaznaczone wyniki są istotne z $p < ,05000$							
	N ważnych pryw.	N ważnych instyt.	Suma rang Gr 1	Suma rang Gr 2	U	Z	p
Programy PPO	226	40	29362,5	6148,5	3711,5	-1,80162	0,071607
Programy PPJ	226	40	28893	6618	3242	-2,84847	0,004393

Źródło: opracowanie własne

Wykres 5. Rozkład wyników analizy istotności różnic w badanych grupach pod względem liczby wdrażanych programów PPJ. 0 – organizacje prywatne, 1 – instytucje państwowe



Źródło: opracowanie własne

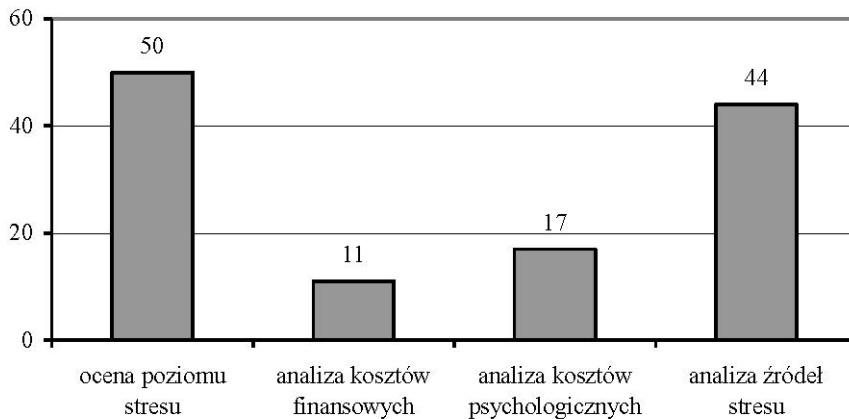
Badano również skuteczność wdrożenia, biorąc pod uwagę takie czynniki, jak:

- analiza poziomu stresu wśród uczestników programu dokonana przed i po interwencji;

- analiza kosztów stresu (emocjonalnych i finansowych);
- analiza źródeł stresu dokonana przed wdrożeniem w celu dopasowania odpowiedniego programu niwelującego lub redukującego zdiagnozowane źródła stresu.

Wyniki dokonanej analizy wskazują, że dość znaczący odsetek instytucji, które wprowadziły interwencje, zajmuje się badaniem skuteczności tych wdrożeń. Poziom stresu bada 9 na 14 instytucji (50%), źródła patologii 8 (44%), a 3 organizacje szacują koszty związane z brakiem profilaktyki i porównują je z kosztami wydatkowanymi na programy interwencyjne (2 instytucje oszacowały oba rodzaje kosztów, a jedna badała tylko koszty psychologiczne). Wyniki obrazuje wykres 6.

Wykres 6. Procentowy rozkład wyników instytucji analizujących skuteczność wdrożenia



Źródło: opracowanie własne

Tabela 3. Analiza porównawcza czynników skuteczności wdrożenia w przedsiębiorstwach prywatnych i instytucjach państwowych.

	Przedsiębiorstwa prywatne	Instytucje państwowe
Analiza poziomu stresu przed i po wdrożeniu	28% – 21 przedsiębiorstw	50% – 9 instytucji
	Szkolenia z zakresu zarządzania projektami zdrowia zawodowego (34%)	Szkolenia z zakresu zarządzania projektami zdrowia zawodowego (48%)
Analiza kosztów stresu	13% – 5 przedsiębiorstw	17% – 3 instytucje
Analiza źródeł stresu przed wdrożeniem programu	40% – 30 przedsiębiorstw	44% – 8 instytucji

Źródło: opracowanie własne

Uzyskane dane poddano analizie w celu sprawdzenia istotności różnic wyników w badanych grupach organizacji. Porównano przedsiębiorstwa prywatne i instytucje państwowe pod kątem trzech wymienionych wcześniej czynników. Wyniki wskazują na brak istotnych różnic między grupami z wyjątkiem analizy poziomu stresu wykonywanej przed i po wdrożeniu. W instytucjach państwowych częściej niż w organizacjach prywatnych dokonuje się takiej analizy, a różnica między tymi organizacjami jest istotna statystycznie (tabela 4). Analizy dokonano z zastosowaniem statystyk nieparametrycznych ze względu na brak skal ilorazowych badanych zmiennych.

Tabela 4. Analiza istotności różnic w zakresie czynników skuteczności wdrożenia w przedsiębiorstwach prywatnych i instytucjach państwowych

Zmienna	Test U Manna-Whitneya wzgl. zmiennej: Branża-instytucje Zaznaczone wyniki są istotne z $p < ,05000$				
	N ważnych pryw.	N ważnych instyt.	Suma rang Gr 1	Suma rang Gr 2	U
Ocena poziomu stresu	28 435,00	6281,000	3459,000	-2,25852	0,023914
Analiza kosztów stresu	29 110,00	5606,000	4134,000	-0,73478	0,462474
Analiza źródeł stresu	28 701,00	6015,000	3725,000	-1,65805	0,097308

Źródło: opracowanie własne

Wnioski i podsumowanie

Analiza danych uzyskanych w badaniu nie potwierdziła hipotezy pierwszej, a jedynie drugą. Płynące z badań konkluzje wskazują na dość świadome i pożądane podejście do problematyki redukcji stresu zawodowego i profilaktyki zdrowia zawodowego. Instytucje państwowe częściej niż przedsiębiorstwa prywatne podejmują działania redukujące stres zawodowy, a interwencje te są kompleksowe. Otrzymane wyniki należy jednak interpretować ostrożnie, nie tylko ze względu na niewielką próbę badawczą, ale również jej specyfikę. Największą bowiem grupę w całej próbie badawczej obejmują zakłady karne i instytucje obrony narodowej. Wydaje się zatem, że stres zawodowy w tych instytucjach jest na tyle wysoki, iż brak działań w zakresie jego redukcji mógłby doprowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych pracowników narażonych na utratę życia lub zdrowia w swojej codziennej pracy. Wydaje się więc, że uogólnianie otrzymanych wyników na wszelkie instytucje państwowe nie jest wskazane. Niemniej jednak wyniki wydają się interesujące, gdyż ukazują, że nawet w instytucjach, które nierzadko są biurokratyzowane, istnieje możliwość

pozyskania funduszy na działania promujące zdrowie zawodowe w aspekcie somatycznym i psychologicznym.

Analiza czynników skuteczności wdrożenia programów redukujących stres zawodowy wskazuje na pewne niedociągnięcia tych działań w kontekście poprawnej metodologii oraz dbałości o skuteczność wdrożenia i efektywność przedsięwzięcia.

Również analiza porównawcza danych z grup przedsiębiorstw prywatnych i instytucji państwowych ukazuje obraz powszechności takiego działania. Na pytanie, dlaczego tak się dzieje, odpowiedzi może być wiele. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że osoby zajmujące się przeprowadzaniem takich interwencji nie mają dostatecznej wiedzy na temat stresu i jego skutków, zwłaszcza ekonomicznych. Wiedza ta ma bowiem interdyscyplinarny charakter i łączy w sobie zagadnienia z zakresu zarządzania, medyczne, psychologiczne oraz ekonomiczne. Trudności w weryfikacji skuteczności oraz efektywności interwencji mogą także wynikać z braku specjalistów zajmujących się tym tematem i mogących wesprzeć organizacje w przygotowaniu i implementacji określonych programów. Istotnym problemem jest także brak lub słaby dostęp do metod pozwalających na rzetelną ocenę stresu w organizacjach oraz nieumiejętność ich zastosowania. Wreszcie przyczyną braku jakichkolwiek interwencji może być również niedobór środków finansowych na takie działania, określonych w planach budżetowych instytucji. Jednakże trzeba pamiętać, że wśród badanych instytucji znalazły się takie, które dokonały wdrożeń multimodalnych, z dużą dbałością o ocenę skuteczności interwencji. Oznacza to, że działania z zakresu profilaktyki zdrowia zawodowego są możliwe do wdrożenia, a ocena ich skuteczności może być dokonana przez pracowników instytucji odpowiedzialnych za działania w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi.

Literatura

Bauer G., Jenny G. (2012), Moving Towards Positive Organizational Health: Challenges and a Proposal for a Research Model of Organizational Health Development, w Houdmont J., Leka S., Sinclair R. (red.), *Contemporary Occupational Health Psychology*, Wiley-Blackwell, vol. 2.

Briner R. (2012), Developing Evidence-Based Occupational Health Psychology, w Houdmont J., Leka S., Sinclair R. (red.), *Contemporary Occupational Health Psychology*, Wiley-Blackwell, vol. 2.

Bunce D. (1997), What factors are associated with the outcome of individual-focused worksite stress management interventions? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, nr 70.

Cascio W. (2001), *Kalkulacja kosztów zasobów ludzkich*, Kraków, Oficyna Ekonomiczna.

- Cooper C., Liukkonen P., Cartwright S. (1996), *Stress prevention in the workplace*, Dublin, European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions.
- Cox T., Karanika M., Griffith A., Houdmont J. (2007), Evaluating organizational-level work stress interventions: Beyond traditional methods, *Work & Stress*, vol. 21, nr 4.
- Cox T., Griffiths A., Rial-González E. (2006), *Badania nad stresem związanym z pracą*, Nottingham, Raport Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy.
- Dalgren A., Gard G. (2009), Soft values with hard impact – a review of stress reducing interventions on group and organizational level, *Physical Therapy Reviews*, vol. 14, nr 6.
- Dewe P., O'Driscoll M. (2002), Stress management interventions: what do managers actually do? *Personnel Review*, vol. 31 nr 1–2.
- Faley R., Knapp D., Kustis G., Dubois C., Young J. and Polin B. (2006), Estimating the organizational costs of same-sex sexual harassment: the case of the US army, *International Journal of Intercultural Relations*, vol. 30, nr 5.
- Giga S. I., Noblet A., Faragher B., Cooper C. (2003), The UK Perspective: A review of Research on Organisational Stress Management Interventions, *Australian Psychologist*, vol. 38, nr 2.
- Graveling R. A., Crawford J. O., Cowie H., Amati C., Vohra S. (2008), *A Review of Workplace Interventions that Promote Mental Wellbeing in the Workplace*, Edinburgh, Draft Report, Institute of Occupational Medicine.
- Hassard J., Teoh K., Cox T., Dewe P., Cosmar M., Gründler R., Flemming D., Cosmans B., Broek K. van den (2014), *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks*, Luxemburg, Report for EU OSHA.
- Houtman I. (2007), *Work-related stress*, Dublin, Report for European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Klink J. J. L. van der, Blonk R. W. B., Schene A. H., Dijk F. J. H. van (2001), The benefits of Interventions for Work-Related Stress, *American Journal of Public Health*, vol. 91, nr 2.
- Lamontagne A. D., Keegel T., Louie A. M., Ostry A., Landsbergis P. A. (2007), A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990–2005, *International Journal of Occupational and Environmental Health*, sierpień-wrzesień, vol. 13 (3).
- Milczarek M., Schneider E., Rial González E. (2009), *OSH in Figures: Stress at Work – Facts and Figures*, Luxemburg, Report for EU OSHA.
- Molek-Winiarska D. (2011), Programy redukcji stresu zawodowego w Polsce i innych krajach UE, *Nauki Społeczne*, vol. 2 (4), *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, nr 213.
- Molek-Winiarska D. (2013a), Stress Management Interventions in Polish Companies – Research Results, *Edukacja Ekonomistów i Menedżerów*, nr 1 (27).
- Molek-Winiarska D. (2013b), Programy redukcji stresu zawodowego w małych i średnich przedsiębiorstwach, w Wiśniewski Z. (red), *Zarządzanie zasobami ludzkimi w małych i średnich przedsiębiorstwach*, Warszawa, Wolters Kluwer.

- Nielsen K., Randall R., Christensen K. B. (2010a), Developing New Ways of Evaluating Organizational-Level Interventions, w Houdmont J., Leka S. (red.), *Contemporary Occupational Health Psychology*, Wiley-Blackwell, vol. 1.
- Nielsen K., Randall R., Holten A., Gonzalez E. (2010b), Conducting organizational-level occupational health interventions: What works?, *Work & Stress*, vol. 24, nr 3.
- NIOSH, *Workplace stress*, dostępny 20 stycznia 2013, <<http://www.stress.org/workplace-stress/>>.
- Noblet A., Lamontagne A. (2009), The challenges of developing, implementing and evaluating interventions, w Cartwright S., Cooper C. (red.), *The Oxford Handbook of Organizational Well-being*, Oxford, Oxford University Press.
- Richardson K. M., Rothstein R. H. (2008), Effect of occupational stress management intervention programs. A meta-analysis, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 13, nr 1.
- Sinclair R., Sears L., Zajack M., Probst T. (2010), A multilevel Model of Economic Stress and Employee Well-Being, w Houdmont J., Leka S. (red.), *Contemporary Occupational Health Psychology*, Wiley-Blackwell, vol. 1.
- Ten Brummelhuis L., Lippe T. van de (2010), Effective work-life balance support for various household structures, *Human Resource Management*, vol. 49, nr 2.

Occupational Health Promotion Programs in Selected Public Institutions

Summary

The article presents research on the application of programs reducing occupational stress as well as the effects of professional burnout in penitentiaries, educational centers, and healthcare centers. The study looked at forty institutions. The results show a relatively high level of implementation of psycho-social health prophylactic measures as compared with its application in private organizations. A total of 35% of public institutions in the research sample implemented such programs covering both organizational and individual levels, while only 10% applied only programs of the second type.

Analysis of the efficacy of implementation demonstrates a significant share of examined institutions concerned with intervention efficacy. The level of stress was analyzed in 50% of the research sample and the sources of pathology in 44%. The cost of no prophylactic measures and a comparison between this and the cost of the intervention was estimated in 17% of the research sample.

The comparative analysis of public institutions and private firms with respect to stress reduction shows more care devoted to these issues in public institutions. Public institutions implement stress-reduction programs, implement them more comprehensively, and examine their efficacy more often than private companies.

Conclusions stemming from the research indicate a relatively conscious and proper approach to questions of occupational stress reduction occupational health prophylactic measures. Nevertheless, there continue to be shortcomings in the methodology of the intervention as well as in the assessment of the efficacy of the results.

D o r o t a M o l e k - W i n i a r s k a – jest z wykształcenia psychologiem oraz doktorem nauk ekonomicznych w dziedzinie nauk o zarządzaniu. Pracuje w Katedrze Zarządzania Kadrami na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu. Od 14 lat pracuje również jako doradca personalny w dziedzinie zarządzania zasobami ludzkimi i profilaktyki zdrowia zawodowego. Obszar zainteresowań naukowych obejmuje głównie zagadnienie stresu w pracy, psychologii zdrowia zawodowego oraz efektywności i opłacalności inwestycji z zakresu ZZL. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Stowarzyszenia Psychologii Organizacji oraz European Association of Work and Organizational Psychology. Współpracuje z Centralnym Instytutem Ochrony Pracy (CIOP-PIB) oraz Europejską Agencją Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA).