

KONFLIKTY PRACA–RODZINA I RODZINA–PRACA A ZDROWIE: OCHRONNA ROLA ZAANGAŻOWANIA I ZADOWOLENIA Z PRACY

WORK–FAMILY AND FAMILY–WORK CONFLICTS AND HEALTH:
THE PROTECTIVE ROLE OF WORK ENGAGEMENT AND JOB-RELATED SUBJECTIVE WELL-BEING

Anna M. Zalewska

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny / SWPS University of Social Sciences and Humanities, Warsaw, Poland
Wydział Psychologii w Warszawie, Katedra Psychologii Różnic Indywidualnych, Diagnozy i Psychometrii / Faculty of Psychology
in Warsaw, Department of Psychology of Individual Differences, Diagnosis and Psychometric Research

STRESZCZENIE

Wstęp: Celem badania była analiza relacji pomiędzy konfliktami praca–rodzina (KPR) i rodzina–praca (KRP) a zdrowiem z uwzględnieniem zmiennych, które mogą regulować (mediować lub moderować) te relacje: zaangażowania w pracę i zadowolenia z niej (satisfakcja z pracy, afekt pozytywny – AP i afekt negatywny – AN w pracy). **Materiał i metody:** Badaniu poddano 114 pracowników (31,6% mężczyzn) w wieku 25–55 lat ($M = 35,4$, $SD = 7,4$), którzy wypełnili zestaw kwestionariuszy: *Konflikty: praca–rodzina i rodzina–praca*, *Kwestionariusz Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17)*, *Skala afektu w pracy*, *Skala satysfakcji z pracy*, *Ogólny kwestionariusz zdrowia GHQ-28*. **Wyniki:** Związki między zmiennymi były zgodne z oczekiwaniami z wyjątkiem nieistotnej korelacji KRP a zdrowie. Modele zależności (oddzielnie dla KRP i KPR) testowane w analizach modelowania równań strukturalnych (SEM) były bardzo dobrze dopasowane do danych. Silniejsze konflikty były predyktorami silniejszego AN, a poprzez AN pośrednio predyktorami większych problemów zdrowotnych. Ze wzrostem konfliktów słabło także zaangażowanie w pracę – wraz z nim spadały satysfakcja z pracy i AP, a z kolei z ich spadkiem wzrastały AN i problemy zdrowotne. Jednak pośrednie korzystne efekty zaangażowania na zdrowie były większe niż pośrednie efekty konfliktów – ze wzrostem zaangażowania wzrastały satysfakcja z pracy i AP, a z ich wzrostem obniżały się afekt negatywny i problemy zdrowotne. Bezpośrednimi predyktorami zdrowia były AP (osłabiał problemy, tj. wzmacniał zdrowie) i AN (zwiększał problemy, tj. osłabiał zdrowie) oraz interakcja KPR i zaangażowania w pracę. **Wnioski:** Wyniki potwierdzają, że relacje KRP/KPR a zdrowie są złożone i pośredniczone przez zaangażowanie w pracę i zadowolenie z niej. Pokazują także, że większe zaangażowanie sprzyja zadowoleniu z pracy i pośrednio wzmacnia zdrowie. Dodatkowo jego wysoki poziom jest buforem dla bezpośrednich niekorzystnych efektów KPR na zdrowie. Zwiększanie zaangażowania w pracę w obliczu silnych konfliktów, zwłaszcza KPR, może być pomocne w zapobieganiu ich negatywnym skutkom dla zdrowia. *Med. Pr.* 2020;71(1):33–46

Słowa kluczowe: konflikty praca–rodzina i rodzina–praca, zaangażowanie w pracę, satysfakcja z pracy, afekt pozytywny i negatywny w pracy, mediator, moderator

ABSTRACT

Background: The aim of this study was to analyze the relationships between work–family conflict (WFC) and family–work conflict (FWC) and mental health, considering variables that can regulate (mediate or moderate) these relationships: work engagement and job-related subjective well-being (job satisfaction, positive – PA and negative – NA affects at work). **Material and Methods:** A total of 114 employees (31.6% of whom were men), aged 25–55 ($M = 35.39$, $SD = 7.42$), completed a set of questionnaires in the Polish version: *Work–Family Conflict and Family–Work Conflict*, *Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17)*, *Job Affect Scale*, *Job Satisfaction Scale*, and *General Health Questionnaire GHQ-28*. **Results:** Relations between all variables were consistent with expectations, besides an insignificant FWC–health correlation. The models of relationships (designed separately for WFC and FWC) tested in SEM analyses were very well-fitted to data. Each conflict positively predicted NA and, through NA, it also indirectly predicted health troubles. Each conflict also predicted negatively work engagement and, through it, it indirectly affected job satisfaction and PA, then indirectly NA and health troubles. However, the beneficial indirect effect of engagement on health was stronger than the indirect WFC/ FWC effect – higher work engagement predicted higher job satisfaction and PA, which in turn predicted negatively NA and health troubles. Mental health was directly predicted by PA (it decreased problems, i.e., enhanced health) and NA (it increased problems, i.e., weakened health), and additionally by the WFC and work engagement interplay. **Conclusions:** The obtained results confirm that FWC/FC–health relationships are complex and mediated by work engagement and job-related SWB dimensions. They also show that higher work engagement increases job-related SWB and indirectly enhances mental health. Additionally, its high level is a buffer of direct adverse effects of WFC on health. Increasing work engagement in the context of high FWC, and especially WFC, can be helpful in preventing their negative effects on health. *Med Pr.* 2020;71(1):33–46

Key words: work–family and family–work conflicts, work engagement, job satisfaction, positive and negative affect at work, mediator, moderator

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Anna M. Zalewska, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Psychologii w Warszawie, Katedra Psychologii Różnic Indywidualnych, Diagnostyki i Psychometrii, ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa, e-mail: azalewsk@swps.edu.pl
Nadesłano: 23 czerwca 2019, zatwierdzono: 20 sierpnia 2019

WSTĘP

W badaniach nad konfliktami między sferami pracy i rodziny analizowane są ich związki z potencjalnymi przyczynami i/lub skutkami [1], w tym zdrowiem [2–6]. Uwzględniane są też czynniki, które mogą te związki modyfikować [3,7]. Zgodnie z modelem stresu zawodowego rozwijanego w teorii wymagania–zasoby w pracy (*Job Demands-Resources* – JD-R) [8,9], konflikty między sferami pracy i rodziny są traktowane jako stresory, wymagania–przeszkody [10,11], a relacja stresory–zdrowie jest regulowana przez zasoby osobiste i środowiskowe, które mogą ją osłabiać lub modyfikować, być jej mediatorami lub moderatorami [8,9]. Uwzględniając to, że większe zasoby zwiększają zaangażowanie w pracę i sprzyjają satysfakcji z pracy [8–11], celem tego badania jest analiza relacji między konfliktami a zdrowiem z uwzględnieniem osobistego stosunku do pracy – zaangażowania w pracę i zadowolenia z niej – jako zmiennych, które mogą regulować te relacje jako ich mediatory lub moderatory. W badaniach inspirowanych teorią JD-R koncentrowano się dotąd głównie na roli wymagań i zasobów [8–11].

To badanie jest próbą rozszerzenia eksploracji czynników i procesów, które mogą uczestniczyć w osłabianiu oraz wzmacnianiu zdrowia, zgodnie z postulatami zgłaszanymi przez Schaufeliego i Tarisa [12] oraz Bakera i Demerouti [9]. W niektórych badaniach i metaanalizach uwzględniano już mediującą rolę satysfakcji z pracy w relacji konflikty–zdrowie [1], jednak zadowolenie z pracy jest pojęciem szerszym niż satysfakcja z niej – obejmuje także doświadczane w pracy afekty, pozytywny i negatywny. Zatem uwzględnienie szerszego konstruktów pozwoli uzupełnić wiedzę o znaczeniu każdego z tych wymiarów w relacji konflikty–zdrowie.

Konflikty praca–rodzina i rodzina–praca a zdrowie

Konflikty pomiędzy sferami pracy i rodziny pojawiają się wtedy, gdy wymagania jednej roli utrudniają pełnienie drugiej [13]. Konflikt rodzina–praca (KRP) oznacza, że wymagania w rodzinie utrudniają pełnienie obowiązków zawodowych. Z kolei konflikt praca–rodzina (KPR) występuje wtedy, gdy wymagania związane z rolą

zawodową utrudniają funkcjonowanie w rodzinie. Źródłem każdego z nich mogą być 3 rodzaje ograniczeń: związane z czasem (*time-based conflict*), napięciem (*strain-based conflict*) lub specyfiką wymagań (*behaviour-based conflict*).

Konflikty rodzina–praca i praca–rodzina są najczęściej badane odrębnie. Zakłada się, że oprócz wspólnych przyczyn i skutków każdy z konfliktów może mieć także specyficzne dla siebie albo wykazywać silniejsze związki z niektórymi z nich [1,5,6,13–15]. Badania potwierdzają, że KRP jest silniej związany z wymaganiami w rodzinie (np. posiadanie dzieci, wiek dzieci), a KPR – z wymaganiami w pracy, np. przeciążenie nią [1,6,14,15]. Podobne wnioski płyną z metaanaliz dotyczących uwarunkowań konfliktów [3]. W odniesieniu do skutków konfliktów, w tym także do zdrowia, dane są jednak niespójne.

Metaanalizy badań nad skutkami KPR [2] wskazują na wiele jego związków ze zdrowiem. Wyższemu poziomowi KPR towarzyszyły większy stres związany z pracą i rodziną, silniejsze objawy wypalenia zawodowego i depresji, gorszy stan zdrowia w kategoriach ogólnego napięcia, symptomów somatycznych i nadużywania alkoholu. Także w nowszych badaniach KPR był istotnym predyktorem psychologicznego dystresu (objawy niepokoju, depresji i zaburzenia funkcjonowania) wśród specjalistów budownictwa w południowej Afryce [4]. Wzajemne (słabe) zależności między KPR a dystresem psychologicznym stwierdzono w badaniach podłużnych wśród pracujących matek w Australii [16].

Z badań Frone'a [5] przeprowadzonych na amerykańskiej próbie reprezentatywnej (2700 osób) wynika, że obydwa konflikty są dodatkowo powiązane z uzależnieniami, lękiem i zaburzeniami nastroju, ale związki tych zaburzeń są silniejsze z KRP niż z KPR. Wyniki późniejszych metaanaliz dotyczących skutków każdego z konfliktów [3] również pokazały, że obydwa konflikty były istotnie powiązane ze wskaźnikami zdrowia. Stwierdzono słabe lub umiarkowane związki (ważone średnie korelacje) KPR ze zgłaszanymi dolegliwościami, napięciem psychicznym, somatycznymi symptomami, lękiem i objawami depresji. Związki KRP z tymi wskaźnikami zdrowia były podobne lub słabsze.

Z przeglądu badań oraz metaanaliz [2,3] wynika, że silniejsze konflikty są powiązane ze słabszym zdrowiem psychicznym i fizycznym. Skutki zdrowotne konfliktów mają szeroki zakres, ale dane uzyskiwane w różnych próbach się różnią. Taki obraz wyników wzmacnia przypuszczenie, że relacje konfliktów ze zdrowiem są regulowane (osłabiane lub wzmacniane) przez inne zmienne (np. zasoby osobiste).

Zadowolenie z pracy i jego związki z konfliktami oraz zdrowiem

Zgodnie z transakcyjnym modelem jakości życia [17] zadowolenie z pracy jest komponentem subiektywnego dobrostanu, który odnosi się do sfery pracy. Zadowolenie z pracy oznacza względnie stałą ocenę pracy lub postawę wobec niej, która jest wyrażana w ocenach poznawczych (co osoba myśli o pracy – satysfakcja z pracy) i afektywnych (co osoba czuje wobec pracy lub w pracy). Satysfakcja z pracy jest tu rozumiana jako sąd wartościujący, który wskazuje, jak korzystne jest środowisko pracy dla danej jednostki [17–19]. Afektywne oceny wyrażane w emocjach wywoływanych przez różne zadania i elementy środowiska pracy odzwierciedlają odczucia osoby wobec pracy. Emocje jako reakcje na bodźce mają charakter dyskretny, trwają tylko przez pewien czas i zanikają. Afektywne oceny wyrażane w nastroju odczuwanym w pracy także określają, co osoba czuje w pracy, ale mają bardziej rozlany charakter (trudno wskazać ich konkretne przyczyny) i trwają dłużej niż emocje [17,18,20,21].

W badaniu tym oprócz satysfakcji z pracy uwzględniono 2 dwubiegunowe wymiary nastroju: afekt pozytywny (AP) i afekt negatywny (AN). Bieguny AP wyrażają pozytywne stany o wysokiej aktywacji (entuzjazm, chęć do działania) oraz negatywne stany o niskiej aktywacji (nuda, zmęczenie). Bieguny AN wyrażają stany negatywne o wysokiej aktywacji (niepokój, złość) oraz stany pozytywne o niskiej aktywacji (spokój, relaks) w pracy [18,20]. Wysokie zadowolenie z pracy oznacza wysoką satysfakcję z pracy, silny AP i słaby AN. Każdy z wymiarów ma specyficzne uwarunkowania, ale generalnie ich poziom zależy od cech osoby (głównie cechy osobowości), środowiska pracy oraz ich współdziałania [17].

W badaniach dotyczących potencjalnych skutków KPR i KRP wykrywano ich ujemne związki z satysfakcją z pracy, a także z funkcjonowaniem w niej. W metaanalizach wykonanych przez Allen i wsp. [2] stwierdzono dodatni związek KPR z intencją porzucenia pracy (10 badań) i negatywne związki z przywiązaniem do

organizacji (6 badań), poziomem wykonania (4 badania) i satysfakcją w pracy (38 badań, ale w niektórych korelacje dodatnie). W metaanalizach wykonanych przez Amstad i wsp. [3] ważona średnia korelacja dla satysfakcji z pracy z KPR wynosiła $r_w = -0,26$ (na podstawie 54 badań obejmujących ponad 25 tys. osób), a z KRP $r_w = -0,13$ (na podstawie 35 badań obejmujących ponad 19 tys. osób).

We wczesnych badaniach wykryto także ujemne związki między satysfakcją z pracy a wskaźnikami zdrowia: wypaleniem, depresją, lękiem, używaniem środków uzależniających i objawami somatycznymi [17,18]. Metaanalizy na podstawie 485 badań [22] potwierdzają umiarkowane powiązanie satysfakcji z pracy z samooceną i zdrowiem: wypaleniem, depresją, lękiem, oraz relację ze zdrowiem fizycznym. Współczesne badania portugalskie [23] także wskazują na pozytywne związki satysfakcji z pracy ze zdrowiem fizycznym i emocjonalnym oraz dobrostanem (szczęściem, samooceną, AP i AN).

W niewielu badaniach uwzględniano 3 wymiary zadowolenia z pracy. Z badań Kafetsiosa [24] wynika, że konflikt między sferami pracy i rodziny (bez kierunku) był negatywnie skorelowany z satysfakcją z pracy i AP, a pozytywnie z AN, wypaleniem i dystresem (mierzonym za pomocą kwestionariusza GHQ-28). Rezultaty hierarchicznej analizy regresji i testów mediacji pokazały, że AP i AN mediowały efekty konfliktu na satysfakcję z pracy, a także na wypalenie i dystres. Także w polskich badaniach stwierdzono, że obydwa konflikty były pozytywnie skorelowane z AN, a negatywnie z satysfakcją z pracy i AP [7,21].

Herzberg i wsp. [25] wykazali, że doświadczanie emocji pozytywnych w pracy zwiększa poziom wykonania, poczucie szczęścia i możliwości samorealizacji, natomiast przeżywanie emocji negatywnych skutkuje gorszym zdrowiem fizycznym i psychicznym. Z badań Kafetsiosa [24] wynika, że obydwa wymiary afektywne są bezpośrednimi predyktorami zdrowia: wypalenia i dystresu.

Przedstawiony przegląd badań pozwala przypuszczać, że silniejsze konflikty (zwłaszcza KPR) będą powiązane z mniejszym zadowoleniem z pracy (słabsza satysfakcja i AP, silniejszy AN), a mniejsze zadowolenie z pracy będzie wiązać się z gorszym zdrowiem. Wyniki badań dotyczące aspektu afektywnego nie są jednoznaczne, zatem włączenie do badań 3 wymiarów (satysfakcji z pracy, AP i AN w pracy) może pomóc w uzyskaniu bardziej kompletnego obrazu i lepszego rozumienia relacji między konfliktami, zadowoleniem z pracy a zdrowiem (i zaangażowaniem).

Zaangażowanie w pracę i jego związki z badanymi zmiennymi

Jednym z kluczowych pojęć w psychologii organizacji jest zaangażowanie w pracę. Schaufeli i Bakker [11] dokonują przeglądu różnych definicji oraz dowodzą, że zaangażowanie w zaproponowanym przez nich rozumieniu wykazuje dużą trafność różnicową. Jest odrębnym konstruktem, negatywnie powiązany z wypaleniem, a pozytywnie z pracoholizmem, osobistą inicjatywą, poświęceniem się pracy (*job involvement*), przywiązaniem do organizacji (*organizational commitment*), satysfakcją z pracy. Schaufeli i Bakker [26] przez zaangażowanie w pracę rozumieją nie chwilowy stan, ale względnie stały i pogłębiający się afektywno-poznawczy stosunek do obowiązków, ludzi i obiektów związanych z pracą [11]. Zaangażowanie w pracę zawiera 3 komponenty: wigor (*vigor*), oddanie (*dedication*) i zaabsorbowanie (*absorption*) [27]. Wigor oznacza wysoki poziom energii, prężności umysłowej i odporności psychicznej w czasie pracy, wolę inwestowania wysiłku w pracę i wytrwałość, zwłaszcza w obliczu trudności. Oddanie to silne utożsamianie się ze swoją pracą, poczucie jej znaczenia, odczuwanie inspiracji, entuzjazmu, dumy z jej wykonywania. Zaabsorbowanie oznacza koncentrację na pracy, poczucie, że trudno się od niej oderwać oraz że w trakcie jej wykonywania szybko mija czas.

Zgodnie z modelem JD-R, przedstawionym przez Schaufeliego i Bakker [10], funkcjonowanie w pracy oraz stres i zdrowie pracowników zależą od wymagań i zasobów. Wymagania obejmują fizyczne, psychologiczne, społeczne i organizacyjne aspekty pracy – np. przeciążenie pracą, trudne warunki pracy, złe relacje interpersonalne, ale także wewnętrzne konflikty ról czy konflikty między sferami pracy i rodziny [10]. Sprostanie im wymaga od pracowników wysiłku i powoduje koszty psychofizjologiczne. Jeśli wymagania są bardzo wysokie, prowadzą do wypalenia i problemów zdrowotnych (proces energetyczny).

Zasoby w środowisku pracy to czynniki, które stymulują rozwój, umożliwiają osiągnięcie celów i obniżanie kosztów psychofizjologicznych: społeczne (np. wsparcie), związane z firmą (np. płaca), z organizacją pracy (np. jasność ról) i samą pracą (np. autonomia). Do modelu JD-R włączono również zasoby osobiste (np. poczucie skuteczności) sprzyjające zaangażowaniu i związane z zasobami w środowisku pracy [8,9,12]. Zasoby prowadzą do zaangażowania w pracę i pozytywnych skutków w funkcjonowaniu oraz zabezpieczają przed rozwojem wypalenia (proces motywacyjny).

Bakker i Demerouti [8,9] dokonali obszernych przeglądów badań nad teorią JD-R. W badaniach tych potwierdzono, że zaangażowanie w pracę jest powiązane z zasobami w pracy (np. wsparciem, możliwościami rozwoju), zasobami osobistymi (np. poczuciem kontroli i samoocena w pracy) oraz pozytywnym funkcjonowaniem w pracy (np. efektywnością i wynagrodzeniem czy proaktywnym zachowaniem).

Z modelu JD-R [10–12] nie wynika wprost, jaka relacja zachodzi między wymaganiami a zaangażowaniem w pracę, jaką rolę odgrywa zaangażowanie w pracę w relacji wymagania–zadowolenie ani zaangażowanie w pracę dla zdrowia. Także w teorii JD-R [8,9] relacje te są pomijane, chociaż w niektórych badaniach wykryto, że zaangażowanie w pracę jest pozytywnie powiązane ze zdrowiem i przyczynia się do jego wzmocnienia [12].

Skoro zaangażowanie w pracę oznacza pozytywny stan afektywno-motywacyjny, bezpośrednio wyznaczany przez zasoby, można przypuszczać, że zaangażowanie to sprzyja zadowoleniu z pracy. Przypuszczenie, że większe zaangażowanie jest predyktorem większej satysfakcji z pracy, znalazło potwierdzenie w badaniach argentyńskich nauczycieli [28]. W badaniu tym Pujol-Cols i Lazzaro-Salazar [28] stwierdzili również, że zaangażowanie moderowało wpływ 3 z 6 postrzeganych czynników ryzyka na satysfakcję z pracy – buforowało negatywne efekty braku wsparcia społecznego i kierownictwa oraz niewystarczającego szacunku.

Uwzględniając wyniki badań pokazujących, że większej satysfakcji towarzyszą mniejsze koszty zdrowotne [22,23], oraz badań Kafetsiosa [24], z których wynika, że konflikt poprzez afektywne wymiary zadowolenia z pracy wpływa na wypalenie i dystres, można oczekiwać, że zadowolenie z pracy, a zwłaszcza jego afektywne wymiary, są bezpośrednimi predyktorami zdrowia. Odwołując się do wyników, jakie uzyskali Pujol-Cols i Lazzaro-Salazar [28], można także przypuszczać, że podobnie jak zasoby [8,9] zaangażowanie może modyfikować relacje między konfliktami (stresorami) a zdrowiem – jego wysoki poziom może buforować negatywne skutki konfliktów na zdrowie.

Z drugiej strony, skoro wymagania są związane ujemnie z zasobami [10,12], można przypuszczać, że silniejsze konflikty między pracą a rodziną, utrudniając wypełnianie wymagań w rodzinie i/lub pracy, osłabiają zasoby (np. możliwości rozwoju, poczucie kontroli, skuteczności), a w konsekwencji zaangażowanie w pracę. Wyniki wskazujące na ujemne związki KPR i KRP z zaangażowaniem stwierdzono w polskich badaniach [7,21].

Wyniki ostatniego badania nie potwierdziły hipotezy, że zaangażowanie moderuje relacje między konfliktami KRP i KPR a zadowoleniem, ale wskazały, że zaangażowanie mediowało te relacje: silniejsze konflikty były predyktorami mniejszego zaangażowania, a pośrednio poprzez zaangażowanie – mniejszej satysfakcji z pracy i AP. Jednak w badaniach tych Zalewska [21] wykryła również, że bezpośrednio pozytywne efekty zaangażowania w pracę na satysfakcję z pracy i AP były znacznie silniejsze niż pośrednie (przez zaangażowanie) negatywne efekty konfliktów na te wymiary zadowolenia z pracy.

Odwołując się do przedstawionych przesłanek teoretycznych i danych empirycznych o związkach pomiędzy badanymi zmiennymi, sformułowano następujące hipotezy:

- H1: konflikty praca-rodzina i KRP (wymagania) są negatywnie powiązane z zaangażowaniem w pracę i zadowoleniem z niej, a pozytywnie z problemami zdrowotnymi (słabszym zdrowiem).
- H2: zaangażowanie w pracę jest pozytywnie związane z zadowoleniem z pracy i obie te zmienne są negatywnie powiązane z problemami zdrowotnymi.
- H3: relacja między zaangażowaniem w pracę a zdrowiem jest mediowana przez wymiary zadowolenia z pracy – większe zaangażowanie jest predyktorem większego zadowolenia, a poprzez większe zadowolenie pośrednio chroni zdrowie – przewiduje mniej problemów zdrowotnych.
- H4: relacje między konfliktami a zdrowiem są pośredniczone przez zaangażowanie w pracę i wymiary zadowolenia z niej – silniejsze konflikty są predyktorami słabszego zaangażowania oraz mniejszego zadowolenia z pracy, co prowadzi do większych problemów zdrowotnych.
- H5: poziom zaangażowania w pracę moderuje relacje między konfliktami a zdrowiem – jego wysoki poziom jest buforem chroniącym przed bezpośrednimi negatywnymi skutkami konfliktów.

MATERIAŁ I METODY

Osoby badane i procedura

Zbadano 114 pracowników (w tym 36 mężczyzn – 31,6%) w wieku 25–55 lat ($M = 35,39$, $SD = 7,42$). Osoby samozatrudnione stanowiły 19% grupy, pozostałe pracowały w firmach. Z wyjątkiem 1 osoby (o wykształceniu zawodowym) wszystkie miały co najmniej średnie wykształcenie (17% – licencjackie, 65% – magisterskie). W związkach partnerskich lub małżeńskich pozostawało 89 osób (78%), 67 osób (59%) miało przynajmniej 1 dziecko.

Badania były dobrowolne i anonimowe. Po wyjaśnieniu celu i przebiegu badania oraz uzyskaniu świadomej zgody uczestnika prowadzący wręczał mu zestaw kwestionariuszy i udzielał bezpośredniej instrukcji. Odbiór wypełnionych materiałów następował po tygodniu. Dane personalne zebrano za pomocą metryczki umieszczonej w kwestionariuszu do pomiaru konfliktów między pracą a rodziną.

Kwestionariusze

Kwestionariusz *Konflikty: praca-rodzina i rodzina-praca* [14] w wersji oryginalnej i w polskiej adaptacji [15] zawiera 10 pozycji zaopatrzonych w 7-stopniowe skale odpowiedzi (od 1 – „zdecydowanie nie zgadzam się”, do 7 – „zdecydowanie zgadzam się”). Pierwsze 5 pozycji dotyczy KPR, ostatnie 5 pozycji – KRP. Wskaźnikami KPR i KRP jest średnia (lub suma) punktów dla 5 pozycji (im wyższy wynik, tym wyższy poziom konfliktu). W oryginalnej i polskiej wersji kwestionariusza konflikty są ze sobą skorelowane w umiarkowanym stopniu, a KPR występuje w większym natężeniu niż KRP. Skale wykazują wysoką rzetelność w wersji oryginalnej (α Cronbacha = 0,88–0,89 dla KPR i, odpowiednio, 0,83–0,89 dla KRP) oraz w wersji polskiej (α Cronbacha = 0,94 dla KPR i, odpowiednio, 0,80 dla KRP).

Kwestionariusz *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES-17) [26] w polskiej adaptacji [29], podobnie jak w wersji oryginalnej, zawiera 17 pytań mierzących 3 wymiary: wigor (np. „W pracy czuję się silny i pełen energii”), oddanie (np. „Jestem dumny z pracy, którą wykonuję”) i zaangażowanie (np. „Zapominam się, kiedy pracuję”). Osoba badana zaznacza na 7-stopniowej skali ocenę swojego zaangażowania (od 0 – „nigdy” do 6 – „każdego dnia”). Im wyższe wyniki, tym wyższy poziom zaangażowania w pracę. Oryginalne narzędzie [26] ma zadowalającą rzetelność dla całości (α Cronbacha = 0,93) i 3 wymiarów (0,82–0,92). Tu analizowano globalne zaangażowanie w pracę, które w polskiej wersji także cechuje wysoka rzetelność (α Cronbacha = 0,93) [7,29].

Skala satysfakcji z pracy (SSP) opracowana przez Zalewską [19] służy do pomiaru poznawczego aspektu zadowolenia z pracy, bez narzucania kryteriów oceny. Składa się z 5 sądów wartościujących, wyrażających ogólny stosunek do pracy, zaopatrzonych w 7-stopniowe skale odpowiedzi (od 1 – „zdecydowanie nie zgadzam się”, do 7 – „zdecydowanie zgadzam się”). Jest skalą 1-czynnikową, cechuje ją wysoka spójność wewnętrzna (α Cronbacha = 0,85) i duża trafność [19]. Wskaźnikiem satysfakcji z pracy jest średnia (lub suma) punk-

tów uzyskanych dla 5 pozycji – im wyższy wynik, tym wyższy poziom satysfakcji.

Skala afektu w pracy (SAP) [18] w polskiej adaptacji [20] mierzy 2 składniki emocjonalnego aspektu zadowolenia z pracy: AP i AN. Każdy z nich mierzony jest za pomocą 10 określeń opisujących stany afektywne, do których dołączone są 7-stopniowe skale intensywności (od 1 – „bardzo słabo”, do 7 – „bardzo silnie”). Afekt pozytywny zawiera 6 określeń opisujących pozytywne zaangażowanie (np. zapał, chęć do pracy) i 4 pozycje określające negatywne odczucia braku zaangażowania (np. znużenie, poczucie znużenia). Afekt negatywny obejmuje 6 stanów oznaczających negatywne zaangażowanie (np. napięcie, wrogość) i 4 pozycje dla pozytywnych odczuć spokoju i relaksu. Zgodnie z instrukcją w wersji oryginalnej ocena intensywności stanów afektywnych dotyczy ostatniego tygodnia pracy – w wersji polskiej ocena ta dotyczy ostatnich 2 tygodni [20]. Wskaźnikiem danego afektu jest średnia punktów uzyskana po uprzednim odwróceniu wyników 4 pozycji z niskiego bieguna – im wyższe wyniki na skali AP, tym silniej odczuwane jest pozytywne zaangażowanie; im wyższe wyniki na skali AN, tym silniej doświadczane jest negatywne zaangażowanie. Obie skale w polskiej wersji wykazują dużą trafność i rzetelność (współczynnik α Cronbacha dla AP = 0,87, dla AN = 0,80).

Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia GHQ-28 Goldberga [30] w polskiej adaptacji [31] zastosowano do pomiaru zdrowia. Składa się z 28 pytań, po 7 pytań dla 4 skal: *Skala A – symptomy somatyczne*, *Skala B – niepokój i bezsenność*, *Skala C – zaburzenia funkcjonowania* i *Skala D – symptomy depresji*. Pytania dotyczą zmian w stanie zdrowia w ciągu ostatnich 2 tygodni. Do pytań załączone są 4-stopniowe skale odpowiedzi (tu używano punktacji 0–3 stosowanej do oszacowania kondycji psychicznej lub dystresu) w 2 wariantach (od „lepiej niż zwykle” do „znacznie gorzej niż zwykle” albo od „w ogóle nie” do „znacznie bardziej niż zwykle”). Wskaźnikiem ogólnego zdrowia jest wynik ogólny, suma odpowiedzi na wszystkie pytania (0–84) – im wyższy wynik, tym większy dystres, istotniejsze problemy zdrowotne, gorszy stan zdrowia. Pomiar ogólnego zdrowia cechuje wysoka rzetelność (współczynnik α Cronbacha = 0,91–0,93).

Analizy

Zebrane dane zakodowano i opracowano ilościowo w programie IBM SPSS. Do weryfikacji hipotez H1 i H2 o prostych związkach między zmiennymi wykorzystano korelacje r Pearsona. W celu weryfikacji hipotez H3–H5

dotyczących ogólnych modeli zależności zastosowano analizę modelowania równań strukturalnych (*Structural Equation Modeling* – SEM) w programie IBM SPSS AMOS 25. Taka analiza pozwala na ocenę złożonych zależności – wszystkich efektów bezpośrednich i pośrednich dla badanych zmiennych. Wykonano 2 analizy SEM, odrębnie dla KPR i KRP. W każdym modelu dany konflikt i iloczyn (interakcja) konfliktu z zaangażowaniem w pracę traktowano jako 2 zmienne wyjaśniające (egzogenne), a wszystkie pozostałe zmienne (zaangażowanie w pracę, wymiary zadowolenia z pracy, zdrowie) jako zmienne wyjaśniane (endogenne), oznaczając oczekiwane relacje między nimi. Po usunięciu nieistotnych ścieżek sprawdzono, jak dobrze model jest dopasowany do danych.

W przypadku istotnego efektu interakcji konfliktu z zaangażowaniem w pracę, aby dokładnie oszacować wielkości efektów konfliktu przy różnym poziomie zaangażowania, zastosowano dodatkowo analizę moderacji z użyciem makra PROCESS (model 1) Hayesa [32].

WYNIKI

Związki między zmiennymi

W tabeli 1 zestawiono parametry opisowe badanych zmiennych, współczynniki rzetelności pomiaru w badanej próbie oraz korelacje pomiędzy zmiennymi z uwzględnieniem płci. Wszystkie pomiary zmiennych cechowała zadowalająca rzetelność. Płeć była istotnie powiązana jedynie ze zdrowiem – kobiety miały gorszą kondycję psychiczną niż mężczyźni, ale nie różniły się od nich natężeniem innych badanych zmiennych. W analizowanej grupie dość silnie powiązane były ze sobą wymiary zadowolenia z pracy: satysfakcja z pracy silnie pozytywnie korelowała z AP, a AN był z nimi skorelowany negatywnie. Konflikt praca–rodzina i KRP pozytywnie korelowały ze sobą w stopniu umiarkowanym, a natężenie KPR ($M = 3,33$, $SD = 1,53$) było wyższe niż KRP ($M = 2,32$, $SD = 1,16$), $t(113) = 7,52$, $p < 0,001$.

Obydwa konflikty były negatywnie powiązane z zaangażowaniem w pracę i zadowoleniem z niej – negatywnie z satysfakcją z pracy i AP, a pozytywnie z AN. Oznacza to, że wyższemu natężeniu konfliktów towarzyszy silniejszy AN, a zarazem mniejsze zaangażowanie w pracę, niższa satysfakcja z pracy i słabszy AP. Jedynie KPR był istotnie związany pozytywnie ze wskaźnikiem zdrowia, co oznacza, że wyższy poziom tego konfliktu wiąże się ze słabszym zdrowiem. Korelacja KRP ze wskaźnikiem zdrowia była także pozytywna, ale nieistotna. Jedynie ostatni wynik, sugerujący brak bezpo-

Tabela 1. Statystyki opisowe, wskaźniki rzetelności oraz korelacje między zmiennymi uwzględnianymi w badaniu nad związkami konfliktów praca–rodzina i rodzina–praca ze zdrowiem wśród polskich pracowników (N = 114)

Table 1. Descriptive statistics, reliability indices, and correlations between variables considered in the research on the relationships between work–family and family–work conflicts and health among Polish employees (N = 114)

Zmienna Variable	M	SD	α	Współczynnik korelacji Pearsona Pearson's correlation coefficients							
				2	3	4	5	6	7	8	
1. Płeć ^a / Sex ^a	–	–	–	0,02	0,05	0,02	–0,06	0,01	–0,09	–0,27**	
2. Konflikt praca–rodzina / / Work–family conflict	3,33	1,53	0,94		0,45***	–0,22*	–0,23*	–0,19*	0,40***	0,26**	
3. Konflikt rodzina–praca / / Family–work conflict	2,32	1,16	0,91			–0,21*	–0,22*	–0,23*	0,27**	0,13	
4. Zaangażowanie w pracę / / Work engagement	4,06	0,98	0,92				0,69***	0,68***	–0,47***	–0,38***	
5. Satysfakcja z pracy / Job satisfaction	4,79	1,17	0,88					0,56***	–0,48***	–0,34***	
6. Afekt pozytywny / Positive affect	4,60	0,90	0,86						–0,55***	–0,50***	
7. Afekt negatywny / Negative affect	3,16	0,79	0,76							0,54***	
8. Zdrowie ^b / Health ^b	21,67	11,08	0,92								

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

α – wskaźnik rzetelności Cronbacha / Cronbach's reliability index.

^a Kobiety = 0, mężczyźni = 1 / Women = 0, men = 1.

^b Im wyższy wskaźnik, tym gorsze zdrowie / The higher the index, the worse the health.

średniego związku między tymi zmiennymi, jest niezgodny z hipotezą H1, pozostałe wyniki ją potwierdzają.

Wyniki analiz korelacyjnych w pełni potwierdzają hipotezę H2. Zaangażowanie w pracę było pozytywnie skorelowane z zadowoleniem z niej – silnie pozytywnie z satysfakcją z pracy i AP, a umiarkowanie i negatywnie z AN – i te 4 zmienne były skorelowane ze zdrowiem zgodnie z oczekiwaniem: większe zaangażowanie, wyższa satysfakcja z pracy, silniejszy AP i słabszy AN były związane z niższym wskaźnikiem zdrowia, oznaczającym mniejsze problemy zdrowotne, a zatem lepsze zdrowie. Korelacje obu afektów ze zdrowiem były silne i wyższe niż dla innych zmiennych, co wzmacnia przypuszczenie, że to one są bezpośrednimi predyktorami stanu zdrowia.

Modele zależności między badanymi zmiennymi

W celu weryfikacji ogólnego modelu zależności między zmiennymi zbudowano 2 modele zależności, odrębnie dla KRP i KPR. W każdym modelu zgodnie z hipotezą H3 przyjęto, że relacje między zaangażowaniem w pracę a zdrowiem są pośredniczone przez wymiary zadowolenia z pracy. Zgodnie z hipotezą H4 przyjęto, że relacje

między konfliktem a zdrowiem są pośredniczone przez zaangażowanie w pracę i wymiary zadowolenia z niej. Zgodnie z hipotezą H5 przyjęto także, że zdrowie jest bezpośrednio przewidywane przez interakcję konfliktu z zaangażowaniem w pracę. W toku analiz usunięto ścieżki nieistotne i oszacowano dopasowanie modelu do danych. Na rycinie 1 przedstawiono zweryfikowany model zależności między zmiennymi z uwzględnieniem KRP, zawierający wszystkie istotne efekty bezpośrednie. W tabeli 2 zamieszczono standaryzowane wskaźniki efektów pośrednich dla badanych zmiennych.

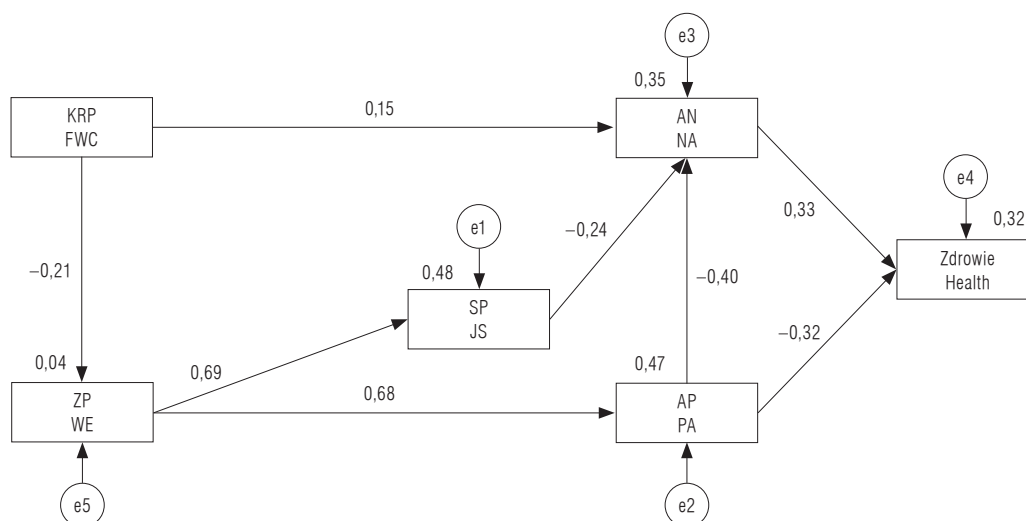
Wyniki analizy SEM dla całościowego modelu zależności z uwzględnieniem KRP wskazują na bardzo dobre dopasowanie modelu do danych (CMIN = 5,852, DF = 7, p = 0,557, CMIN/DF = 0,836, GFI = 0,982, NFI = 0,977, TLI = 1,0, CFI = 1,0, RMSEA = 0,000, CI: 0,000–0,104). Informują także, że w tym modelu wyjaśniana jest znaczna część wariancji każdej zmiennej – uzyskano następujące wartości współczynnika determinacji R² dla zmiennych: satysfakcja z pracy = 0,476, AP = 0,467, AN = 0,352 i zdrowie = 0,323. Jedynie dla zaangażowania w pracę współczynnik ten jest niższy (0,043) i oznacza, że KRP wyjaśnia ok. 4,3% jego wariancji.

Tabela 2. Standaryzowane efekty pośrednie badanych zmiennych w modelu zależności między konfliktem rodzina–praca (KRP) a zdrowiem wśród polskich pracowników (N = 114)

Table 2. Standardized indirect effects of the examined variables in the model of the relationships between family–work conflict (FWC) and health among Polish employees (N = 114)

Zmienna Variable	KRP FWC	ZP WE	SP JS	AP PA	AN NA
1. Zaangażowanie w pracę (ZP) / Work engagement (WE)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
2. Satisfakcja z pracy (SP) / Job satisfaction (JS)	-0,144	0,000	0,000	0,000	0,000
3. Afekt pozytywny (AP) / Positive affect (PA)	-0,142	0,000	0,000	0,000	0,000
4. Afekt negatywny (AN) / Negative affect (NA)	0,090	-0,434	0,000	0,000	0,000
5. Zdrowie ^a / Health ^a	0,126	-0,362	-0,078	-0,132	0,000

^a Im wyższy wskaźnik, tym gorsze zdrowie / The higher the index, the worse the health.



Na rycinie przedstawiono standaryzowane efekty bezpośrednie / Standardized direct effects are presented.

Oznaczenia i skróty jak w tabeli 2 / Signs and abbreviations as in Table 2.

Rycina 1. Zależności między konfliktem rodzina–praca (KRP), zaangażowaniem w pracę, wymiarami zadowolenia z pracy i zdrowiem – wyniki analizy modelowania równań strukturalnych (SEM) na danych standaryzowanych wśród polskich pracowników (N = 114)

Figure 1. Relationships between family-work conflict (FWC), work engagement, job-related subjective well-being dimensions, and health – results of the structural equation modeling (SEM) analysis on standardized data among Polish employees (N = 114)

Ze względu na podobieństwo zależności w obu modelach dalej dokonano ich łącznej interpretacji, zwracając uwagę na wykryte różnice. Na rycinie 2 przedstawiono zweryfikowany model zależności między zmiennymi z uwzględnieniem KPR, a w tabeli 3 zamieszczono wskaźniki efektów pośrednich dla badanych zmiennych.

Także wyniki analizy SEM dla modelu z uwzględnieniem KPR informują o bardzo dobrym dopasowaniu modelu do danych (CMIN = 12,918, DF = 12, p = 0,375, CMIN/DF = 1,076 GFI = 0,967, NFI = 0,953,

TLI = 0,994, CFI = 0,996, RMSEA = 0,026, CI: 0,000–-0,101). W tym modelu uzyskano podobne wartości współczynnika determinacji R² dla zmiennych: zaangażowanie w pracę – 0,048, satysfakcja z pracy – 0,476 i AP – 0,467, a nieco wyższe wartości dla zmiennych AN – 0,424 i zdrowie – 0,339. Zatem zmienne w modelu uwzględniającym KPR wyjaśniają nieco większą część wariacji AN i zdrowia.

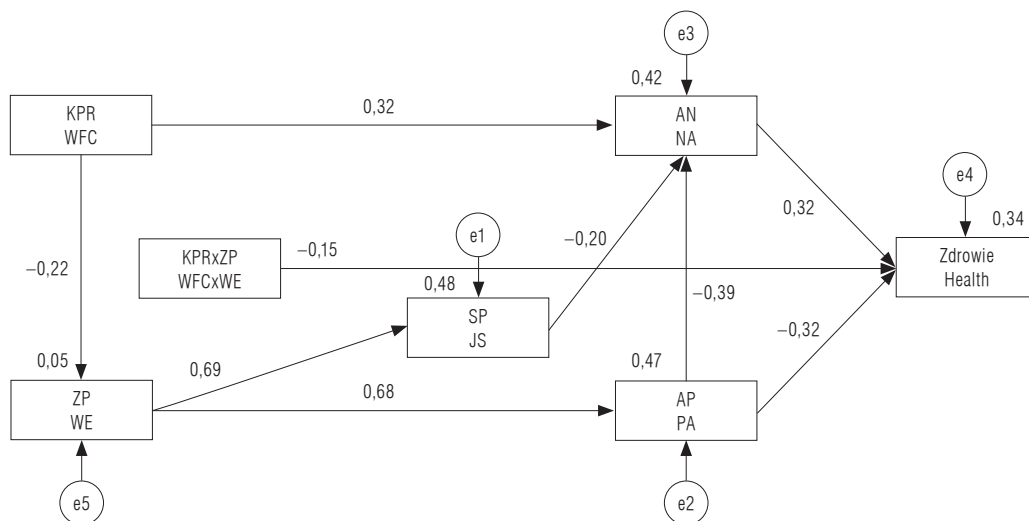
Z analiz zależności przedstawionych na rycinach 1 i 2 wynika, że bezpośrednimi predyktorami zdrowia były afektywne wymiary zadowolenia z pracy (AP i AN).

Tabela 3. Standaryzowane efekty pośrednie badanych zmiennych w modelu zależności między konfliktem praca–rodzina (KPR) a zdrowiem wśród polskich pracowników (N = 114)

Table 3. Standardized indirect effects of the examined variables in the model of the relationships between work–family conflict (WFC) and health among Polish employees (N = 114)

Zmienna Variable	KPR×ZP WFC×WE	KPR WFC	ZP WE	SP JS	AP PA	AN NA
1. ZP / WE	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
2. SP / JS	0,000	-0,152	0,000	0,000	0,000	0,000
3. AP / PA	0,000	-0,150	0,000	0,000	0,000	0,000
4. AN / NA	0,000	0,089	-0,406	0,000	0,000	0,000
5. Zdrowie ^a / Health ^a	0,000	0,178	-0,351	-0,063	-0,126	0,000

KPR×ZP – interakcja konfliktu praca–rodzina z zaangażowaniem w pracę / WFC×WE – interaction of work–family conflict with work engagement. Pozostałe oznaczenia i skróty jak w tabeli 2 / Other signs and abbreviations as in Table 2.



Na rycinie przedstawiono standaryzowane efekty bezpośrednie / Standardized direct effects are presented. Oznaczenia i skróty jak w tabeli 3 / Signs and abbreviations as in Table 3.

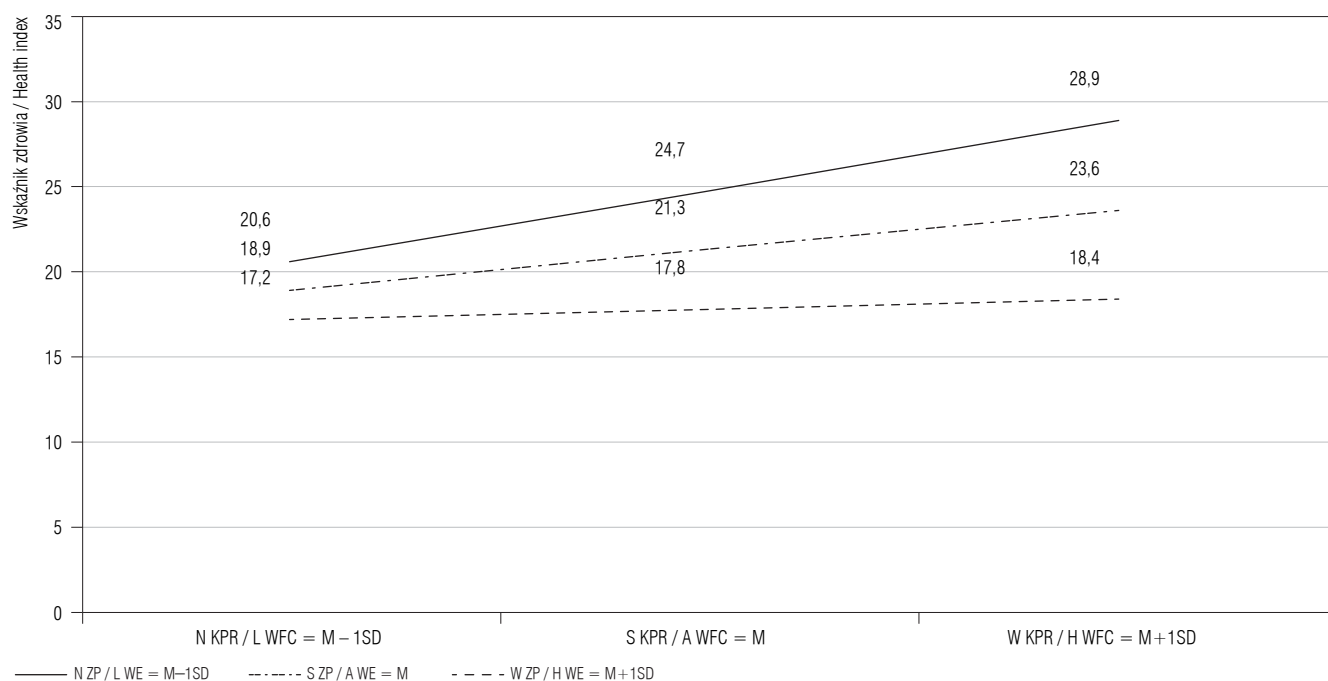
Rycina 2. Zależności między konfliktem praca–rodzina (KPR), zaangażowaniem w pracę, wymiarami zadowolenia z pracy i zdrowiem – wyniki analizy modelowania równań strukturalnych (SEM) na danych standaryzowanych wśród polskich pracowników (N = 114)
Figure 2. Relationships between work–family conflict (WFC), work engagement, job-related subjective well-being dimensions and health – results of the Structural Equation Modeling (SEM) analysis on standardized data among Polish employees (N = 114)

Jednak 4 ścieżki pokazują, jak silniejsze konflikty mogą przyczynić się do przewidywania zdrowia poprzez:

- wyższy AN,
- słabsze zaangażowanie i AP,
- słabsze zaangażowanie, AP i AN,
- słabsze zaangażowanie w pracę, satysfakcję z niej i AN.

Każdy konflikt (KRP/KPR) był bezpośrednim pozytywnym predyktorem AN – jego większe natężenie przewidywało większą intensywność AN, który był bezpośrednim predyktorem słabszego zdrowia, większych

problemów zdrowotnych. Każdy konflikt był także negatywnym predyktorem zaangażowania w pracę (wyjaśniał ok. 4–5% wariancji) – większe nasilenie konfliktu przewidywało słabsze zaangażowanie. Zaangażowanie w pracę było silnym pozytywnym predyktorem satysfakcji z pracy i AP, które bezpośrednio były negatywnie powiązane z AN – ich większemu natężeniu towarzyszył słabszy AN bezpośrednio powiązany ze zdrowiem. Afekt pozytywny również bezpośrednio przewidywał zdrowie – jego wyższemu natężeniu towarzyszyło mniej problemów (lepsze zdrowie).



N – niski / L – low, S – średni / A – average, W – wysoki / H – high.

Rycina 3. Wskaźniki zdrowia w zależności od natężenia konfliktu praca–rodzina (KPR) przy różnych poziomach zaangażowania w pracę (ZP) wśród polskich pracowników (N = 114) – wynik kwestionariusza GHQ-28

Figure 3. Health indices according to the work–family conflict (WFC) intensity at different levels of work engagement (WE) among Polish employees (N = 114) – GHQ-28 score

Z danych zawartych w tabelach 2 i 3 wynika, że oprócz efektów bezpośrednich na AN i zaangażowanie w pracę każdy konflikt pośrednio (poprzez mniejsze zaangażowanie) negatywnie przewidywał satysfakcję z pracy i AP, dodatkowo wiązał się z większą intensywnością AN i większymi problemami zdrowotnymi (zgodnie z hipotezą H4). Większe zaangażowanie miało jednak silniejsze dobroczynne efekty pośrednie na zdrowie: poprzez większą satysfakcję z pracy i silniejszy AP wiązało się z mniejszą intensywnością AN i lepszym zdrowiem (zgodnie z hipotezą H3). W wyniku silniejszych bezpośrednich efektów zaangażowania niż pośrednich efektów konfliktów na satysfakcję z pracy i AP korzystne pośrednie efekty dla zdrowia (poprzez słabszy AN) wykryto także dla wyższej satysfakcji z pracy i wyższego AP.

Jedynie w modelu uwzględniającym KPR bezpośrednim predyktorem zdrowia jest interakcja (iloczyn) KPR i zaangażowania w pracę. Pogłębione analizy z użyciem makra PROCESS (model 1) potwierdzają, że interakcja zmiennych jest istotna $F(1, 110) = 3,99, p = 0,048$ i wyjaśnia dodatkowo ok. 3% wariancji wskaźnika zdrowia. Wyższe zaangażowanie w pracę pozwala przewidywać lepszy stan zdrowia (mniej problemów) przy wy-

sokim ($B = -5,26, p < 0,0001$) i średnim natężeniu KPR ($B = -3,46, p < 0,001$), natomiast przy niskim natężeniu KPR wartość predykcyjna zaangażowania jest nieistotna ($B = -1,70, p = 0,229$). Analogicznie silniejszy KPR pozwala na predykcję słabszego zdrowia przy niskim ($B = 4,12, p = 0,004$) i średnim natężeniu zaangażowania ($B = 2,36, p = 0,017$), ale przy wysokim zaangażowaniu w pracę natężenie KPR nie jest istotnym predyktorem zdrowia ($B = 0,60, p = 0,627$). Najgorszą kondycję psychiczną mają pracownicy mało zaangażowani w pracę i doświadczający silnego KPR (rycina 3). Uzyskane wyniki wskazują na moderującą rolę KPR dla relacji zaangażowanie w pracę–zdrowie, a także na moderującą rolę zaangażowania w relacji KPR–zdrowie. W odniesieniu do KPR potwierdzają zatem hipotezę H5, w której oczekiwano, że zaangażowanie w pracę jest moderatorem relacji między konfliktami a zdrowiem – wysoki poziom zaangażowania buforuje negatywny bezpośredni wpływ KPR na zdrowie.

OMÓWIENIE

Uzyskane wyniki potwierdziły hipotezy H1 i H2 dotyczące związków między zmiennymi – zaangażowanie

w pracę, zadowolenie z pracy i zdrowie są ze sobą powiązane dodatnio (H2) i negatywnie wiążą się z KPR i KRP (H1). Jedynie związek KRP ze zdrowiem był nieistotny, chociaż taki wykrywano w innych badaniach [3,5,7]. Ten wynik poddano dalszej dyskusji. W badanej grupie kobiety miały jedynie gorszy stan zdrowia niż mężczyźni (co jest zgodne z danymi dla polskiej próby normalizacyjnej [31]), ale nie różniły się od nich poziomem zaangażowania w pracę, satysfakcji z niej, AP i AN ani natężeniem konfliktów między pracą a rodziną. W literaturze dane dotyczące tych różnic są niespójne, gdyż prawdopodobnie nie zależą one od płci, ale od innych skorelowanych z nimi zmiennych, które mogą zmieniać się w różnych kulturach i w czasie [2,15]. W badanej grupie wykryto dość silne związki między wymiarami zadowolenia z pracy, co oznacza, że badani ujawniali raczej spójne ustosunkowanie do swojej pracy (np. wyższej satysfakcji towarzyszył silniejszy AP i słabszy AN).

Wyniki analiz w pełni potwierdziły hipotezę H3, w której oczekiwano, że relacja między zaangażowaniem w pracę a zdrowiem jest mediowana przez wymiary zadowolenia z pracy. W modelach nie ma istotnej bezpośredniej ścieżki między zaangażowaniem a zdrowiem, jednak zaangażowanie w pracę pośrednio (poprzez większą satysfakcję i AP) przewidywało AN i problemy zdrowotne. Zaangażowanie w pracę pełniło funkcję wzmacniającą w odniesieniu do pozytywnych aspektów zadowolenia (zwiększało satysfakcję z pracy i AP) oraz ochronną wobec AN i problemów zdrowia – poprzez AP i satysfakcję osłabiała ich natężenie. Wprowadzenie do analiz wszystkich wymiarów zadowolenia z pracy i zaangażowania w nią pokazało także, jak ważne ma ono znaczenie dla pozytywnych wymiarów zadowolenia z pracy – przy kontroli zaangażowania zanikły bezpośrednio związki między satysfakcją z pracy i AP. Oznacza to, że prosta korelacja między nimi ($r = 0,56$, $p < 0,001$) była pozorna, jest tzw. efektem trzeciej zmiennej [12] – wynika z wpływu zaangażowania w pracę na te zmienne.

Wyniki analiz SEM potwierdziły hipotezę H4, w której oczekiwano, że relacje między konfliktami a zdrowiem są pośredniczone przez zaangażowanie w pracę i wymiary zadowolenia z niej. Dla każdego wymiaru zadowolenia z pracy wykryto jednak odmienne relacje. Jedynie AN był mediatorem relacji między konfliktami a problemami zdrowotnymi, podobnie jak w badaniach Kafetsiosa [24]: silniejszy konflikt KRP/KPR był predyktorem silniejszego AN i pośrednio poprzez AN wiązał się ze słabszym zdrowiem, mimo że KRP nie był

istotnie skorelowany ze zdrowiem (tabela 1). W tej relacji nie pośredniczyło zaangażowanie w pracę. Oznacza to, że konflikty związane z gorszym funkcjonowaniem w każdej ze sfer bezpośrednio wywołują negatywne reakcje afektywne, którym towarzyszy wzrost kosztów zdrowotnych. Natomiast konflikty nie były bezpośrednimi predyktorami pozytywnych aspektów zadowolenia z pracy – satysfakcji z pracy i AP. W relacjach konfliktów z tymi wymiarami zaangażowanie w pracę było mediatorem – konflikty najpierw osłabiały zaangażowanie (słabe efekty), a poprzez nie osłabiały AP i satysfakcję z pracy; z nimi powiązany był wyższy AN i większe problemy zdrowotne. Bezpośredni wpływ zaangażowania na te wymiary był jednak silniejszy niż pośrednie efekty konfliktów, dlatego pośrednie efekty satysfakcji z pracy i AP na zdrowie były korzystne – zmniejszały problemy zdrowotne. Afekt pozytywny dodatkowo bezpośrednio przewidywał mniejsze problemy zdrowotne.

Zgodnie z założeniami modelu i teorii JD-R [8–11] zaangażowanie w pracę jest bezpośrednio wyznaczone przez zasoby. Zaobserwowany niewielki efekt konfliktów na zaangażowanie w pracę (4–5% wyjaśnianej wariancji) może oznaczać, że konflikty między pracą a rodziną, utrudniając dobre funkcjonowanie w pracy (gorsze pełnienie roli), najpierw bezpośrednio osłabiają zasoby (np. mniejsze możliwości rozwoju, sytuacyjne mniejsze poczucie skuteczności lub kontroli), których tu nie badano.

Uzyskane wyniki przedstawiają podobne relacje między zmiennymi dla obu konfliktów. Zgodne są one z modelami zakładającymi, że skutki są podobne albo nawet większe w sferze, która jest źródłem utrudnienia [1,3,6]. Zaobserwowano jedynie 2 istotne różnice w odniesieniu do KRP i KPR:

1. Konflikt praca–rodzina był istotnie powiązany ze zdrowiem (prosta korelacja $r = 0,26$, $p < 0,01$) i istotny był jego pośredni efekt na zdrowie. Natomiast efekt pośredni KRP na zdrowie był istotny, chociaż prosta korelacja między nimi ($r = 0,13$, $p = 0,158$) była nieistotna. Wyniki te oznaczają, że w badanej grupie KRP był słabszym czynnikiem ryzyka dla zdrowia niż KPR. Poziom KRP był niższy niż KPR, podobnie jak w innych badaniach [2,14,15], co może oznaczać, że wymagania w rodzinie łatwiej jest spełnić (są mniejsze lub mniej sztywne) i rzadziej utrudniają pełnienie roli zawodowej, a zatem także słabszy konflikt stanowi mniejszy czynnik ryzyka.
2. Jedynie w modelu uwzględniającym KPR bezpośrednim predyktorem zdrowia jest interakcja (iloczyn) KRP i zaangażowania w pracę – zaangażowanie w pracę

jest moderatorem, jego wysoki poziom jest buforem bezpośredniego negatywnego efektu KPR (poza AN w pracy) na zdrowie (zgodnie z hipotezą H5). Prawdopodobnie podobną rolę w relacji KRP–zdrowie może pełnić zaangażowanie w rodzinę. Dlaczego osoby silnie zaangażowane w pracę są chronione przed negatywnymi skutkami silnego KPR? W odniesieniu do zaangażowania w pracę można rozważać co najmniej 3 hipotetyczne mechanizmy:

1. Większe zaangażowanie oznaczające silniejszą koncentrację na pracy może powodować, że osoba nie zauważa kosztów zdrowotnych związanych z KPR lub je lekceważy.
2. Większe zaangażowanie oznaczające silniejszą koncentrację na pracy i utożsamianie się z nią może relatywnie zmniejszać wagę (znaczenie) gorszego funkcjonowania w rodzinie i osłabiać AN w rodzinie i innych obszarach, co prawdopodobnie także rzutuje na zdrowie.
3. Większe zaangażowanie w pracę wynika z większych zasobów i w kontekście silnego konfliktu zgodnie z założeniami teorii JD-R może częściej uruchamiać proces projektowania pracy (*job crafting*) [8,9]. Projektowanie pracy, prowadząc do wzrostu zasobów i wyzwań, może zwiększać zaangażowanie w pracę, umożliwiać lepsze radzenie sobie z wymaganiami pracy i dopasowanie do niej, chronić przed kosztami zdrowotnymi.

Można przypuszczać, że pierwsze 2 z potencjalnych mechanizmów w dłuższym czasie mogą prowadzić do negatywnych konsekwencji – poważnych problemów ze zdrowiem i utraty bliskich relacji w rodzinie. Natomiast wyniki badań dotyczących efektów interwencji promujących projektowanie pracy dowodzą, że projektowanie pracy polegające na zwiększaniu wyzwań lub zasobów powoduje redukcję wyczerpania, wzrost zaangażowania w pracę, podwyższenie poziomu wykonania zadań, zachowań kontekstowych (na rzecz organizacji lub pracowników) i zachowań adaptacyjnych (wprowadzanie zmian) oraz wzmacnianie zdrowia [33]. Dane te nasuwają przypuszczenie, że zapobieganie negatywnym skutkom KPR może polegać na zwiększaniu zaangażowania w pracę, szczególnie poprzez interwencje promujące strategie projektowania pracy polegające na zwiększaniu wyzwań lub zasobów w ramach warsztatów/treningów, zwłaszcza gdy osoby doświadczają konfliktu o średnim lub wysokim natężeniu.

Poznanie roli i skutków zaangażowania w pracę w relacjach konfliktu między sferami pracy i rodziny a zdrowiem w dłuższym czasie wymaga badań podłużnych,

uwzględniających subiektywne oceny i obiektywne wskaźniki zdrowia. Potrzebne jest w nich także kontrolowanie zasobów i włączenie zmiennej projektowanie pracy (*job crafting*), aby poznać mechanizmy i dynamikę zależności między tymi zmiennymi.

WNIOSKI

Relacje między konfliktami KRP i KPR a zdrowiem są złożone i pośredniczone przez zaangażowanie w pracę i wymiary zadowolenia z niej. Bezpośrednimi predyktorami zdrowia są afektywne wymiary zadowolenia z pracy (AP i AN), ale silniejsze konflikty przyczyniają się do przewidywania zdrowia poprzez wyższy AN oraz słabsze zaangażowanie i słabsze zadowolenie (słabszą satysfakcję z pracy i AP, silniejszy AN). Wyniki dowodzą jednak także, że zaangażowanie i zadowolenie z pracy pełnią funkcję ochronną wobec zdrowia. Większe zaangażowanie sprzyja zadowoleniu z pracy i poprzez większe zadowolenie pośrednio chroni zdrowie. Większe zaangażowanie chroni także zdrowie przed bezpośrednimi negatywnymi skutkami KPR. W kontekście silnego KPR pomocne w zapobieganiu jego negatywnym skutkom może być zwiększanie zaangażowania w pracę. Potrzebne są dalsze badania nad relacjami konfliktu między sferami pracy i rodziny a zdrowiem z uwzględnieniem zaangażowania w pracę, zadowolenia z pracy oraz zasobów i projektowania pracy, aby lepiej poznać naturę i dynamikę relacji między nimi.

PODZIĘKOWANIA

Dziękuję mgr. Tomaszowi Zalasowi za pomoc w przeprowadzeniu badania i zebraniu danych.

PIŚMIENNICTWO

1. Michel J.S., Mitchelson J.K., Kotrba L.M., LeBreton J.M., Baltes B.B.: A comparative test of work-family conflict models and critical examination of work-family linkages. *J. Vocat. Behav.* 2009;74:199–218, <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.12.005>
2. Allen T.D., Herst D.E., Bruck C.S., Sutton M.: Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *J. Occup. Health Psychol.* 2000;5(2):278–308, <https://doi.org/10.1037//1076-8998.5.2.278>
3. Amstad F.T., Meier L.L., Fasel U., Elfering A., Semmer N.K.: A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus

- matching-domain relations. *J. Occup. Health Psychol.* 2011;16:151–169, <https://doi.org/10.1037/a0022170>
4. Bowen P., Govender R., Edwards P., Cattell K.: Work-related contact, work–family conflict, psychological distress and sleep problems experienced by construction professionals: an integrated explanatory model. *Constr. Manag. Econ.* 2018;36(3):153–174, <https://doi.org/10.1080/01446193.2017.1341638>
 5. Frone M.R.: Work–family conflict and employee psychiatric disorders: The National Comorbidity Survey. *J. Appl. Psychol.* 2000;85(6):888–895, <https://doi.org/10.1037//0021-9010.85.6.888>
 6. Grzywacz J.G., Smith A.M.: Work–Family Conflict and Health Among Working Parents: Potential Linkages for Family Studies and Social Neuroscience. *Fam. Relat.* 2016; 65(1):176–190, <https://doi.org/10.1111/fare.12169>
 7. Baka Ł.: Zależności między konfliktami praca–rodzina i rodzina–praca a zdrowiem pielęgniarek – buforujący efekt wsparcia społecznego. *Med. Pr.* 2013;64(6):775–784, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.2013.0068>
 8. Bakker A.B., Demerouti E.: *Job Demands – Resources Theory*. W: Chen P.Y., Cooper C.L. [red.]. *Work and Wellbeing: Wellbeing: A Complete Reference Guide*. John Wiley and Sons, New York 2014, ss. 1–28
 9. Bakker A.B., Demerouti E.: *Job Demands–Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward*. *J. Occup. Health Psychol.* 2017;22(3):273–285, <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
 10. Schaufeli W.B., Bakker A.B.: Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *J. Org. Behav.* 2004;25(3):293–315, <https://doi.org/10.1002/job.248>
 11. Schaufeli W.B., Bakker A.B.: Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. W: Bakker A.B., Leiter M.P. [red.]. *Work Engagement. A Handbook of Essential Theory and Research*. Psychology Press, New York 2010, ss. 10–24
 12. Schaufeli W.B., Taris T.W.: A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Work and Health. W: Bauer G.F., Hämmig O. [red.]. *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*. Springer, Dordrecht 2014, ss. 43–68, https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_4
 13. Greenhaus J.H., Beutell N.J.: Sources of conflict between work and family roles. *Acad. Manage. Rev.* 1985;10(1): 76–88, <https://doi.org/10.5465/amr.1985.4277352>
 14. Netemeyer R.G., Boles J.S., McMurrian R.: Development and validation of work–family conflict and family–work conflict scales. *J. Appl. Psychol.* 1996;81(4):400–410, <http://dx.doi.org/10.1037//0021-9010.81.4.400>
 15. Zalewska A.M.: Konflikty praca–rodzina – ich uwarunkowania i konsekwencje. Pomiar konfliktów. W: Golińska L., Dudek B. [red.]. *Rodzina i praca z perspektywy wyzwań i zagrożeń*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, ss. 403–418
 16. Westrupp E.M., Strazdins L., Martin A., Cooklin A., Zubrick S.R., Nicholson J.M.: Maternal work–family conflict and psychological distress: reciprocal relationships over 8 years. *J. Marriage Fam.* 2016;78(1):107–126
 17. Zalewska A.: Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności. Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2003
 18. Brief A.P.: *Attitudes in and Around Organizations*. SAGE, Thousand Oaks 1998
 19. Zalewska A.: „Skala Satysfakcji z Pracy” – pomiar poznawczego aspektu ogólnego zadowolenia z pracy. *Acta Univ. Lodz. Folia Psychol.* 2003;7:49–61
 20. Zalewska A.: „Skala Afektu w Pracy” – wstępne wyniki prac nad adaptacją techniki. *Studia Psychol.* 2002;40(4): 173192
 21. Zalewska A.M.: Konflikty „praca–rodzina” a zadowolenie z pracy – pośrednicząca rola zaangażowania w pracę. *Czas. Psychol.-Psychol. J.* 2018;24(3):469–480, <https://doi.org/10.15804/kie.2016.01.13>
 22. Faragher E.B., Cass M., Cooper C.L.: The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup. Environ. Med.* 2005;62(2):105–112
 23. Satuf C., Monteiro S., Pereira H., Esgalhado G., Afonso R.M., Loureiro M.: The protective effect of job satisfaction in health, happiness, well-being and self-esteem. *Int. J. Occup. Saf. Ergon.* 2016;24(2):181–189, <https://doi.org/10.1080/10803548.2016.1216365>
 24. Kafetsios K.: Work-Family conflict and its relationship with job satisfaction and psychological distress: the role of affect at work and gender. *Hell. J. Psychol.* 2007;4:15–35
 25. Herzberg F., Mausner B., Snyderman B.B.: *The motivation to Work*. Wiley & Sons, New York 1959
 26. Schaufeli W.B., Bakker A.B.: UWES. Utrecht Work Engagement Scale. Preliminary Manual. Version 1.1, December 2004 [Internet]. Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University, Utrecht 2004 [cytowany 22 czerwca 2019]. Adres: https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_English.pdf
 27. Łaguna M., Mielniczuk E., Żaliński A., Wałachowska K.: Przywiązanie do organizacji i zaangażowanie w pracę – koncepcje teoretyczne i problemy terminologiczne. *Med. Pr.* 2015;66(2):277–284, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00169>

28. Pujol-Cols L., Lazzaro-Salazar M.: Psychosocial risks and job satisfaction in Argentinian scholars: Exploring the moderating role of work engagement. *J. Work Organ. Psychol.* 2018;34(3):145–156, <https://doi.org/10.5093/jwop2018a17>
29. Szabowska-Walaszczyk A., Zawadzka A.M., Wojtaś M.: Zaangażowanie w pracę i jego korelaty: adaptacja skali UWES autorstwa Schaufeliego i Bakker. *Psychol. Jakości Życia* 2011;10(1):57–74
30. Goldberg P., Williams P.: *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor 1988
31. Makowska Z., Merecz D.: Polska adaptacja kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2001
32. Hayes A.F.: *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Wyd. 2. Guilford Press, New York 2017
33. Gordon H.J., Demerouti E., Le Blanc P.M., Bakker A.B., Bipp T., Verhagend M.A.M.T.: Individual job redesign: Job crafting interventions in healthcare. *J. Vocat. Behav.* 2018; 104:98–114, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2017.07.002>