

Dorota Żołnierczyk-Zreda

Kompleksowy program przeciwdziałania problemom

ze zdrowiem psychicznym pracowników




Dorota Żołnierczyk-Zreda



Kompleksowy program przeciwdziałania problemom

ze zdrowiem psychicznym
pracowników



Opracowano na podstawie wyników V etapu programu wieloletniego „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”, finansowanego w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.

Projekt nr I.PB.03 pt. Psychospołeczne warunki pracy a zaburzenia depresyjne wśród pracujących Polaków

Koordinator Programu: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy

Autorki: dr hab. Dorota Żołnierczyk-Zreda
Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy

Opracowanie redakcyjne: Kamil Jach

Projekt okładki: Jolanta Maj

Opracowanie graficzne: Anna Antoniszewska

ISBN: 978-83-7373-398-5

© Copyright by
Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy
Warszawa 2022



Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy
ul. Czerniakowska 16, 00-701 Warszawa
tel. (48) 22 623 36 98, www.ciop.pl

Spis treści

1.	Wstęp	1
2.	Co najnowsze dane mówią o zaburzeniach depresyjnych wśród pracujących Polaków?	3
3.	Kompleksowy program przeciwdziałania problemom ze zdrowiem psychicznym wśród pracowników	6
	– Kompleksowe podejście: łączenie interwencji z różnych poziomów	7
	– Identyfikowanie problemów z samopoczuciem psychicznym pracowników na poziomie rutynowej oceny ryzyka zawodowego oraz badań medycyny pracy..	9
4.	Działania na poziomie organizacji polegające na profilaktyce i ograniczaniu ryzyka psychospołecznego	10
5.	Co powinien zrobić pracodawca świadomy, wrażliwy społecznie oraz dbający o własny biznes?	12
6.	Działania na poziomie pracownika polegające na profilaktyce i ograniczaniu problemów ze zdrowiem psychicznym	17
7.	Profilaktyka/ prewencja	17
	– Interwencje wzmacniające umiejętności radzenia sobie ze stresem	
	– Trening oparty na uważności (Mindfulness-Based Stress Reduction)	18
	– Interwencje zwiększające kapitał psychologiczny	19
	– Coaching.....	19
	– Mentoring.....	20
	– Programy promujące zdrowie fizyczne	21
	– Działania wspierające właściwą dietę pracowników	2
8.	Inne elementy programów prewencji zaburzeń psychicznych	22
	– Rehabilitacja	22
	– Terapia poznawczo-behavioralna dla osób z depresją CBT	22
	– Terapia poznawczo-behavioralna oparta na uważności ((Mindfulness-Based Cognitive Therapy, ang. MBCT) dla osób z depresją	25
9.	Interwencje on-line	26
10.	Wspieranie powrotu do pracy osób z depresją	26
11.	Podsumowanie	27
12.	Przykład kompleksowej interwencji promującej zdrowie psychiczne i fizyczne w miejscu pracy	28
	– Mars Wellness Programme	28
	– Co zostało zrobione i jak?	29
	– Czynniki sukcesu	30
	– Co udało się osiągnąć?	31
13.	Bibliografia	32

Wstęp

Zaburzenia psychiczne, ze względu na ich rosnący rozmiar i coraz większe koszty społeczne, to bardzo poważny problem. Jednym z zaburzeń, częstotliwość odnotowywania którego lawinowo wzrasta w ostatnich latach, jest depresja. Stanowi ona grupę różnych, generujących ogromne koszty społeczne, stanów chorobowych, a wśród najbardziej charakterystycznych jej objawów diagnozuje się: smutek, niemożność odczuwania przyjemności, brak energii prowadzącej do wzmożonej męczliwości i zmniejszenie aktywności. Mogą jej także towarzyszyć zaburzenia snu, myśli samobójcze, lęk, poczucie winy, itd. [1].

Depresja może przybierać formę łagodniejszą (wtedy mówi się o symptomach depresyjnych), bądź – bardziej dokuczliwą, formę ciężką. Tej drugiej towarzyszą myśli, a nawet próby samobójcze.

Depresja jest jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności zawodowej; dotyka na całym świecie prawie 300 milionów osób, co stanowi 5% ludzkiej populacji (przy czym w Ameryce Północnej oraz Europie średnie wskaźniki są wyższe niż w innych miejscach globu) [2, 3]. Choroba ta jest także związana z wysoką śmiertelnością i zachorowalnością na inne schorzenia [4].

Chroniczny charakter depresji niesie ze sobą znaczące konsekwencje ekonomiczne i społeczne, co powoduje, że schorzenie to znajduje się na trzecim miejscu w stosunku do kobiet i na piątym w przypadku mężczyzn w globalnym obciążeniu chorobami w odniesieniu do lat przeżytych z niepełnosprawnością (disability-adjusted life-years DALYs) [5].

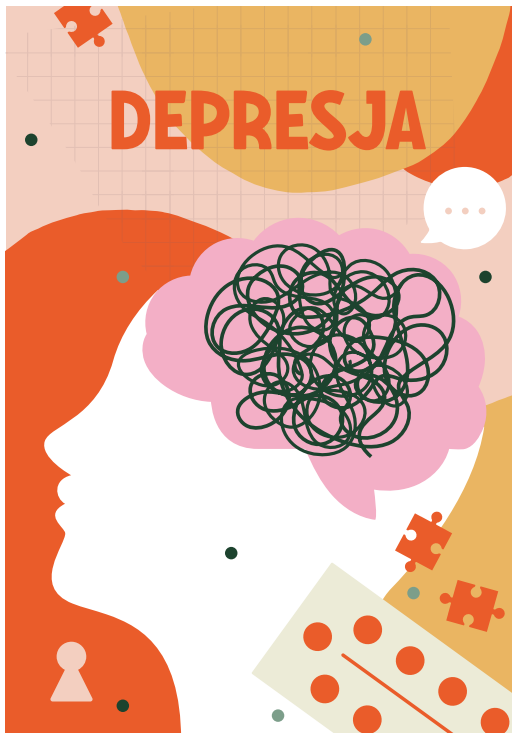
Szacuje się, że depresja stanie się główną przyczyną obciążenia chorobami w krajach wysokorozwiniętych do 2030 r. [6].

Ogólne koszty tego zaburzenia można podzielić na: bezpośrednie koszty medyczne (tj. związane z opieką zdrowotną, np. leczeniem farmakologicznym czy pobytem w szpitalu) i koszty niemedyczne (np. takie wydatki własne pacjentów, jak: lekarstwa, koszt dojazdów do służby zdrowia, itp.), a także koszty pośrednie, które wynikają ze zmniejszonej produktywności chorego pracownika z powodu jego absencji chorobowej lub prezenteizmu czyli obecności bez wydajności, co powoduje wymierne straty finansowe przedsiębiorstw zatrudniających takie osoby [7, 8].

W Polsce koszty pośrednie depresji ponoszone przez ZUS są prawie 3-krotnie wyższe niż koszty medyczne (NFZ) [9] Wyniki badań prowadzone w innych krajach potwierdzają, że absencje pracowników cierpiących na depresję są długotrwałe, ich powrót do pracy jest z tego powodu istotnie trudniejszy; częściej niż osoby z innymi zaburzeniami wypadają one na trwałe z rynku pracy [10, 11]. Ponadto nawet jeśli osoby z depresją wracają do pracy, ich wydajność jest znacząco niższa w porównaniu do tej, która charakteryzuje zdrowych pracowników. Powszechne jest wśród tych osób zjawisko ww. prezenteizmu.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych podaje, że 2019 r. w naszym kraju prawie 8 milionów osób (ok. 25% populacji) cierpiało na zaburzenia i problemy ze zdrowiem psychicznym, w tym ok. połowa z nich (ok.13%) – na zaburzenia depresyjne (ZUS, 2019). Z kolei w 2020 r. ZUS raportował wzrost zaburzeń depresyjnych w stosunku do roku poprzedniego, wskazując zarówno na wzrost liczby wystawionych zaświadczeń z tytułu depresji (tj. epizod depresyjny – oraz zaburzenia depresyjne nawracające – o 21,3%, a także liczby dni absencji z tego powodu o 30,4% [12]

Zespół badaczy z Instytutu Psychiatrii i Neurologii badał w 2019 r. częstość występowania objawów depresji i ujawnił jej występowanie w grupie osób pracujących na poziomie 32,1% (w tym: u 21,8% – łagodne objawy depresji, u 7,5% – umiarkowane objawy depresji, a u 2,7% – ciężkie objawy depresji) [13]. W Centralnym Instytucie Ochrony Pracy – Państwowym Instytucie Badawczym w latach 2019-2021 prowadzone były badania podłużne na temat zaburzeń depresyjnych w populacji ponad 1300 pracujących w różnych sektorach gospodarki Polaków [14]. Są to najnowsze badania przeprowadzone na reprezentatywnej grupie dorosłych osób pracujących.

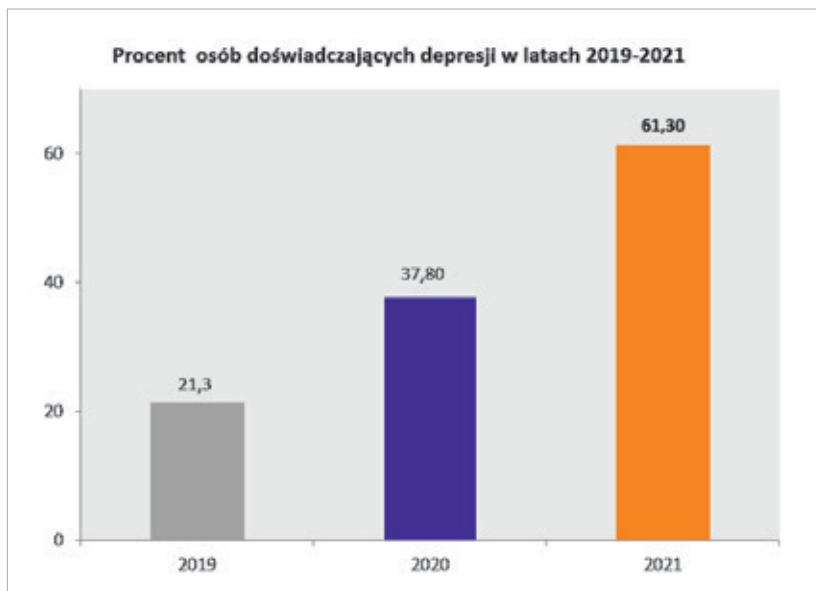


Właśnie wyniki tych badań, które zostaną omówione szerzej w następnym rozdziale, stały się bezpośrednią inspiracją do opracowania kompleksowego programu prewencji problemów ze zdrowiem psychicznym osób pracujących. W tym celu postanowiono skorzystać z danych pochodzących zarówno z badań krajowych, jak i światowych. Wynikiem tego przeglądu jest konstatacja, że profilaktyce i leczeniu depresji (szczególnie w miejscu pracy) służy szerokie spektrum działań stosowanych także wobec osób z innymi problemami zdrowia psychicznego, w tym tzw. (*common, mental disorders*). Brytyjscy psychologowie określają je jako powszechne lub częste zaburzenia psychiczne, które różnią się od chorób psychicznych, takich jak schizofrenia i inne psychozy tym, że występują od nich stosunkowo częściej i są mniej upośledzające pod

względem stopnia społecznej stygmatyzacji [15, 16, 17]. Wspomniani naukowcy uważają, że do tej grupy należą takie schorzenia, jak: zaburzenia lękowe, nerwicowe, obsesyjno-kompulsywne, lęk paniczny, lęk post-traumatyczny, fobia społeczna, czy zaburzenia odżywiania. Mając to na uwadze postanowiono, że tytuł tego poradnika nie powinien zawęźać grona jego odbiorców jedynie do osób, które cierpią na zaburzenia depresyjne. Dzięki temu, być może, będą mogły po niego sięgnąć także osoby z innymi problemami psychicznymi oraz pracodawcy, którzy chcą pomóc tym osobom i zatrzymać je w swoich miejscach pracy lub zapobiec pojawianiu się u nich problemów w przyszłości.

Co najnowsze dane mówią o zaburzeniach depresyjnych wśród pracujących Polaków?

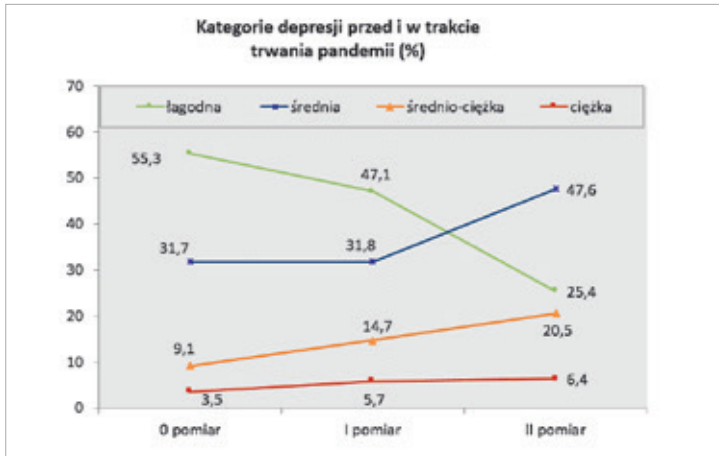
Dlaczego problem zaburzeń psychicznych jest taki ważny? Otóż badania, które przeprowadzono w CIOP-PIB pokazują, że o ile w 2019 roku 21,3% osób doświadczało zaburzeń depresyjnych, to w 2021 r. procent ten wzrósł do 61,5% (wykres 1.).



Wykres 1. Procent osób doświadczających depresji 6 miesięcy przed wybuchem pandemii Covid-19 (0 pomiar) oraz w jej trakcie (pierwszy pomiar – styczeń 2021, drugi pomiar – styczeń 2022)

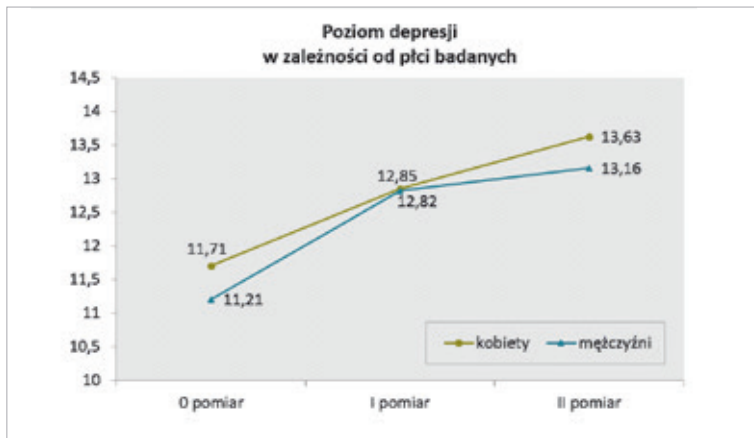
Ten niewątpliwy skok, który dokonał się pomiędzy 2019 a 2021 rokiem był skutkiem pandemii Covid-19, oficjalnie ogłoszonej na wiosnę 2019 r., a następnie wprowadzonego także w Polsce *lockdownu*. Na całym świecie spowodowało to wielki lęk o zdrowie oraz niewątpliwe zmiany w warunkach pracy. Dla ogromnej rzeszy pracowników oznaczało to konieczność pracy z domu, przymusowej izolacji, a także przystosowania swoich (często niełatwych) warunków mieszkaniowych do potrzeb wykonywanej pracy.

Przeprowadzone przez nas badania ujawniły ponadto, że oprócz wzrostu ogólnego wskaźnika poziomu depresji, znacząco wzrósł także procent osób cierpiących na jej ciężką formę. Wraz z wybuchem pandemii, a także w trakcie jej trwania, zmniejszył się bowiem procent osób doświadczających łagodnej postaci depresji, natomiast znacząco podwyższył się procent osób ze średnim, średnio-ciężkim oraz ciężkim poziomem tego zaburzenia. Oznacza to, że pandemia mogła spowodować zaostrzenie objawów depresyjnych u osób, które wcześniej doświadczały ich w łagodnej postaci (wykres 2).



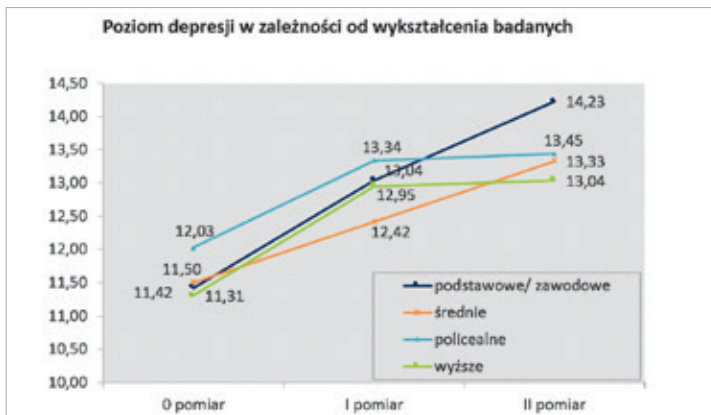
Wykres 2. Procent osób doświadczających poszczególnych kategorii depresji 6 miesięcy przed wybuchem pandemii Covid-19 oraz w jej trakcie (3 pomiary)

Co więcej, okazało się, że wraz z wybuchem pandemii, a także w przeciągu 2021 roku, zarówno u pracujących kobiet, jak i u pracujących mężczyzn, istotnie podwyższył się poziom depresji. Jednak w przypadku kobiet, wzrost obserwowany w trzecim pomiarze był bardziej znaczący niż w przypadku mężczyzn. Mężczyźni zareagowali początkowo równie mocnym wzrostem depresji na pandemię, ale u kobiet ta tendencja utrzymywała się dłużej – do 2020 roku (wykres 3).



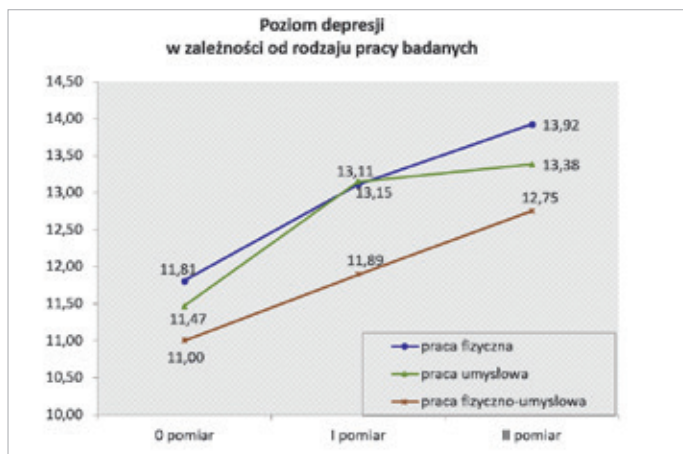
Wykres 3. Poziom depresji 6 miesięcy przed wybuchem pandemii Covid-19 oraz w jej trakcie w zależności od płci

O ile osoby legitymujące się różnym poziomem wykształcenia zareagowały wzrostem tego zaburzenia na wybuch pandemii, to utrzymywał się on na wysokim poziomie jedynie u osób z wykształceniem podstawowym. U osób posiadających wyższe wykształcenie poziom depresji znacząco obniżył się po roku od deklaracji WHO. Oznacza to, że u osób gorzej wykształconych mógł wystąpić realny lęk o swoje zatrudnienie, którego nie doświadczały osoby lepiej wykształcone (wykres 4).

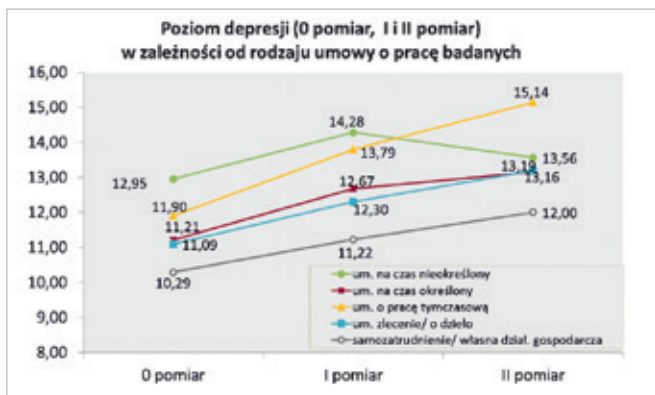


Wykres 4. Poziom depresji 6 miesięcy przed wybuchem pandemii Covid-19 oraz w jej trakcie w zależności od poziomu wykształcenia

Spójny z tym wynikiem jest kolejny efekt zaobserwowany w opisywanym badaniu. Wskazuje on bowiem na to, że u osób wykonujących pracę fizyczną oraz umysłowo-fizyczną ujawniono wzrost poziomu depresji w drugim roku trwania pandemii, co nie było z kolei widoczne u osób wykonujących pracę umysłową (wykres 5).



Z przeprowadzonych badań wynika ponadto, że na wybuch pandemii Covid-19 pracownicy posiadający różne umowy o pracę zareagowali wzrostem poziomu depresji. Jednak jedynie u osób zatrudnionych na czas nieokreślony odnotowano spadek depresji, który nie był obserwowany w innych grupach (wykres 6). Większy lęk o finansowe zabezpieczenie wystąpił zatem u osób o mniej stabilnym rodzaju zatrudnienia.



Wykres 6. Poziom depresji 6 miesięcy przed wybuchem pandemii Covid-19 oraz w jej trakcie w zależności od rodzaju umowy o pracę

Ogólnie można zatem stwierdzić, że pandemia Covid-19 miała większy negatywny wpływ na zdrowie psychiczne pracowników o niższym kapitale społecznym: niższym poziomie wykształcenia, pracy w większej mierze fizycznej niż umysłowej, wykonywanej na podstawie umów o pracę na czas określony.

Kompleksowy program przeciwdziałania problemom ze zdrowiem psychicznym wśród pracowników

Poprawa stanu zdrowia psychicznego, osiągana m.in. za pomocą przeciwdziałania depresji, na świecie stała się jednym z priorytetów w działaniu systemów ochrony zdrowia. Także w Polsce podejmowano takie wysiłki powołując np. dwie edycje Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego: pierwszą w latach 2011-2015, a kolejną – w latach 2017-2022. Niestety program ten w niewielkim stopniu obejmował również problemy zdrowia psychicznego w miejscu pracy. Z kolei w innych krajach podejmuje się takie działania już od wielu lat. W Polsce, programy poprawy zdrowia psychicznego w miejscu pracy istnieją w bardzo ograniczonym zakresie i są to na ogół programy zarządzania stresem, mimo że Państwowa Inspekcja Pracy od lat prowadzi kampanię na ten temat. Jej celem jest edukowanie pracodawców w zakresie skutków stresu w pracy, zarówno w przypadku pracowników, jak i w odniesieniu do przedsiębiorstw. Jednakże, tylko jedna piąta z nich podejmuje działania związane z redukcją stresu zawodowego [18]. Autorzy tych analiz uważają, że główną przeszkodą ich stosowania w polskich firmach jest ciągle niewystarczająca jeszcze świadomość pracodawców

na temat powagi tych zagrożeń a także trudność w identyfikacji osób z problemami zdrowia psychicznego. Większość polskich pracowników (58%) uważa bowiem, że ujawnienie ich problemów ze zdrowiem psychicznym miałooby negatywny wpływ na ich dalszą karierę zawodową.

Kompleksowe podejście: łączenie interwencji z różnych poziomów

Celem zintegrowanego, kompleksowego podejścia do przeciwdziałania problemom ze zdrowiem psychicznym wśród pracowników, powinny być:

1. Szybkie wykrywanie pierwszych symptomów depresji przez lekarzy medycyny pracy lub lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Posiadanie norm i zasad dotyczących kształtowania właściwych warunków psychospołecznych i zaangażowanie pracodawców, poprzez pokazanie im korzyści finansowych wynikających z przestrzegania tych norm.
3. Dostęp do sprawdzonych metod pomocy pracownikowi zagrożonemu depresją na poziomie zarówno indywidualnym, jak i organizacyjnym.
4. Posiadanie odpowiednich środków finansowych służących zastosowaniu tych metod i wspieraniu pracowników.

Interwencja przeciwdziałająca zaburzeniom w zakresie zdrowia psychicznego w pracy, powinna, podobnie jak większość interwencji w zakresie zdrowia publicznego, łączyć z jednej strony prewencję, z drugiej zaś kontrolę lub oddziaływanie na istniejące już zaburzenia. Proces ten odbywa się na 3 poziomach: pierwszorzędowym, drugorzędowym oraz trzeciorzędowym [19]. Poziom pierwszorzędowy ma charakter ściśle prewencyjny i jego celem jest zapobieganie zachorowalności. Powinien być zatem ukierunkowany na warunki pracy i skoncentrowany na dążeniu do redukcji stresorów w pracy u ich źródła poprzez modyfikację samej pracy lub jej środowiska. Interwencja drugorzędowa ma charakter łagodzący i jest skierowana do pracownika. Ma na celu modyfikację jego reakcji na stresory w pracy, co odbywa się zazwyczaj poprzez uczenie się różnych strategii skuteczniejszego radzenia sobie ze stresorami lub przeciwstawiania się im. Ten poziom interwencji może również zapobiec postępowi zaburzeń/choroby, które występują na poziomie subklinicznym.

Trzeciorzędowa interwencja jest reaktywna, ponieważ odpowiada na występujące już problemy ze zdrowiem psychicznym; obejmuje leczenie dotkniętych problemem pracowników, wspieranie ich rehabilitacji oraz powrotu do pracy. Teoretycznie trzeciorzędowa (i do pewnego stopnia drugorzędowa) interwencja może zmniejszyć stopień ciężkości zaburzenia psychicznego poprzez wczesne wykrywanie i leczenie oraz ograniczenie jego nasilenia lub przewlekłości. W tym sensie, interwencje wszystkich poziomów są komplementarne, zatem kompleksowe lub systemowe podejście do zapobiegania i kontroli zaburzeń w zakresie zdrowia psychicznego pracowników powinno obejmować wszystkie trzy poziomy [19, 20].

Stosowanie kompleksowego podejścia do dbałości o zdrowie psychiczne w miejscu pracy powinno w krótkim czasie zwiększyć świadomość pracodawców na temat zagadnień z zakresu zdrowia psychicznego, a pracowników zachęcić do nieukrywania swoich problemów, zwłaszcza jeśli mają one także negatywny wpływ na ich pracę. Długoterminowym wynikiem stosowania takiego kompleksowego podejścia do zdrowia psychicznego w miejscu

pracy powinna być poprawa warunków i jakości pracy. Te zmiany z kolei powinny prowadzić do poprawy zdrowia psychicznego i samopoczucia pracowników, a w konsekwencji także wydajności ich pracy. Wymaga to jednak odpowiedniego zaangażowania organizacji, wsparcia finansowego i czasu potrzebnego na osiągnięcie pozytywnej zmiany. Poprawa psychospołecznych warunków pracy okazuje się często najtrudniejszym elementem takich programów. Jednak wysiłki te powinny być motywowane etyką przedsiębiorstw; w dużej mierze są wymagane przez istniejące w tym zakresie prawo, o czym będzie mowa w kolejnym podrozdziale. Element rehabilitacyjny skierowany do pracowników z już istniejącymi problemami jest zwykle uważany za zbyt kosztowny dla przedsiębiorstw, ale wynika to z faktu niewystarczającej świadomości zarządzających na temat finansowych korzyści jakie płyną z ich stosowania. Interwencje na poziomie organizacyjnym są często „bezkosztowe” wymagają jedynie dobrej woli pracodawców i otwartości na problematykę zdrowia psychicznego personelu. ***Promocja tego zdrowia może się często dokonywać poprzez zmianę stylu zarządzania pracownikami, poprawę kultury organizacyjnej firmy w kierunku okazywania sobie należnego szacunku, a także zauważania i wyrażania uznania mocnych stron i zdolności pracowników.***

W dalszej części tekstu przedstawiono najpopularniejsze i najskuteczniejsze działania, które mogą być elementami takiego kompleksowego programu prewencji zaburzeń psychicznych wśród pracowników. **Z wielu powodów nie jest możliwe, aby istniał jeden właściwy zestaw działań**, do najważniejszych należą:

- Określenie specyfiki firmy oraz związanego z nią rodzaju potencjalnych zagrożeń
Każda firma jest inna, występują w niej odmienne, dominujące wyzwania/problemy. Na przykład, jeśli mowa o firmie usługowej, problemem sprzyjającym zaburzeniom depresyjnym może być wymagająca emocjonalnie praca, kontakt z trudnymi klientami i konieczność ukrywania emocji. Dodatkowo, złe samopoczucie pracownika może zwiększać brak wsparcia ze strony przełożonych, np. w sytuacjach konfliktowych z klientami. Najbardziej przydatne są wówczas treningi komunikacyjne, trening MBSR, a także procedury „radzenia sobie z trudnymi klientami”, które powinny obowiązywać w takich firmach. Z kolei w firmach budowlanych należałoby raczej skupić się na problemach wynikających z niewłaściwej diety i stylu życia pracowników, np. stwierdzonego nadużywania środków odurzających. Zdarza się ponadto, że pracodawcy w takich firmach pobłażają występowaniu lub nie eliminują zachowań agresywnych oraz używania obraźliwego języka wśród swoich pracowników. Są to czynniki, które pośrednio lub bezpośrednio mogą pogarszać zdrowie psychiczne niektórych zatrudnionych.
- Dostępność określonych interwencji
Firmy są różnej wielkości, co determinuje posiadanie bądź nie posiadanie przez nie działów HR, bhp, które mogłyby realizować niektóre z działań. Dysponują różnymi budżetami, a także są inaczej usytuowane geograficznie, co może ograniczać dostęp do określonych usług w zakresie pomocy pracownikom. Wszystko to sprawia, że z szerokiej palety działań, które mogą być podejmowane w miejscu pracy na rzecz promocji zdrowia psychicznego, tylko niektóre z nich będą dostępne a także adekwatne do występujących w danej firmie zagrożeń.



Identyfikowanie problemów z samopoczuciem psychicznym pracowników na poziomie rutynowej oceny ryzyka zawodowego oraz badań medycyny pracy

Identyfikację problemów z samopoczuciem psychicznym pracowników na poziomie **rutynowej oceny ryzyka zawodowego** może, a nawet powinien podjąć każdy pracodawca. Podobnie jak w przypadku kierowania pracowników na okresowe badania lekarskie, jest to jego prawny obowiązek. **Pracodawca** wraz ze **szkołą medycyny pracy** są zatem pierwszymi i najważniejszymi „realizatorami” każdego prewencyjnego poziomu przeciwdziałania problemom ze zdrowiem psychicznym pracowników. Dodatkowo, Państwowa Inspekcja Pracy nakazuje pracodawcom kierowanie prac-

owników na szkolenia wstępne w dziedzinie bhp, a także **informowanie pracowników o ryzyku zawodowym i możliwym obciążeniu psychicznym związanym z ich pracą.**

Niezwykle rzadko można spotkać firmy, w których ocena ryzyka zawodowego jest przeprowadzana właściwie, tzn. przez pracownika z udziałem i pomocą inspektora bhp.

- Po pierwsze, o ile zagrożenia natury fizycznej są łatwo identyfikowalne i mierzalne, zagrożenia psychospołeczne mają zawsze subiektywną konotację.
- Po drugie, często zdarza się, że sam pracownik nie jest świadomy tego, że powinien zgłaszać występowanie problemu, np. obciążenie psychiczne na swoim stanowisku pracy. Rolą specjalisty bhp jest zatem zapytać o to pracownika i pomóc mu sformułować te zagrożenia, które do oceny można wpisywać jako np. „duża intensywność pracy/czynności”, „napięte terminy”, „konieczność pracy w szybkim tempie”, „intensywne i obciążające emocjonalnie kontakty z klientami”, itp. Jeśli występuje trudność w ich identyfikacji, PIP sugeruje wykorzystanie w tym celu wyników kwestionariuszy, ankiet lub list kontrolnych, służących do pomiaru psychospołecznych warunków pracy, które są udostępniane przez Inspekcję na prośbę pracodawcy lub specjalisty ds. bhp.
- Po trzecie i najważniejsze, nie istnieje jeszcze, ani wśród pracodawców, ani wśród specjalistów ds. bhp, wystarczająca świadomość na temat negatywnych skutków dla zdrowia zarówno psychicznego, jak i fizycznego pracowników, chronicznego narażenia na szkodliwe czynniki psychospołeczne w miejscu pracy.

Dodatkową trudnością jest czasami **świadome nie ujawnianie** tych zagrożeń przez pracowników, którzy obawiają się, że wyrażanie takich „skarg” zagroziłoby utrzymaniu ich zatrudnienia w danym miejscu pracy. Niestety, obawa ta dotyczy prawie 60% polskich pracowników [21]

Także **wywiad prowadzony przez lekarza medycyny pracy w ramach badań okresowych rzadko dotyka problemów natury psychicznej pracownika**. To kolejna luka w świadomości, a być może nierealizowanie standardów, które od lat zakładają, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien dokonywać całościowego przeglądu stanu zdrowia swoich pacjentów, także od strony ich samopoczucia psychicznego. Rolą lekarza pierwszego kontaktu jest przecież wczesne wykrywanie problemów z tym zdrowiem, nawet jeśli pacjent nie zgłasza ich w sposób bezpośredni. Duża liczba lub nasilenie objawów somatycznych u pacjenta to bowiem często rezultat doświadczania przez niego stresu, także zawodowego. Dla wielu pracowników, zwłaszcza tych gorzej wykształconych, wykonujących pracę fizyczną, lekarz medycyny pracy, spotkany „obowiązkowo” podczas badań okresowych, jest często jedynym lekarzem pierwszego kontaktu, który może przeprowadzić z nimi wywiad medyczny. Tymczasem dane na temat zachorowań na zaburzenia psychiczne świadczą o tym, że występują one istotnie częściej w grupie osób gorzej wykształconych, pochodzących ze wsi lub małych miast, w porównaniu do dobrze wykształconych mieszkańców dużych aglomeracji [22].

Działania na poziomie organizacji polegające na profilaktyce i ograniczaniu ryzyka psychospołecznego

Jakie są czynniki ryzyka stresu i depresji w miejscu pracy? Bezpieczne psychologicznie środowisko pracy to takie, w którym nie występują zagrożenia psychospołeczne związane z charakterem, organizacją i kontekstem pracy [23]. Tradycyjnie nazywa się je także czynnikami, które mogą powodować u pracowników stres i napięcie, a do podstawowych zalicza się wymagania ilościowe pracy, możliwość wpływania na pracę, wsparcie społeczne w pracy, a także niepewność zatrudnienia [24]. Stopniowo lista tych czynników powiększała się o kolejne, które okazywały się być czynnikami ryzyka stresu oraz innych problemów ze zdrowiem psychicznym [25]. Należą do nich:

- Wymagania ilościowe,
- Tempo pracy,
- Wymagania emocjonalne,
- Wymagania ukrywania emocji,
- Poczucie wpływu w pracy,
- Wymagania poznawcze,
- Możliwości rozwoju,
- Znaczenie pracy,
- Poczucie przewidywalności,
- Nagrody,
- Jasność roli,
- Konflikt roli,
- Niepewność pracy,
- Niepewność co do warunków pracy,

- Kontrola czasu pracy,
- Wsparcie od przełożonych,
- Jakość przywództwa,
- Wsparcie od współpracowników,
- Satysfakcja z pracy,
- Konflikt praca – rodzina,
- Konflikt rodzina – praca,
- Zaufanie między pracownikami,
- Zaufanie do kierownictwa,
- Sprawiedliwość i szacunek,

Wiele badań potwierdza, że określone czynniki psychospołeczne stanowią istotne ryzyko stresu a ostatecznie depresji u pracowników [26].

W przeprowadzonych w CIOP-PIB badaniach podłużnych sprawdzono także, które czynniki związane z pracą mogły stanowić ryzyko pojawienia się zaburzeń depresyjnych u osób pracujących w latach 2019-2022. Badano między innymi pracowników, którzy w 2019 r. nie ujawniali żadnych oznak depresji, a u których pojawiły się one dwa lata później.

Wyniki ww. badań wskazały na kilka czynników demograficznych i zdrowotnych, a wśród nich: bycie kobietą, spożywanie alkoholu, a także uprawianie intensywnej aktywności fizycznej.

Do czynników związanych z pracą należały:

- niestabilne zatrudnienie – tymczasowa umowa o pracę, umowa na czas określony,
- wysokie wymagania ilościowe pracy (zbyt dużo pracy),
- szybkie tempo pracy,
- konflikt praca-dom i odwrotnie - dom-praca,
- emocjonalny charakter pracy, w tym konieczność ukrywania emocji, w pracy
- złe zarządzanie w miejscu pracy,
- niewielki wpływ na czas swojej pracy.

Z kolei czynnikami chroniącymi przed depresją okazały się:

- wysoka satysfakcja z pracy,
- odpowiednie nagrody,
- wsparcie przełożonych,
- wsparcie współpracowników,
- sprawiedliwość i szacunek w pracy.

Wyniki tych badań zdają się potwierdzać sens prawnych obowiązków pracodawcy (o których szerzej będzie mowa dalej), jako że wskazują na to, że **dbałość każdego pracodawcy o bezpieczeństwo psychospołeczne w miejscu pracy jest zatem kluczowym elementem każdego kompleksowego programu prewencji problemów ze zdrowiem psychicznym pracowników.**

Co pracodawcy nakazuje prawo w odniesieniu do dbałości warunki pracy czyli ograniczania ryzyka psychospołecznego? Ochrona zdrowia psychicznego poprzez ograniczanie czynników ryzyka związanych z pracą, podobnie jak ochrona zdrowia fizycznego pracowników, jest „statutowym” obowiązkiem każdego pracodawcy. Uważa się [27], że najczęściej wystar-

czającym warunkiem dotrzymania tego obowiązku jest stosowanie przepisów prawa pracy. Na mocy obowiązujących w Polsce przepisów prawa pracy, w zakresie zapewnienia bezpiecznych psychologicznie warunków pracy, pracodawcy są bowiem zobowiązani do:

- dobierania pracowników z wiedzą, umiejętnościami, kwalifikacjami i doświadczeniem zawodowym wymaganymi na ich stanowiskach pracy;
- dopasowywania obowiązków konkretnych pracowników do ich wiedzy, umiejętności, możliwości fizycznych, intelektualnych i emocjonalnych;
- zaznajamiania pracowników podejmujących pracę z zakresem ich obowiązków, sposobem wykonywania pracy na wyznaczonych stanowiskach oraz podstawowymi uprawnieniami;
- organizowania pracy w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy, jak również osiągania przez pracowników, przy wykorzystaniu ich uzdolnień i kwalifikacji, wysokiej wydajności i należytej jakości pracy;
- organizowania pracy w sposób zapewniający zmniejszenie uciążliwości pracy, zwłaszcza pracy monotonnej i pracy w ustalonym z góry tempie;
- przeciwdziałania dyskryminacji;
- zapobiegania mobbingowi;
- ułatwiania pracownikom podnoszenia kwalifikacji zawodowych;
- stosowania obiektywnych i sprawiedliwych kryteriów oceny pracowników oraz wyników ich pracy oraz wpływania na kształtowanie w zakładzie pracy zasad współzycia społecznego.

Niestety, w przeciwieństwie do innych obszarów bhp, takich, jak: klimat, czy oświetlenie w miejscu pracy, w odniesieniu do zagrożeń psychospołecznych nie istnieją określone dopuszczalne bądź niedopuszczalne poziomy ryzyka. Nie można zapisać jakichkolwiek liczbowych norm w odniesieniu do np. przeciążenia pracą, bądź konfliktu między pracownikami. Mobbing – zachowania skrajnie niedopuszczalne w miejscu pracy – bywa trudny do jednoznacznej oceny nawet przez sędziów w sądach pracy. Subiektywny charakter cierpienia, które powodują te zagrożenia sprawia, że łatwo je podważyć, zakwestionować lub umniejszyć.

Częstym uzasadnianiem problemów z samopoczuciem psychicznym pracowników wynikającym z niewłaściwych warunków pracy, które stosują pracodawcy jest „malkontencki” charakter ich podwładnych, roszczeniowość lub „przynoszenie problemów z domu”.

Co powinien zrobić pracodawca świadomy, wrażliwy społecznie oraz ... dbający o własny biznes?

Niezwykle rzadko podkreśla się biznesowy charakter wszelkich „ponad programowych” działań na rzecz zdrowia psychicznego pracowników w motywowaniu pracodawcy do podejmowania takich działań. Coraz więcej pracodawców zdaje sobie jednak sprawę z tego, jak ważna jest dbałość o personel ze względów wizerunkowych i marketingowych. Wiedzą bowiem, że taka dbałość skutkuje zwiększonym zaangażowaniem w pracę, lepszą jej wydajnością i lojalnością osób zatrudnionych w „przyjaznych firmach”. Taka postawa pracodawców jest szczególnie przydatna pracodawcom w czasach dominacji tzw. rynku pracowni-



ka, czyli stosunkowo niskiego poziomu bezrobocia. Pracownik łatwiej może wtedy wybierać pracodawcę ze względu na jakość oferowanych warunków pracy. Postawa ta może się okazać konieczna w pozyskiwaniu pracowników z najmłodszych pokoleń. Osoby te są bowiem niezwykle wrażliwe na takie atuty pracy, jak np. elastyczny czas pracy, który zwiększa szanse na lepsze godzenie życia zawodowego z prywatnym, możliwości rozwoju i awansu oraz inne czynniki gwarantujące zachowanie dobrego samopoczucia w pracy.

Wrażliwość społeczna z kolei oznacza, że pracodawca jest autentycznie zainteresowany zdrowiem psychicznym swoich pracowników oraz darzy ich szacunkiem należnym każdemu człowiekowi. Pracodawcy powinni zatem pamiętać o tym, jak wielkie znaczenie z punktu widzenia

zachowania zdrowia psychicznego mają takie działania, jak: reorganizacja pracy w celu zmniejszenia wymagań i presji w pracy, szkolenia w zakresie rozwiązywania konfliktów, umożliwianie pracownikom podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących sposobu wykonywania pracy, procedury w przypadku wystąpienia mobbingu. Ten rodzaj działań wraz z innymi, o których będzie mowa dalej, wyniki badań CIOP-PIB wykazały jako istotny czynnik chroniący przed wystąpieniem zaburzeń depresyjnych u pracowników.

Starania wielu środowisk na świecie zainteresowanych zachowaniem bezpieczeństwa oraz zdrowia fizycznego, ale także psychicznego w pracy, idą w kierunku stanowienia tzw. miękkiego prawa – wytycznych, zaleceń oraz rekomendacji. W Polsce, podobne zalecenia zostały także sformułowane; rekomenduje je Państwowa Inspekcja Pracy, dla pracodawców jako działania służące temu, aby przeciwdziałać pojawieniu się stresu u ich pracowników (PIP, <https://www.pip.gov.pl/pl/bhp/stres-w-pracy/6429,dla-pracodawcow.html>).

Przestrzeganie tych standardów w bezpośredni sposób zapobiega pojawianiu się takich potwierdzonych przez nas czynników ryzyka depresji, jak: zbyt duże obciążenie pracą, brak możliwości wpływania na pracę, niejasność roli zawodowej, brak wsparcia ze strony pracodawców, niewłaściwy styl komunikacji, itp. Oto niektóre z tych zapisów:

- Prowadź stały monitoring i systematycznie zbieraj informacje dot. warunków pracy, w tym także psychospołecznych, w Twoim zakładzie. Okresowo dokonuj oceny z udziałem pracowników lub ich przedstawicieli. Jeśli trzeba, niezwłocznie wprowadzajcie zmiany wynikające z oceny.
- Zapewnij, aby obowiązki poszczególnych pracowników były dokładnie określone oraz nie kolidowały ze sobą. Wszyscy pracownicy powinni być dokładnie poinformowani o własnych zadaniach oraz ciążyącej na nich odpowiedzialności. Wątpliwości pracowników wyjaśniaj na bieżąco.
- Dbaj aby praca była przydzielana w ilości i jakości dostosowanej do wiedzy, doświadczenia oraz możliwości fizycznych, intelektualnych i emocjonalnych poszczególnych pracowników. Dobieraj pracowników pod kątem wykonywanych przez nich obowiązków, obserwuj ich w trakcie pracy, pytaj o potrzeby, jeśli trzeba poddawaj odpowiednim szkoleniom.
- Oczekuj wykonania pracy adekwatnej do godzin pracy. Dbaj o to, aby praca w nadgodzinach odbywała się tylko w uzasadnionych przypadkach, a pracownicy w żadnym przypadku nie pracowali w nadgodzinach ponad wymiar określony przepisami prawa. Upewnij się, że w Twojej firmie pracownicy mają taką możliwość oraz korzystają z prawa do odpoczynku.
- Bądź otwarty, nie obawiaj się głosu pracowników. Zapewnij, aby pracownicy, lub ich przedstawiciele, mieli możliwość wyrażania własnych pomysłów, opinii i uwag dotyczących organizacji pracy i propozycji usprawnienia działalności działu lub całej firmy. Korzystaj z tych pomysłów. Jeśli nie możesz tego zrobić, wyjaśniaj przyczyny Twoich decyzji pracownikom. Dbaj, aby w Twojej firmie istniała dwustronna komunikacja między pracownikami, ich przełożonymi i Tobą.
- Wspólnie z przedstawicielami pracowników opracuj jasne kryteria oceny pracy oraz nagradzania i awansowania pracowników. Dbaj o to, aby kryteria te były znane oraz jednako stosowane wobec wszystkich pracowników oraz członków kadry zarządzającej.
- Zachęcaj osoby kierujące pracownikami, aby stawiały przed pracownikami cele do wykonania. Pracownicy powinni posiadać też pewien kredyt zaufania. Tam gdzie to możliwe, decyzje co do sposobu zaplanowania, realizacji, tempa wykonania i rozwiązania zadania pozostaw pracownikom.
- Zamiast rywalizacji zachęcaj pracowników do współpracy. Tam gdzie to możliwe, zamiast pojedynczych stanowisk, twórz zespoły pracowników pracujące nad zadaniem od początku do końca.
- Zadbaj o to, aby pracownicy dokładnie wiedzieli, na jaki rodzaj wsparcia mogą liczyć z Twojej strony oraz ze strony swoich przełożonych. Nagradzaj pracowników i osoby kierujące pracownikami za udzielanie pomocy współpracownikom.
- Dbaj, aby polecenia były wydawane pracownikom w sposób precyzyjny. Upewnij się, że pracownicy wiedzą, czego się w danej chwili od nich oczekuje. Zapewnij pracownikom możliwość wyjaśniania wątpliwości dot. zleczanych im zadań.
- Upewnij się, że pracownicy są informowani o wynikach swojej pracy, zarówno tych negatywnych jak i pozytywnych, na bieżąco. Zachęcaj osoby kierujące pracownikami do doceniania zaangażowania pracowników w pracę. Nagradzaj pracowników za ich zaangażowanie.

- Zadbaj o to, aby o problemach i przyczynach błędów, sposobie ich rozwiązania, naprawienia i uniknięcia w przyszłości rozmawiało się w Twojej firmie spokojnie, rzeczowo i z zainteresowanymi osobami.
- Spraw, aby wszyscy rozumieli, że zmiany w firmie są nieuniknione. Aby unikać dodatkowych napięć i nieporozumień, odpowiednio wcześniej informuj pracowników o planowanych zmianach, terminach oraz powodach ich wprowadzenia. Umożliw pracownikom możliwość konsultacji i przedstawiania własnych propozycji w tym zakresie. Jeśli jest to możliwe, uwzględniaj te propozycje.
- Rozpoznawaj indywidualne zdolności lub predyspozycje pracowników do wykonywania określonych zadań. Staraj się uwzględniać je przy planowaniu ich pracy i wykorzystywać w działalności firmy. Zachęcaj pracowników i ich przełożonych do rozwijania tych umiejętności. Jeśli możesz, udzielaj im w tym pomocy.
- Zapewnij pracownikom możliwość nawiązywania kontaktów społecznych w pracy.
- Ustal sposób rozwiązywania konfliktów w pracy. Zadbaj, aby wszyscy pracownicy wiedzieli, w jaki sposób należy rozwiązywać konflikty w Twoim zakładzie. Jeśli trzeba, zwiększaj kompetencje pracowników w tym zakresie. Wyznacz odpowiednie osoby i poinformuj pracowników, do kogo mogą zwracać się prośbą o pomoc lub poradę.
- Zadbaj o to, aby wszyscy pracownicy i kadra zarządzająca byli dokładnie poinformowani o niedopuszczalnych zachowaniach w pracy i przyjętych w Twojej firmie sposobach reagowania na nie. Upewnij się, że wszyscy pracownicy wiedzą w jaki sposób i komu można zgłaszać takie zachowania oraz jakie grożą konsekwencje. Konsekwencje wobec osób łamiących zasady wyciągaj bez względu na staż pracy i zajmowane przez nie stanowisko.
- Jeśli jesteś w stanie, udzielaj indywidualnej pomocy pracownikom i kadrze zarządzającej. W zależności od potrzeb kieruj potrzebujące osoby na szkolenia doskonalące, urlopy zdrowotne, odciążaj od pracy określonego rodzaju lub czasowo przenoś za ich zgodą na inne stanowisko. Postaraj się stworzyć możliwość wprowadzenia elastycznego czasu pracy np.: dla pracowników opiekującym się małymi dziećmi lub osobami niepełnosprawnymi.

Wysłuchuj indywidualnych prośb pracowników w tym zakresie.

- Upewnij się, że osoby kierujące pracownikami zdają sobie sprawę, że ich stosunek do innych osób oraz sposób zarządzania ma wpływ na poziom stresu w firmie. Jeśli jest to potrzebne, umożliw takim osobom podnoszenie kwalifikacji w tym zakresie. Obowiązki polegające na kierowaniu innymi powierzaj tylko osobom posiadającym odpowiednie predyspozycje, umiejętności i doświadczenie zawodowe.
- Pamiętaj, że sposób w jaki traktujesz pracowników i rozwiązujesz problemy w pracy może być wzorem do naśladowania dla pracowników. Pamiętaj o wyrozumiałości, życzliwości i wsparciu, gdy jest to potrzebne.

Rzeczywistość w polskich miejscach pracy bywa bardzo różna. W niektórych firmach, nie tylko nie realizuje się wymienionych standardów, ale nie przestrzega się podstawowych „kolektywnych” praw pracownika: do odpoczynku, urlopu, nie mówiąc o szkoleniach, czy kursach zawodowych, niezbędnych do podnoszenia kwalifikacji. Są też na rynku firmy, które oferują



<input type="checkbox"/>	_____
<input checked="" type="checkbox"/>	_____
<input checked="" type="checkbox"/>	_____
<input checked="" type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

swoim pracownikom takie dodatkowe przywileje o charakterze psychologiczno-społecznym, jak: wyjazdy integracyjne, elastyczny czas pracy, czy szkolenia i treningi dla pracowników w odpowiedzi na zgłaszane przez nich prośby w określonym zakresie.

Na końcu tej publikacji czytelnik znajdzie przykład kompleksowego programu, którego celem było wzmacnianie zdrowia psychicznego i fizycznego pracowników, wykorzystującego większość działań opisanych także w dalszej części broszury.

Działania na poziomie pracownika polegające na profilaktyce i ograniczaniu problemów ze zdrowiem psychicznym

Uważa się, że w kompleksowym programie prewencji problemów ze zdrowiem psychicznym pracowników nie powinno zabraknąć działań skierowanych bezpośrednio do pracownika. Mogą one mieć charakter zarówno profilaktyczny, jak i rehabilitacyjny. Pierwszy rodzaj działań może być skierowany do większej liczby zainteresowanych pracowników i przybierać formę różnych aktywności wzmacniających indywidualną odporność na stres. Drugi rodzaj interwencji przeznaczony jest dla osób doświadczających już zidentyfikowanych problemów, a nawet osób, które po dłuższych zwolnieniach lekarskich chciałyby powrócić do zatrudnienia.

Profilaktyka/ prewencja

Interwencje wzmacniające umiejętności radzenia sobie ze stresem

Jest wiele rodzajów interwencji wzmacniających umiejętności radzenia sobie ze stresem w pracy. Ich celem jest najczęściej identyfikacja stresorów zawodowych, czyli trudności w pracy i próba znajdowania sposobów na ich rozwiązywanie. Często stosowaną w tym celu interwencją jest psychoedukacja, doradztwo lub coaching, a ostatnio bardzo popularny – trening *mindfulness*, oparty na uważności.

Wzmacnianiu umiejętności radzenia sobie ze stresem służy także właściwy styl życia oraz profilaktyka zdrowia fizycznego. Zarówno jedno, jak i drugie powinno być traktowane jako ważny bufor potencjalnych zagrożeń, które występują w pracy zawodowej, ale jednocześnie jako ważny warunek naszego ogólnego samopoczucia psychicznego i fizycznego.

Z przeprowadzonych w CIOP-PIB badań wynika, że pracownicy zatrudnieni w firmach, w których np. istnieje możliwość skorzystania z poradnictwa psychologicznego w miejscu pracy lub takich, w których firma oferuje program działań mających na celu zapobieganie stresowi związanemu z pracą, nie mieli żadnych symptomów depresji w dłuższym czasie. Z kolei, depresja pojawiła się u osób, które nie mogły skorzystać z takich możliwości w swoich miejscach pracy, a nie miały początkowo objawów depresji. **Wydaje się, że wszyscy pracodawcy powinni znać wyniki takich i podobnych badań i być świadomi znaczenia, jakie – w kwestii zachowania zdrowia psychicznego ich pracowników – ma podejmowanie, bądź nie podejmowanie przez nich działań, o których mowa.**

Trening oparty na uważności (*Mindfulness-Based Stress Reduction*)

W ciągu ostatnich trzech dekad jednym z najbardziej popularnych programów redukcji stresu, w tym stresu w pracy, stał się na świecie trening oparty na uważności (ang. *Mindfulness-Based Stress Reduction*). Jest to metoda, którą amerykański fizjolog [28] zastosował we wczesnych latach 80. XX w. w Klinice Redukcji Stresu przy Wydziale Medycznym Uniwersytetu Massachusetts w Stanach Zjednoczonych do wspierania osób przewlekle chorych. Od tego czasu sposób ten stosowano w różnych klinikach na świecie w celu poprawy samopoczucia i zdrowia u pacjentów z takimi dolegliwościami i chorobami, jak łuszczyca, choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, RZS czy cukrzyca. Na początku lat 90. XX w. uważność „weszła z impetem” do świata pracy [29, 30]. Zaczęto ją stosować wobec osób skarżących się na stres w pracy, szczególnie pracowników zatrudnionych w zawodach wymagających intensywnego kontaktu z ludźmi: pielęgniarek, lekarzy, nauczycieli, strażaków, menadżerów i nauczycieli akademickich, [31], a wkrótce wobec wszystkich chętnych pracowników jako profilaktykę stresu. Kilka dekad badań dotyczących tego treningu pozwoliło ponad wszelką wątpliwość uznać, że skutecznie redukuje on stres i wypalenie zawodowe oraz szereg dolegliwości somatycznych [32].

Na czym zatem polega ta metoda? Jej opis jest niewiarygodnie prosty: jest to ćwiczenie się w byciu całkowicie obecnym w teraźniejszości w sposób pozbawiony oceniania i wartościowania [28]. Stres pojawia się wtedy, gdy nasze myśli, których charakter jest w zdecydowanej większości nawykowy i nieświadomy (czyli przyjmuje formę wewnętrznego monologu, złożonego z niekończących się, i na ogół nieużytecznych w danym momencie myśli), wzbudzają negatywne emocje, takie jak: niepokój i lęk, poczucie winy lub poczucie krzywdy. Uważność polega na uczeniu się bardziej świadomego doświadczenia, a przez to także panowania nad własnymi myślami. Ostatecznie prowadzi to do ich automatycznego wygaszania w taki sposób, że nie „torturują” nas już tak dotkliwie.

Celem uważności jest uczenie się bycia obecnym i przytomnym w każdej bieżącej chwili życia, a rezultatem – bardziej świadome jego przeżywanie w każdym możliwym aspekcie: pracy, kontaktów z ludźmi, jedzenia, odpoczynku, wykonywania najprostszych czynności. Jeśli w mienionym czynnościom nie towarzyszy wspomniany nawykowy, nieświadomy strumień niepożądanych myśli, stają się one źródłem prawdziwej satysfakcji i dobrego nastroju wynikającego z poczucia „bycia żywym i obecnym”.

Zajęcia w trakcie tego treningu trwają osiem tygodni i są realizowane w czasie ośmiu 2,5-godzinnych spotkań grupowych, odbywających się raz w tygodniu oraz jednej dłuższej, 6-godzinnej sesji, nazywanej Dniem Uważności.

Można stwierdzić, że uniwersalny charakter treningu uważności w procesie poprawy radzenia sobie z różnego rodzaju problemami polega na tym, że w jego wyniku znacząco poprawia się regulacja emocjonalna, pamięć, zdolność kojarzenia, koncentracji i rozwiązywania problemów [33]. Niezwykle rzadko niestety podkreśla się wymierne korzyści udziału w tym treningu, którymi powinni być bezpośrednio zainteresowani pracodawcy osób, które w nim uczestniczą. Udokumentowane efekty na poziomie funkcjonowania zawodowego tych osób to: zwiększona produktywność, istotnie mniejsza ilość popełnianych błędów w pracy operatorskiej i zabiegach pielęgniarskich, lepsze kontakty oparte na empatii i życzliwości u osób pracujących z pacjentami, uczniami i klientami, a także lepsze umiejętności menadżerskie [34].

Interwencje zwiększające kapitał psychologiczny

Celem takich interwencji jest wzmocnienie zasobów psychologicznych, tj. kapitału psychologicznego pracowników, który pozwala lepiej radzić sobie z trudnościami i wyzwaniem, być bardziej odpornym na stres, a tym samym zwiększyć poczucie własnej skuteczności. Interwencje tego rodzaju zaczęły być ostatnio proponowane starszym pracownikom, którzy stykają się z nowymi wyzwaniami zawodowymi w swojej pracy, mają poczucie „że nie nadążają” i częściej myślą o wycofaniu się z tego powodu z życia zawodowego [35].

Interwencja polega na udziale w warsztatach psychologicznych prowadzonych pod kierunkiem profesjonalnego trenera, podczas których uczestnicy trenują takie zasoby, jak: poczucie własnej skuteczności, nadzieja, odnawialność zasobów, optymizm.

Korzyści z udziału w warsztacie:

- Wzmocnienie kapitału psychologicznego;
- Nabycie kompetencji (wiedzy, umiejętności, wskazanych postaw i wartości oraz doświadczenia) do samodzielnego rozwijania nadziei, poczucia skuteczności, optymizmu i odporności psychicznej przydatnych w życiu osobistym i pracy zawodowej;
- Wzmocnienie dobrostanu i umiejętne zadbanie o jego budowanie.

Coaching

Stał się ostatnio bardzo powszechny, zwłaszcza jako forma wspierania osób w karierze zawodowej, ale nie tylko. Zgodnie z definicją międzynarodowej instytucji International Coaching Federation, coaching to “towarzyszenie klientowi w kreatywnym procesie, który skłania do myślenia i inspiruje do maksymalizacji zawodowego i osobistego potencjału.”

Inaczej mówiąc, coaching polega na uważnym słuchaniu i obserwowaniu klienta, podążaniu za tym, co i jak mówi klient (oraz za tym czego nie mówi), oraz dzieleniu się obserwacjami i zadawaniu pytań. Pytania te mają służyć klientowi w odkrywaniu, poszerzaniu świadomości, rozwoju i refleksji. W konsekwencji klient dąży do sformułowania odpowiedzi na swoje własne pytania i do realizacji wyznaczonych przez siebie celów. W tym sensie coaching zastąpił popularną niegdyś terapię dla osób z problemami psychicznymi, polegającą na rozwiązywaniu problemów, tzw. problem-solving therapy, którą z powodzeniem stosowano szeroko wobec pacjentów z depresją [36]. Często zdarza się, że osoby korzystają z coachingu zanim rozwinie się u nich poważniejszy problem natury psychicznej, osoby doświadczające jakiegś trudności w życiu prywatnym lub zawodowym i wtedy ta forma pomocy dla klienta może go często uchronić przed pojawieniem się poważniejszych problemów ze zdrowiem psychicznym. Coaching może zatem spełniać rolę profilaktyczną w pojawieniu się np. depresji. Zdarzają się również sytuacje, z których wynika, że bardziej użyteczna byłaby dla klienta psychoterapia. Coach w takiej sytuacji jest zobowiązany, aby podzielić się tą sugestią z klientem. Jeżeli jednak sięgamy po coaching, to dobrze jest upewnić się, że coach jest osobą posiadającą właściwe kompetencje poświadczane odpowiednimi certyfikatami.

W literaturze anglosaskiej, coaching dotyczący wspierania osób z jakimiś trudnościami związanymi z pracą zawodową bywa zamiennie używany z pojęciem „counselling” (poradnictwo) [15]. Chociaż jest formą pomocy nieterapeutycznej, pomaga w rozwiązywaniu problemów drogą własnych dociekań osoby na temat najlepszych dla nich i możliwych w

danym momencie decyzji związanych z pracą i życiem osobistym.

Mentoring

Mentoring to wspieranie drugiej osoby w dziedzinie, w której nie jest ona jeszcze wystarczająco doświadczona i kompetentna, aby bezproblemowo lub przynajmniej bez niepewności wykonywała nowe zadania. Jest znany od zawsze w relacjach pracy. Dawniej, kiedy szanse na uzyskanie formalnego przygotowania nie były powszechnie dostępne, młodzi ludzie terminowali u starszych fachowców ucząc się od nich zawodu. W czasach większej dostępności edukacji, nawet odpowiednio wykształceni młodzi ludzie odbywali staże pod okiem bardziej doświadczonych kolegów.

Mentoring od zawsze był zatem uczeniem adeptów nowych zawodów, często relacją bardzo osobistą i zażyłą. Większość wyników badań potwierdza, że pracownicy, którzy rozpoczynają swoją pracę zawodową, doświadczają wyższych poziomów stresu z powodu nieznamości firmy, procedur a także stosowanych technologii i procesów pracy [37]. Szczególnie trudno było pod tym względem osobom, które rozpoczynały swoją pracę w okresie pandemii Covid-19, często z dala od firmy i kolegów, o czym powszechnie pisano w popularnych i branżowych publikacjach.

W rzeczywistości wielu firm i przedsiębiorstw, mentoring to po prostu szkolenia zwiększające kompetencje zawodowe skierowane do osób, które wchodzi do zawodu, bądź pragną zdobyć nowe umiejętności w tym zawodzie. Obecnie, kiedy wielu młodych ludzi zakłada własne firmy, a w konsekwencji znajduje się poza formalnymi strukturami większych organizacji, mentoring rozwinął się jako usługa rynkowa z myślą o tych właśnie osobach.

Mentor w odróżnieniu od coacha pokazuje konkretne doświadczenia z określonej dziedziny: przykłady sytuacji, zachowań, które przyniosły właściwe rezultaty. Mentoring jest zatem coachingiem wzbogaconym o gotowe odpowiedzi na pytania, przekazywaniem pewnych doświadczeń, konkretnych rozwiązań. Mentorzy uważają, że poprzez swoje usługi



skracają klientowi czas potrzebny na dojście do celu. Zamiast popełniać wiele błędów, można porozmawiać z kimś, kto jest już bardziej doświadczony i z tego doświadczenia skorzystać. Nie musi to być osoba starsza, najważniejsze, żeby była ekspertem w danej dziedzinie. Taka, która pomaga rozwijać się, zaoszczędzić czas tracony na uczeniu się na błędach [38].

Programy promujące zdrowie fizyczne

Ostatnio tworzone kompleksowe programy przeciwdziałania problemom ze zdrowiem psychicznym, w tym także depresji, nie pomijają elementu aktywności fizycznej, która ma niezwykle ważny wpływ na nasze zdrowie psychiczne. Pierwszym powodem jest fakt, że aktywność fizyczna poprawia dotlenienie mózgu, sprawność poznawczą; poprawia także nastrój poprzez aktywację określonych obszarów kory mózgowej a także zwiększone wydzielanie neurotransmiterów oraz czynników troficznych [39].

Niezwykle istotnym odkryciem badawczym, o którym rzadko się jednak wspomina jest fakt, że na przykład dla osób z depresją najlepsza z punktu widzenia zachowania dobrego samopoczucia jest **umiarkowana aktywność fizyczna**. W najnowszym numerze prestiżowego czasopisma medycznego dotyczącego zdrowia opublikowano dane będące podsumowaniem 15 badań prowadzonych na ponad 2 milionach osób. Wynika z nich, że zależność pomiędzy ćwiczeniami fizycznymi a ryzykiem depresji jest krzywoliniowa [40]. Oznacza to, że największe ryzyko zachorowania na to schorzenie występuje wśród osób, które ćwiczą intensywnie oraz takich, które nie ćwiczą w ogóle. Pogląd ten został także potwierdzony w badaniach prowadzonych w CLOP-PIB wśród polskich pracowników [14]. Najniższe ryzyko depresji występowało wśród osób umiarkowanie ćwiczących, co jest odpowiednikiem 2,5 godziny szybkiego marszu na tydzień. W naszych badaniach także potwierdzono, że umiarkowana aktywność fizyczna (2-4 godzin tygodniowo) jest czynnikiem chroniącym przed zachorowaniem na depresję. Z kolei, intensywna aktywność fizyczna powoduje ostrą reakcję układu neuroendokrynnego oraz odpornościowego i może prowadzić do szybkiego wyczerpania zasobów w tych układach [41]. Niestety intensywne ćwiczenia fizyczne mogą przybierać formę niebezpiecznego uzależnienia lub być objawem manii w psychozie dwubiegunowej będącej jedną z postaci depresji. Dla wielu osób z problemami ze zdrowiem psychicznym (np. zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym) intensywne ćwiczenia stają się często kolejnym przymusem i zadaniem do wykonania, a nie formą relaksu, czy prawdziwej dbałości o siebie. Tej umiejętności często brakuje osobom z depresją.

Działania wspierające właściwą dietę pracowników

Wiele wyników badań wskazuje na potrzebę wprowadzania powszechnych strategii prewencji zaburzeń psychicznych na świecie, a kolejnym ich elementem oprócz aktywności fizycznej jest właściwa dieta [42]. Wiele badań poświęcono w tym kontekście depresji i zaburzeniom depresyjnym z powodu jej kosztów społecznych. Najnowsze podsumowania tych badań wskazują na to, że ryzyko depresji zwiększa spożycie produktów wywołujących stan zapalny, czyli takich, które zawierają przetworzony cukier, ziarna (szczególnie te zawierające gluten), produkty o dużej zawartości tłuszczu, mięso wędliny, soki, napoje bezalkoholowe i słodycze [43]. Podkreśla się także związek pomiędzy występowaniem depresji a brakiem takich sub-

stancji, witamin i minerałów, jak: węglowodany, kwasy omega-3, kwas foliowy, witaminy z grupy B (szczególnie wit. B12), magnez, jod, wapń, chrom, żelazo, lit, selen i cynk. Produkty zawierające powyższe substancje, nie wzmacniające stanu zapalnego to przede wszystkim warzywa, pełne zboża, oliwa oraz ryby. Oznacza to zwiększenie spożycia warzyw, owoców, ryb, orzechów, roślin strączkowych, oliwy z oliwek [43].

Inne elementy programów prewencji zaburzeń psychicznych

Inne elementy powyższych programów wprowadzono, identyfikując kolejne czynniki ryzyka nabywania tych zaburzeń w dłuższym czasie. Oprócz aktywności fizycznej i diety, wymienia się wśród nich **spożycie alkoholu, niewystarczający lub zaburzony sen, palenie tytoniu, a nawet rekreacyjne (okazjonalne) korzystanie z środków odurzających** [44]

Dwa pierwsze z wymienionych czynników, czyli spożywanie alkoholu (zarówno wysokoprocetowego, jak i piwa), a także zaburzony sen okazały się także i w naszym badaniu ważnymi czynnikami ryzyka depresji. Ciekawym wynikiem badań jest ten, który wskazuje na to, że palenie tytoniu jest związane z ubywaniem tkanki mózgowej [45].

Rehabilitacja

Istnieje kilka podejść stosowanych w ramach rehabilitacji osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym, w tym zaburzeń depresyjnych w miejscu pracy. Jedno podejście – najbardziej rozpowszechnione i mające najdłuższą tradycję – to oddziaływania o charakterze terapeutycznym i treningowym, takie jak terapia poznawczo-behawioralna w wersji klasycznej oraz terapia poznawczo-behawioralna oparta na uważności. Są one skierowane do osób z tymi problemami. Istotnym warunkiem ich stosowania dla osób pracujących jest to, aby osoby wymienione zaburzenia nie znajdowały się w fazie remisji choroby.

Uważa się nawet, że w większości przypadków mogą być stosowane jednocześnie, a w niektórych sytuacjach mogą nawet skutecznie zastąpić leczenie farmakologiczne (np. w takich postaciach depresji, które są nazywane jako „lekooporne”).

Terapię zaleca się na ogół w ramach leczenia przez lekarza (psychiatrę) lub psychologa. Jednak niezwykle trudny dostęp do bezpłatnych usług w tym zakresie powoduje, że najczęściej trzeba korzystać z prywatnych placówek świadczących te usługi odpłatnie. Wiele prywatnych świadczeń zdrowotnych, które pracodawcy oferują swoim pracownikom obejmuje tego rodzaju pomoc.

Drugim podejściem, w które pracodawcy angażują się bardziej bezpośrednio, są – rozpowszechnione już na świecie – programy powrotu do pracy dla osób przebywających na dłuższych zwolnieniach (np. w Polsce dłuższych niż 33 dni rocznie) z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym.

Terapia poznawczo-behawioralna dla osób z depresją CBT

osób z depresją. Jest to użyteczne podejście nawet w przypadku tych osób, które leczą się farmakologicznie. Oto kilka podstawowych założeń psychoterapii poznawczej oraz leczenia depresji w ten sposób.

Pierwszym etapem każdej pracy w terapii poznawczo-behawioralnej jest psycho-edukacja, czyli zapoznanie pacjenta z modelem poznawczym w ogóle (tzw. ABC), a także z modelem samej choroby. Terapia poznawcza zakłada, że to, jak się czujemy i zachowujemy (C – consequences) wobec danego zdarzenia (A – activating event), zależy od naszych myśli i przekonań (B – beliefs). Mówiąc inaczej – od naszej interpretacji danego wydarzenia zależy nasza reakcja na nie.

Myśli, które pojawiają się w danej sytuacji nazywamy automatycznymi. Ich treść zależy od tego, jakie są nasze ogólne przekonania na temat siebie, innych ludzi, świata. W terapii poznawczo-behawioralnej przekonania nazywa się kluczowymi. Powstają one na wcześniejszych etapach naszego życia, na ogół w wyniku wychowania lub wczesnej socjalizacji. U osób z depresją są to zwykle przekonania negatywne, takie jak: „jestem do niczego”, „świat jest niebezpiecznym miejscem”, czy „ludzie są fałszywi i nie należy im wierzyć”. Przekonania kluczowe generują również negatywne, dysfunkcyjne automatyczne myśli, takie jak „na pewno mi się nie uda”, „nie można okazywać prawdziwych uczuć, bo można zostać skrzywdzonym”, czy „ludzi należy trzymać na dystans”. W depresji negatywne myśli automatyczne występują w trzech ważnych obszarach (tzw. triada depresyjna):

- siebie;
- świata;
- przyszłości.

To negatywne myśli sprawiają, że pojawiają się takie objawy depresyjne, jak: smutek, wycofanie, a nawet przygnębienie, brak energii, brak chęci do działania itd. Z kolei smutek i wycofanie mogą zwiększać izolację, pozbawiać możliwości działania i odnoszenia sukcesów oraz ograniczyć wsparcie płynące od innych. Pogłębia to przekonanie o nieprzyjaznym świecie i ludziach, nasilając początkowe i powoduje efekt „błędnego koła”. W ten sposób objawy depresji nasilają negatywne myślenie.

Gdy pacjent zna już model poznawczy depresji, zaczyna się praca nad tzw. aktywizacją. W depresji, w związku z tym, że on/pacjent/chory ma mało energii, stopniowo redukuje on różne aktywności – wyjście z domu, spotkania ze znajomymi. Coraz trudniej pracować, dbać o siebie, a nawet wstawać rano z łóżka. Zgodnie z modelem poznawczym, te zachowania zwrótnie wpływają na myślenie: „skoro nie umiem wstać z łóżka, jestem do niczego” oraz wpływają na nastrój (smutek, rezygnacja). Na poziomie biologicznym, nie podejmowanie aktywności może spowodować spadek wydzielania neuroprzekazników odpowiedzialnych za nastrój (np. serotoniny).

Z tego powodu w leczeniu depresji w paradygmacie poznawczo-behawioralnym, planowanie i stopniowe zwiększenie dziennej aktywności jest pierwszym krokiem, co oznacza, że podejmowane są próby zmiany zachowania (behawior). Kolejną fazą jest część poznawcza, czyli tzw. praca z negatywnymi myślami automatycznymi – dyskusowanie z nimi, podważanie ich. Po tym etapie dochodzi się do pracy z głębszymi strukturami poznawczymi, czyli przekonaniami kluczowymi – bada się ich źródło, ale przede wszystkim sprawdza się wraz z pacjentem ich prawdziwość, ujawniając jednocześnie ich dysfunkcyjny wpływ na życie i sa-



mopoczucie pacjenta. Ostatnim etapem pracy terapeutycznej jest na ogół tzw. profilaktyka nawrotów, której celem jest zminimalizowanie ryzyka ponownego pojawienia się objawów depresyjnych.

Wiele badań potwierdziło skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu depresji [47], a niektóre ich podsumowania wskazują nawet na to, że może być równie skuteczna jak farmakoterapia [48].

Terapia poznawczo-behawioralna oparta na uważności (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, ang. MBCT) dla osób z depresją

MBCT [49] została opracowana przez Zindela Segala, Johna Teasdale'a i Marka Williamsa, jako ujęta w protokół forma grupowej interwencji terapeutycznej, służąca profilaktyce nawrotów depresji u osób z depresją nawracającą na podstawie programu redukcji stresu za pomocą uważności (ang. Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) oraz elementów terapii poznawczo-behawioralnej (ang. cognitive behavioural therapy, CBT) [28]. Terapia ta łączy wybrane formalne praktyki uważności (obserwację oddechu, skanowanie ciała, elementy jogi czy medytację w ruchu) oraz nieformalne praktyki uważności (zachęcanie do uważnego wykonywania czynności domowych) z technikami CBT i psychoedukacją. Celem MBCT jest umożliwienie uczestnikom zdobycia umiejętności, które pomogą im uchronić się przed nawrotem depresji. Istnieją dwa modele teoretyczne podatności na nawroty depresji: pierwszy wiąże ją z dostępnością negatywnych treści, gdy nastrój jest obniżony, a drugi – opiera się na ruminacyjnym stylu reagowania na nie. Rumination to inaczej ciągłe „przeżuwanie” trudnych treści (emocji, myśli itp.) w poszukiwaniu rozwiązania problemu. Twórcy MBCT nazywają ją „trybem działania”, który powinien zostać zastąpiony „trybem bycia”, rozwijanym dzięki treningowi uważności. Chodzi o pozawerbalny tryb umysłu, polegający na otwarciu się na doświadczenia emocjonalne, mentalne i cielesne oraz na ich akceptacji, bez prób zmiany. Uzyskanie większej świadomości tych doświadczeń z chwili na chwilę i rozwinięcie nowego sposobu odnoszenia się do nich, opartego na akceptacji i współczuciu, a nie na identyfikowaniu się z nimi, przeciwstawianiu się im lub ich odrzucaniu. Ma to pomóc osobom zagrożonym nawrotami depresji wyjść poza mechanizmy, którym wcześniej podlegały. Założeniem MBCT jest wprowadzenie w miejsce „kolein umysłowych” (w treningu uważności określanych też jako „automatyczny pilot”), czyli dotychczasowych nawykowych reakcji na nieprzyjemne doświadczenia, nasilających afektywno-poznawcze błędne koła, prowadzące do depresji, nowych, świadomych strategii regulacji emocji.

MBCT jest metodą ustrukturyzowaną, krótkoterminową, prowadzoną przez terapeutę/trenera posiadającego nie tylko wiedzę kliniczną, ale przede wszystkim doświadczenia we własnej praktyce medytacyjnej (ćwiczenia uważności są w istocie ćwiczeniami medytacyjnymi). Zajęcia w trakcie tej terapii – podobnie jak w MBSR – trwają osiem tygodni i są realizowane w czasie ośmiu 2,5-godzinnych spotkań grupowych odbywających się raz w tygodniu oraz jednej dłuższej, 6-godzinnej sesji, nazywanej Dniem Uważności.

Podsumowanie badań na temat skuteczności MBCT w leczeniu depresji potwierdza, że efektywnie zapobiega jej nawrotom [50]. Porównanie skuteczności terapii MBCT oraz CBT w leczeniu depresji przemawia ponadto na korzyść pierwszego z oddziaływań [51].

Interwencje *on-line*

Coraz większą popularność zyskują różne oddziaływania terapeutyczne i psychoedukacyjne dla osób z problemami ze zdrowiem psychicznym oferowane drogą *on-line* [52].

Są najczęściej mniej kosztowną opcją, nie wymagają czasochłonnych często dojazdów na sesje, chociaż pozbawione są niewątpliwie bardzo ważnego aspektu terapeutycznego, którym jest osobiste spotkanie z trenerem/terapeutą, a także innymi uczestnikami kursu. Pandemia Covid-19 zdecydowanie zwiększyła popularność tej formy oddziaływania, ponieważ była często jedyną dostępną dla osób potrzebujących formą pomocy w tym czasie.

Także opisane wcześniej oddziaływania, w tym szczególnie terapia poznawczo-behawioralna oraz MBCT w formie *on-line* zyskują coraz większą popularność [47]. Jednak podsumowania badań na temat skuteczności interwencji *on-line* w łagodzeniu objawów depresyjnych dotyczy głównie tych osób, które doświadczają jedynie symptomów depresji. Uważa się, że dla osób z tzw. dużą depresją, najbardziej wskazany jest jednak osobisty udział w terapii [53].

Interwencje z udziałem coacha, mentora, trenera czy terapeuty dostarczane drogą *on-line* dla pracowników z problemami zdrowia psychicznego na poziomie subklinicznym są bardzo dobrą ofertą, którą dla tych pracowników mogą skierować ich pracodawcy. Jeszcze mniej kosztowym rozwiązaniem są aplikacje zawierające takie kursy czy treningi. Na rynku usług doradczo-psychoedukacyjnych pojawia się ich coraz więcej.

Wspieranie powrotu do pracy osób z depresją

Ułatwianie osobom chorym na depresję (bądź zmagających się z innym problemem ze zdrowiem psychicznym) powrotu do pracy po dłuższych zwolnieniach jest także działaniem o charakterze rehabilitacyjnym, bardzo popularnym na świecie. Ma ogromne znaczenie z punktu widzenia obniżania kosztów społecznych tych problemów, bowiem wiele z nich, np. depresja, ma charakter chroniczny. Ich konsekwencją mogą być częste lub długotrwałe nieobecności, a wreszcie – trwałe wypadanie z rynku pracy.

Z drugiej strony, osoby, które się leczą i wracają do przyjaznych środowisk pracy, narażone są na mniejsze ryzyko społecznej i zawodowej marginalizacji, dodatkowo pogłębiającej ich problemy zdrowotne. Bywa niestety tak, że ich pracodawcy niechętnie przedłużają im umowy o pracę, nie mówiąc o zatrudnianiu tych, którzy uzyskują z tego powodu orzeczenia o niepełnosprawności.

Pracodawcy w Polsce mają spory opór przed zatrudnianiem w swoich firmach osób z orzeczoną niepełnosprawnością z powodu choroby psychicznej. Z jednej strony obawiają się oni niższego zaangażowania oraz niższej wydajności pracy osób z tą niepełnosprawnością. Są ponadto świadomi, że pracownicy ci wymagają zorganizowania im szczególnych warunków pracy. Jeśli osoba np. z depresją posiada orzeczoną niepełnosprawność, wówczas pracodawca na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. [54] o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, powinien dodatkowo (oprócz dbałości o warunki pracy) zapewnić takiej osobie następujące przywileje:

- ustalenie specyficznych godzin pracy czy podziału obowiązków. Czas pracy osoby o lekkim stopniu niepełnosprawności nie może przekraczać 8 godzin dziennie (40 godzin

- tygodniowo), a osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – 7 godzin dziennie (35 godzin tygodniowo);
- zapewnienie dodatkowej 15-minutowej przerwy w pracy na wypoczynek; zapewnienie dodatkowego urlopu. Osobie ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności przysługuje dodatkowy urlop wypoczynkowy w wymiarze 10 dni roboczych;
- zapewnienie prawa do odbycia turnusu rehabilitacyjnego. Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ma prawo do zwolnienia w wymiarze do 21 dni roboczych w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym.

Jednocześnie pracodawcom zatrudniającym osoby niepełnosprawne także przysługują przywileje, wśród których najważniejsze to:

- obniżenie wpłaty obowiązkowej na PFRON (wyższe w przypadku zatrudniania osób cierpiących na przewlekłe choroby psychiczne),
- dofinansowania do wynagrodzenia osób niepełnosprawnych,
- ulgi we wpłatach na PFRON (dla określonych pracodawców),
- zwrot kosztów przystosowania tworzonych lub istniejących stanowisk pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy,
- zwrot miesięcznych kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy oraz szkolenia pracowników pomagających,
- refundacja kosztów szkolenia pracowników niepełnosprawnych.

Analiza wyników badań na temat ekonomicznych korzyści prowadzenia różnych interwencji dla pracowników z problemami ze zdrowiem psychicznym na poziomie organizacji, dowodzi, że najbardziej opłacalną ich formą są programy wspierania powrotu do pracy osób z tymi problemami [55]. Analizę opłacalności tych programów przeprowadzono w taki sposób, że obliczano zysk ekonomiczny uzyskany na podstawie porównania kosztów takiej interwencji z kosztami społecznymi (częstość korzystania z usług opieki zdrowotnej) oraz kosztami ponoszonymi przez pracodawcę (długość absencji chorobowej) osoby chorej na depresję. Autorzy tego podsumowania uważają, że państwo powinno wspierać pracodawców w podejmowaniu takich interwencji z uwagi na obopólne korzyści, które przynoszą takie programy.

Podsumowanie

Narastanie zjawiska problemów ze zdrowiem psychicznym osób pracujących jest faktem, któremu nie da się zaprzeczyć w obliczu wyników najnowszych badań.

Niewątpliwie pandemia Covid-19 zaostrzyła te problemy, ale jednocześnie uświadomiła wielu z nas, jak łatwo można stracić zatrudnienie, na skutek np. zamykania się wielu firm, recesji i ogólnych trudności w gospodarce. Pandemia pokazała nam także, jak ważne jest nasze miejsce pracy, obnażając jednak naszą wrażliwość. Cechą, która w języku psychologii nazywana jest „podatnością na zranienie”. Tym bardziej zatem miejsce pracy powinno być tym, które owych zranień nie dostarcza, za to wzmacnia nasz ludzki potencjał.

Kompleksowy program przeciwdziałania problemom ze zdrowiem psychicznym, opisa-

ny w tej publikacji, jest próbą podsumowania tego, co już zostało stworzone i sprawdzone w tym zakresie na świecie, a co stosunkowo trudno implementuje się jeszcze w naszych rodzimych warunkach. Przyczyny nie tkwią zapewne w złej woli różnych środowisk i pracodawców, ale w niewystarczającej świadomości na temat powagi problemu. Z dużą dozą pewności można stwierdzić, że powszechnie nie docenia się znaczenia prostych narzędzi budowania bezpieczeństwa psychologicznego. Jednym z nich jest istniejące prawo pracy dotyczące bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy. W tradycyjnym ujęciu bhp ciągle jeszcze niewystarczająco akcentuje się fakt, że zdrowie pracownika nie ogranicza się tylko do zdrowia fizycznego, niezależnie od tego, iż nie można go pomijać, próbując zachować zdrowie psychiczne. Ochrona zdrowia psychicznego poprzez ograniczanie czynników ryzyka związanych z pracą, podobnie jak ochrona zdrowia fizycznego, pracowników jest przeciw „statutowym” obowiązkiem każdego pracodawcy. Uważa się, że najczęściej wystarczającym warunkiem dotrzymania tego obowiązku jest po prostu stosowanie przepisów prawa pracy, a jeśli wymaga tego sytuacja – modyfikacji środowiska pracy w taki sposób, aby był on spełniony. Ten ważny warunek stanowi bowiem wystarczającą podstawę właściwej prewencji problemów ze zdrowiem psychicznym.

Pracodawcy, którym zależy na tym, aby ich pracownicy byli usatysfakcjonowani, a tym samym bardziej zaangażowani w pracę, bardziej wydajni i lojalni, mogą sięgnąć po inne narzędzia z poziomu jednostki, takie jak szkolenia, treningi, coaching, czy programy wspierania zdrowia fizycznego. Nie wszystkich pracodawców stać na to, aby realizować te działania, ale wszystkich powinno być stać na szacunek i należne uznanie dla nas – pracowników, choć tego nie wymaga już prawo. Kultura organizacyjna oparta na wzajemnym szacunku to dla nas bezkosztowy benefit od pracodawcy. Należy się nam dlatego, że wykonujemy jakąś pracę poświęcając swój wysiłek i czas, ale także dlatego, że jako ludzie mamy prawo do zachowania swojej godności, także w miejscu pracy. Rolą państwa jest natomiast wspieranie pracodawców w rzeczywistym realizowaniu polityki promocji zdrowia psychicznego poprzez swoje instytucje i podmioty, takie jak PIP czy ZUS (szczególnie w jego działalności prewencyjnej). Ważne jest także systemowe wspieranie przez system opieki zdrowotnej służb medycyny pracy. Badania okresowe pracowników, a nawet profilaktyka, jest w tym obszarze najlepszą formą screeningu i wczesnego wykrywania i monitorowania problemów zaburzeń psychicznych w populacji pracujących Polaków.

Przykład kompleksowej interwencji promującej zdrowie psychiczne i fizyczne w miejscu pracy

Mars Wellness Programme

Założona w Polsce w 1992 roku firma Mars Polska jest jedną z największych firm w Polsce produkujących szybko zbywalne towary konsumpcyjne. W latach 2013-2019 zatrudniała ponad 1400 pracowników w różnych działach: marketing, sprzedaż, badania i rozwój, finanse, IT, personel i organizacja, logistyka, Inżynieria, produkcja, sprawy handlowe i korporacyjne.

Mars od początku swojego działania w Polsce dba o to, aby pracownicy pracowali w bezpiecznym i zdrowym środowisku pracy, spełniającym wszystkie wymogi prawne. Pracownicy otrzymują ponadto m.in. innowacyjne meble biurowe wspierające zdrowe, ergonomiczne warunki pracy.

Program, o którym mowa opracowano na podstawie wyników trwającego badania oceny ryzyka zdrowotnego przeprowadzanego regularnie w Mars. Ponadto, analizowanotakże potrzeby pracowników. Zebrano i przeanalizowano 700 szczegółowych kwestionariuszy (o objętości 5 stron), a na ich podstawie oparto strukturę całego programu. Po stworzeniu pierwszego szkicu programu przeprowadzono pilotaż w jednym biurze oraz w jednej z trzech fabryk. Na podstawie wyników pilotażu został podrożony w całej firmie Mars opisany poniżej program. Firma postanowiła położyć nacisk na poprawę zdrowia i dobrego samopoczucia pracowników w oparciu o ich potrzeby. Nacisk położony był na takie zagadnienia jak stres, aktywność fizyczna i odżywianie.

Celem programu była zatem poprawa samopoczucia rozumianego jako stan zdrowia psychicznego, fizycznego i społecznego. Uznano, że są one ściśle ze sobą powiązane i dlatego należy oddziaływać na nie jednocześnie.

Całość programu była opłacana przez firmę i prowadzona w czasie pracy. W jednym tylko roku poświęcono na niego ponad 4560 godzin szkoleniowych.

Co zostało zrobione i jak?

Program zawiera elementy skupiające się zarówno na zdrowiu psychicznym, jak i na zdrowiu fizycznym.

Przy pomocy narzędzia nazwanego „7 kroków do zdrowia” oceniane są ww. aspekty zdrowia, w tym także świadomość dotyczącą stylu życia. Dla każdego pracownika program „7 kroków do zdrowia” rozpoczyna się od dobrowolnego udziału w warsztacie. W trakcie warsztatu pracownicy

diagnostują swój typ osobowości (narzędziem *Myer-Briggs*). Celem tej diagnozy jest określenie, w jaki sposób jest się podobnym do innych osób, a w jakim jest się innym i jaki może to mieć wpływ na własne relacje zawodowe, ewentualnie jak można zmienić te relacje w pozytywnym i konstruktywnym kierunku.

Kolejna część warsztatu poświęcona jest na pomiary dotyczące różnych danych biometrycznych związanych ze zdrowiem, np. poziom cholesterolu, ciśnienia krwi, BMI (body mass index). Ponadto, pracownicy mają dostęp do programu online, który dostarcza informacji o technikach, w jaki sposób radzić sobie ze stresem i jak lepiej radzić sobie z ewentualnym obciążeniem mięśniowo-szkieletowym.

Ostatnim krokiem realizowanym podczas warsztatów jest otwarta dyskusja prowadzona przez profesjonal-



nego trenera, skupienie się na indywidualnych możliwościach doskonalenia i praktycznych działaniach w takich obszarach jak: kariera, rodzina i społeczeństwo. Główne pytania, które podają w dyskusji to przykładowo: „Co jest ważne dla pracownika?” „Jak może wpływać na swoje życie w odniesieniu do tych ważnych tematów?” „Na jakie aspekty ma wpływ, a co nie jest pod jej kontrolą?”. Pierwszym i najważniejszym celem programu **Mars wellness programme** jest informowanie pracowników. Odbywa się to głównie za pomocą ulotek, plakatów, intranetu i poczty elektronicznej. W ramach programu stworzono **na przykład** Internetowy system coachingowy dla pracowników, byłych pracowników (zarówno emerytowanych, jak i byłych) pracowników, którzy zmienili pracodawcę) i ich rodzin w zakresie zdrowego stylu życia, w tym aspekty takie jak:

- wykrywanie objawów stresu i depresji za pomocą kwestionariusza
- informacje o tym, gdzie szukać pomocy w przypadku stresu lub depresji
- ocena jakości swoich zachowań żywieniowych za pomocą kwestionariusza
- opis kroków w celu poprawy odżywiania
- informacje o parametrach zdrowia fizycznego i konieczności regularnych badań kontrolnych.

Dzięki narzędziu online **każda osoba otrzymuje spersonalizowany poradnik zdrowotny, oparty na danych indywidualnych**. Firma zachęca każdego pracownika do monitorowania trzech parametrów fizycznych: poziomu cholesterolu, ciśnienia krwi, BMI.

Badania lekarskie wykonywane są raz w roku, bezpłatnie dla każdego pracownika. Kontrolom towarzyszy doradztwo w celu wyjaśnienia wyników pracownikom oraz zmotywowania ich do zmiany codziennych nawyków, jeśli to konieczne.

Świadomość żywieniową podnosi się poprzez warsztaty, zdrowe tygodnie i spotkania z specjalistą ds. żywienia. Udział jest bezpłatny. Pracownicy są regularnie zachęceni do sprawdzania diety i poprawiania swojego odżywiania.

Dwa razy w roku prowadzona jest także kampania zachęcająca pracowników do sprawdzania sprawności fizycznej, w której pomagają specjaliści w zakresie fitnessu.

Proponuje się szereg działań pomagających stworzyć odpowiedzialność za własne zdrowie:

- Oferowane są szkolenia i warsztaty dotyczące stresu, kursy na temat tego, jak unikać stresu, jak lepiej radzić sobie z różnorodnymi wymaganiami pracy, jak się lepiej komunikować oraz techniki antystresowe (oddychanie, masaż, relaksacja).
- Wszyscy pracownicy otrzymują przewodnik na temat technik antystresowych.

Program zawiera ponadto część dotyczącą **społecznej odpowiedzialności biznesu**. Pierwsza faza koncentruje się na samej osobie, druga zachęca do motywowania innych do zdrowego życia.

Czynniki sukcesu

Ważnym czynnikiem sukcesu programu było opracowanie i wdrożenie programu ochrony zdrowia przez osobę nazwaną menedżerem ds. zdrowia i dobrego samopoczucia. Mars Polska zainteresowany poprawą zdrowia swoich pracowników proponuje pracownikom darmowe zdrowe jedzenie. Wszyscy pracownicy mogą korzystać z firmowej siłowni

i boiska piłkarskiego, a także wziąć udział w zajęciach aerobiku, zajęciach „Mocne plecy”, kursach jogi, bezpłatnych masażach i konsultacjach żywieniowych. Mają też dostęp do ponad 1400 innych zajęć sportowych z firmowym współfinansowaniem w ponad 1700 ośrodkach sportowo-rekreacyjnych na terenie całego kraju. Pracownicy płacą tylko ok. 40 zł miesięcznie za nieograniczony dostęp do wszystkich oferowanych zajęć.

Oprócz tego, że zrobiono wszystko, co możliwe, aby włączyć i zaangażować wszystkich pracowników w program. Mars Polska idzie nawet o krok dalej i aktywnie stara się angażować rodzinę członkowie pracowników i osoby z ich społeczności. Ideą jest rozpowszechnianie i udostępnianie tego podejścia, a tym samym stworzenie ogólnie zdrowego i wspierającego środowiska.

Największymi wyzwaniami związanymi z wdrożeniem programu MCE Wellness były ograniczenia budżetowe. Ostatecznie budżet uzyskano z różnych źródeł i obszarów. Ostatecznie, Mars sponsorował trzy dni warsztatów „7 kroków do zdrowia”. Pozostałe usługi zostały uwzględnione w całkowitym pakiecie wynagrodzeń, co oznacza, że usługi te są traktowane jako dodatek do wynagrodzenia.

Co udało się osiągnąć?

Wdrożenie programu zostało bardzo dobrze przyjęte przez pracowników. Program był pięciokrotnie nominowany przez pracowników do nagrody „Make the Difference Award” w kategorii innowacyjność. Nagroda „Make the Difference” to wewnętrzna nagroda firmy Mars International. W 2009 roku zgłoszono 7 000 projektów, a 75 (w tym Mars Wellness) bierze udział w finale w Waszyngtonie.

Program był bardzo udany. W jednym tylko roku:

- Wszyscy pracownicy (1400 osób) było poinformowanych o programie i zachęcanych do wzięcia w nim udziału,
- 833 pracowników korzystało systematycznie z internetowego systemu oceny ryzyka zdrowotnego,
- Wszyscy pracownicy brali udział w zajęciach sportowych, chociaż stopień ich zaangażowania był różny,
- 1200 pracowników wzięło udział w 3 Tygodniach Zdrowia - kampanii uświadamiającej MCE Wellness,
- z możliwości dołączenia do siłowni już w pierwszym roku skorzystało 120 pracowników.
- 500 pracowników korzysta obecnie z programu Mars Balance wprowadzając elastyczny czas pracy i telepracę,
- 22 pracowników korzystało z pakietu Mars Maternity Friendly Company oferującego opiekę w prywatnym szpitalu, pakiet medyczny i inne świadczenia,
- odbyły się 4 warsztaty „7 tajemnic ojcostwa”,
- 420 pracowników wzięło udział w warsztatach Life Energy Management,
- wskaźnik absencji chorobowej zmniejszył się o 0,72% w porównaniu z 2008 r.,
- wszyscy pracownicy jednej fabryki uczestniczyli w pilotażowej serii warsztatów zdrowotnych (każdy współpracownik uczestniczył w 3 warsztatach z rzędu).

BLIOGRAFIA

1. Świącicki Ł., Sienkiewicz-Jarosz H. (2019). Depresja. Poradnik dla pacjentów i nie tylko... Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
2. WHO. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. World Health Organization. (2021). The Global Health Observatory. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/total-ncd-mortality>.
4. Read J.R., Sharpe L., Modini M., Dear B.F. (2017). Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 221:36–46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009>.
5. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019. A systematic analysis for the global burden of disease study 2019. (2020). *Lancet*, 396:1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2).
6. Kessler R.C. (2012). The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am*, 35(1):1-14. doi: 10.1016/j.psc.2011.11.005. Epub 2011 Dec 16. PMID: 22370487; PMCID: PMC329276.
7. Dewa C.S., Thompson A.H., Jacobs P. (2011). The association of treatment of depressive episodes and work productivity. *Can J Psychiatry*, 56:743-750.
8. Lerner D., Henke R.M. (2008). What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *J Occup Environ Med*, 50(4):401-10. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e31816bae50>. PMID: 18404013.
9. Gałązka-Sobotka M. (red. nauk), Drapała A., Karczewicz E., Zalewska H., Gierczyński J., Gryglewicz J., Sielicki P., Wrona W. (2014). Depresja – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. Warszawa: Uczelnia Łazarskiego.
10. Evans-Lacko S., Knapp M. (2016). Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51(11):1525–37.
11. Dekkers-Sánchez P.M., Hoving J.L., Sluiter J.K., Frings-Dresen M.H. (2008). Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Occup Environ Med*, 65(3):153–157. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e31816bae50>.
12. ZUS. (2021). Absencja chorobowa w 2020 r. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
13. Sienkiewicz-Jarosz H., Antosik-Wójcicka A., Konopko M., Świącicki Ł., Bieńkowski P., Bucior E. (2019). Zaburzenia depresyjne u osób aktywnych zawodowo jako potencjalna przyczyna wcześniejszego zaprzestania wykonywania pracy zawodowej – rozpowszechnienie oraz społeczne, kliniczne i ekonomiczne czynniki ryzyka. Raport z badania wykonanego w ramach Programu Wieloletniego pn. „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”

IV etap, okres realizacji: lata 2017-2019, Część B: Program realizacji projektów w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych. Warszawa: CIOP-PIB (Koordynator).

14. Żołnierczyk-Zreda, D. (2022). Psychospołeczne warunki pracy a zaburzenia depresyjne wśród pracujących Polaków. Raport z badania wykonanego w ramach Programu Wieloletniego pn. „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” IV etap, okres realizacji: lata 2017-2019, Część B: Program realizacji projektów w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych. Warszawa: CIOP-PIB (Koordynator).
15. Joyce S., Modini M., Christensen H., Mykletun A., Bryant R., Mitchell P., Harvey S. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: A systematic meta-review. *Psychological Medicine*, 46(4): 683-697.
16. Seymour L, Grove B (2005). *Workplace Interventions for People with Common Mental health Problems*. British Occupational Health Research Foundation: London, UK.
17. Arthur, A. (2005). When stress is mental illness: A study of anxiety and depression in employees who use occupational stress counselling schemes. *Stress & Health*, 21(4): 273-280.
18. Mołek-Winiarska, D. (2020). Interwencje antystresowe w organizacji. Modele. Zarządzanie. Efektywność. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Wrocław.
19. La Montagne A.D., Martin A., Page K.M., Reavley N.J., Noblet A.J., Milner A.J. et al. (2014). Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, 9(14):131. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-131>.
20. La Montagne Nigatu YT, Huang J, Rao S, et al. (2019). Indicated Prevention Interventions in the Workplace for Depressive Symptoms: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Preventive Medicine*;56(1):e23-e33. DOI: 10.1016/j.amepre.2018.08.027. PMID: 30573152.
21. OSH Puls (2022). Poland: Puls BHP 2022: BHP w miejscach pracy po pandemii. <https://osha.europa.eu/pl/publications/poland-osh-pulse-2022-osh-post-pandemic-workplaces>.
22. GUS. (2019). Stan zdrowia ludności Polski w 2019.
23. Dollard M. F., Dormann C., Idris M.A. (editors). (2019). *Psychosocial Safety Climate: A New Work Stress Theory*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-20319-1>.
24. Karasek R., Brisson C., Kawakami N., Houtman I., Bongers P., Amick B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol*, 3(4):322-355. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.3.4.322>.
25. Kristensen T.S., Hannerz H., Høgh A., Borg V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire--a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health*, 31(6):438-49. doi: 10.5271/sjweh.948. PMID: 16425585.
26. Żołnierczyk-Zreda, D., & Holas, P. (2018). Psychosocial working conditions and major depression or depressive disorders: Review of studies. *Medycyna Pracy*, 69(5):573-581.
27. WHO guidelines on mental Health at work. (2022). Geneva. World Health Organization.

28. Kabat-Zinn J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 4(1):33-47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3. PMID: 7042457.
29. Glomb, T.M., Duffy, M.K., Bono, J.E. and Yang, T. (2011), *Mindfulness at Work*” Joshi, A., Liao, H. and Martocchio, J.J. (Ed.) *Research in Personnel and Human Resources Management* (Research in Personnel and Human Resources Management, Vol. 30), Emerald Group Publishing Limited, Bingley, 115-157. [https://doi.org/10.1108/S0742-7301\(2011\)0000030005](https://doi.org/10.1108/S0742-7301(2011)0000030005)
30. Reb, J., Narayanan, J., & Ho, Z. W. (2015). Mindfulness at work: Antecedents and consequences of employee awareness and absent-mindedness. *Mindfulness*, 6(1):111-122.
31. Reb, J., Allen, T., Vogus, T.J. (2020). Mindfulness arrives at work: Deepening our understanding of mindfulness in organizations, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 159.
32. Vonderlin R., Biermann M., Bohus M. et al. (2020). Mindfulness-Based Programs in the Workplace: a Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Mindfulness*, 11:1579–1598. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01328-3>.
33. Tang Y-Y., Holzel B., Posner M.I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16:213-225.
34. Kersemaekers W., Rupprecht S., Wittmann M., Tamdjidi C., Falke P., Donders R., Speckens A., Kohls N. (2018). A Workplace Mindfulness Intervention May Be Associated With Improved Psychological Well-Being and Productivity. A Preliminary Field Study in a Company Setting. *Front Psychol*, Feb 28;9:195. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00195. PMID: 29541039; PMCID: PMC5836057.
35. Mockała, Z. (2022). Opracowanie programu interwencji zwiększającej kapitał psychologiczny pracowników 50+. Raport z badania wykonanego w ramach Programu Wieloletniego pn. „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” IV etap, okres realizacji: lata 2017-2019, Część B: Program realizacji projektów w zakresie badan naukowych i prac rozwojowych. Warszawa: CIOP-PIB (Koordynator).
36. Bell, AC., D’Zurilla, T.J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinic Psychol Rev*, 29(4):348-353.
37. Tang Y, Zhang Z, Wu S and Zhou J (2022) The impact of challenge and hindrance stressors on newcomers’ organizational socialization: A moderated-mediation model. *Front. Psychol*. 13:968852. doi: 10.3389/fpsyg.2022.968852 000).
38. Worlikar M., Aggrawal A. (2017). To Study the Benefits of Mentoring on Organisations. *International Humanistic Management Association, Research Paper Series*, December 28; No. 18-4:1-7. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3093993> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3093993>.

39. Portugal E.M.M., Cevada T., Monteiro-Junior R.S., Guimarães T.T., da Cruz Rubini E., Lattari E., Blois C., Deslandes A.C. (2013). Neuroscience of Exercise: From Neurobiology Mechanisms to Mental Health. *Neuropsychobiology*, 68:1-14. doi: 10.1159/000350946.
40. Pearce M., Garcia L., Abbas A., Strain T., Schuch F.B., et al. (2022). Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 1;79(6):550-559. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0609. PMID: 35416941.
41. Brellenthin A.G., Crombie K.M., Hillard C.J., Koltyn K.F. (2017). Endocannabinoid and mood responses to exercise in adults with varying activity levels. *Med Sci Sports Exerc*, 49(8):1688-1696. doi: 10.1249/MSS.0000000000001276.
42. Jacka F.N., Mykletun A., Berk M. (2012). Moving towards a population health approach to the primary prevention of common mental disorders. *BMC Med*. Nov 27(10):149. doi: 10.1186/1741-7015-10-149. PMID: 23186355; PMCID: PMC3534562.
43. Ljungberg T., Bondza E., Lethin C. (2020). Evidence of the Importance of Dietary Habits Regarding Depressive Symptoms and Depression. *Int J Environ Res Public Health*, Mar 2;17(5):1616. doi: 10.3390/ijerph17051616. PMID: 32131552; PMCID: PMC7084175.
44. Kay-Lambkin F.J., Thornton L., Lappin J.M., Hanstock T., Sylvia L., Jacka F., Baker A.L., Berk M., Mitchell P.B., Callister R., Rogers N., Webster S., Dennis S., Oldmeadow C., MacKinnon A., Doran C., Turner A., Hunt S. (2016). Study protocol for a systematic review of evidence for lifestyle interventions targeting smoking, sleep, alcohol/other drug use, physical activity, and healthy diet in people with bipolar disorder. *Syst Rev*, Jul 5;5(1):106. doi: 10.1186/s13643-016-0282-9. PMID: 27381332.
45. Karama S., Ducharme S., Corley J., Chouinard-Decorte F., Starr J.M., Wardlaw J.M., et al. (2015). Cigarette smoking and thinning of the brain's cortex. *Mol Psychiatry*, 20(6):778–85.
46. Beck, Aaron T., ed. *Cognitive therapy of depression*. Guilford press, 1979.
47. López-López J.A. et al. (2019). The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Psychol Med*, 49:1937–1947. <https://doi.org/10.1017/S003329171900120X>
48. Cuijpers P., Gentili C. (2017). Psychological treatments are as effective as pharmacotherapies in the treatment of adult depression: a summary from Randomized Clinical Trials and neuroscience evidence. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20:147–152. doi: 10.4081/ripppo.2017.273. PMCID: PMC7451304. PMID: 32913741.
49. Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clin. Psychol. Psychother*, 9(2):131-138.
50. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, i in. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data

- Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*, 1;73(6):565-74. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0076. PMID: 27119968; PMCID: PMC6640038.
51. Stratton E., Lampit A., Choi I., Calvo R.A., Harvey S.B., Glozier N. (2017) Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(12):e0189904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189904>
 52. Dworschak et al. (2022). Efficacy of internet-based interventions for common mental disorder symptoms and psychosocial problems in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interventions*. 27:100498.
 53. Rigabert A., Motrico E., Moreno-Peral P., Resurrección D. M., Conejo-Cerón S., Cuijpers P., Martín-Gómez C., López-Del-Hoyo Y., Bellón J.Á. (2020). Effectiveness of online psychological and psychoeducational interventions to prevent depression: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 82:1-14. [101931]. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101931>.
 54. Dz.U. z 1997 r. Nr 123, poz. 776 z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

