

Widerszal-Bazyl, Maria

Z życia nauki i życia Towarzystwa : Stres : współczesne problemy : (Symposium – Warszawa 4 IV 2003 r.) : Psychospołeczne właściwości pracy jako źródło stresu a zdrowie

Rocznik Towarzystwa Naukowego Warszawskiego 66, 89-98

2003

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Maria Widerszal-Bazyl

PSYCHOSPOŁECZNE WŁAŚCIWOŚCI PRACY JAKO ŹRÓDŁO STRESU A ZDROWIE

WPROWADZENIE

W 1996 roku na rynku czasopism psychologicznych pojawił się nowy tytuł: *Journal of Occupational Health Psychology*, a fakt ten można uznać za znamienny, jest bowiem dowodem wzrastającego zainteresowania psychospołecznymi uwarunkowaniami zdrowia w środowisku pracy. Liczba badań na tym obszarze tak szybko rośnie, że stało się sensowne powołanie odrębnego periodyku.

Mechanizmem, który dobrze tłumaczy powiązania między społeczną sferą pracy a zdrowiem, jest mechanizm stresu. Według klasycznej definicji Selyego stres to niespecyficzna reakcja psychofizjologiczna na wszelkie niedomagania. Te „niedomagania”, czy jakbyśmy dzisiaj powiedzieli, niekorzystne dla podmiotu sytuacje, mogą wynikać z nagłych, szczególnie dramatycznych wydarzeń, które miały miejsce w pracy. Przykładem może być poważny wypadek, niesprawiedliwa i upokarzająca nagonka na pracownika czy też nieoczekiwane wyrzucenie z pracy. W tym kontekście używa się terminu stresu traumatycznego (ang. *post-traumatic stress disorder*). Niekorzystny dla podmiotu przebieg zdarzeń może być też konsekwencją względnie stałych właściwości pracy, jej cech strukturalnych. Niektórzy uważają, że prawdziwym problemem społecznym – ze względu na swą skalę – są nie tyle pojedyncze, traumatyczne wydarzenia, ale właśnie chroniczne stresowy, niejako wbudowane w strukturę pracy i przez długie lata wywołujące nie zawsze silną, ale stale utrzymującą się reakcję stresową. Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na koncepcje i badania, które próbują dociec, które psychospołeczne właściwości pracy są głównymi podejrzanymi o wywoływanie chronicznej reakcji stresowej pracowników, a także, które sondują czy związki tych właściwości ze zdrowiem pracownika są rzeczywiście znaczące.

MODEL WYMAGANIA-KONTROLA

Choć istnieją spore różnice indywidualne między ludźmi, co do rodzaju czynników wywołujących stres, to jednak „od zawsze” próbowano sporządzać listy cech pracy, które są niekorzystne dla ludzi w ogóle. W ostatnim okresie, jedną z najbardziej wpływowych koncepcji stresu, wokół której kumulowało bardzo wiele badań, był model zaproponowany przez Roberta Karaska znany też jako model: wymagania-kontrola (Karasek, 1979, Karasek, Theorell, 1990). Zdaniem R. Karaska, z punktu widzenia stresu i jego konsekwencji zdrowotnych, dwie dymensje pracy mają kluczowe znaczenie: wymagania oraz kontrola. W koncepcji tej wymagania rozumiane były przede wszystkim jako wymagania ilościowe, a także takie, które wynikają z wewnętrznych sprzeczności tkwiących w roli zawodowej (tzw. konflikt ról). Późniejsze operacjonalizacje włączały w ich zakres także wymagania poznawcze (Widerszal-Bazyl, 2003). Kontrola rozumiana była specyficznie, jako składająca się z dwóch elementów: możliwości wpływu na przebieg i warunki pracy oraz stopnia złożoności pracy. Łączenie obu składowych w jedno pojęcie kontroli – często później krytykowane – usprawiedliwiano faktem ich wysokiej korelacji stwierdzonej w wielu badaniach, a także tezą, że o prawdziwej kontroli sytuacji można mówić dopiero wówczas, gdy sytuacja charakteryzuje się odpowiednim poziomem komplikacji.

W zaproponowanym przez siebie modelu R. Karasek wyróżnił cztery główne sytuacje różniące się stopniem nasilenia krytycznych dymensji: wymagań i kontroli. (Rys. 1).

		Wymagania	
		niskie	wysokie
Kontrola	niska	Pasywność	Wysokie napięcie
	wysoka	Niskie napięcie	Aktywność

Rys. 1. Schemat modelu R. Karaska: wymagania-kontrola

- 1) Wysokie wymagania – mały zakres kontroli
Jest to sytuacja szczególnie stresogenna. Jednostka bowiem otrzymuje trudne lub pracochłonne zadania, a nie ma możliwości swobodnego ich wykonania. Postawienie przed człowiekiem wysokich wymagań wywołuje stan napięcia psychofizjologicznego. Gdy możliwości wykonawcze jednostki zostają zablokowane i nie ma ona wpływu na sytuację, napięcie to nie rozładowuje się w toku aktywnych działań i utrzymuje się. Prowadzi to do niepokoju, depresji i ryzyka choroby somatycznej.
- 2) Wysokie wymagania – duży zakres kontroli
Taka sytuacja stwarza warunki rozwoju. Przed pracownikiem postawione zostały trudne zadania, ale też ma możliwości takiego modelowania swego zachowania, by osiągnąć postawione cele.
- 3) Niskie wymagania – mały zakres kontroli
Sytuacja taka ani nie pobudza do działania, bo wymagania są niskie, ani nie daje możliwości działania (niska kontrola). Pojawia się więc pasywność zarówno w życiu zawodowym, jak i w sposobie spędzania czasu wolnego. Podobne zjawiska Seligman (1975) opisał jako „wyuczoną bezradność”. Jednostka nie ma żadnych możliwości rozwoju.
- 4) Niskie wymagania – duży zakres kontroli
Są to sytuacje najbardziej relaksujące, wywołujące najmniejsze napięcie. Wysoki zakres kontroli pozwala optymalnie zareagować na każde pojawiające się – nie wygórowane – wymaganie. Ryzyko złego samopoczucia psychicznego czy choroby somatycznej jest w tym wypadku najmniejsze.

Powstaje pytanie, czy ten prosty w gruncie rzeczy model rzeczywiście pozwala przewidywać zdrowie pracowników. Wiele doniesień wydaje się potwierdzać jego trafność i to zarówno w odniesieniu do zdrowia psychicznego jak i fizycznego, w zakresie tak różnorodnych funkcji jak sercowo-naczyniowa, mięśniowo-szkieletowa, czy immunologiczna. Przykładem badań odwołujących się do wskaźników funkcji sercowo-naczyniowej mogą być badania epidemiologiczne prowadzone w Sztokholmie (Theorell i in. 1998), obejmujące mężczyzn w wieku 45–64, którzy w latach 1992–1994 po raz pierwszy przeszli zawał serca. W badaniach tych uzyskano następujący wynik: gdy brać pod uwagę stosunek wymagań do kontroli i wyodrębnić podgrupę z górnego kwartyla rozkładu tego współczynnika (a więc osoby, które spostrzegają swe wymagania jako wysokie

w porównaniu do możliwości kontroli), to w podgrupie tej ryzyko zawału jest blisko półtora razy wyższe w pozostałych podgrupach (RR = 1.4). Po wyeliminowaniu wielu możliwych czynników interweniujących, jak palenie papierosów, nadciśnienie, poziom cholesterolu, klasa społeczna itp., współczynnik ryzyka zawału jest nieco niższy, ale nadal był istotny (RR = 1.3).

Z kolei Jonge i in. (1999) sprawdzali model Karaska odwołując się do wskaźników **samopoczucia psychicznego**, a konkretnie poczucia zadowolenia z pracy. Badano 895 holenderskich pielęgniarek; stwierdzono, że interakcja wymagań i kontroli, obliczana jako iloczyn obu tych wymiarów, pozwalała przewidywać wielkość zadowolenia z pracy. Stąd m.in. wśród osób o niskiej kontroli, te które miały wysokie wymagania, wykazywały znacznie niższe zadowolenie z pracy niż te, które miały niskie wymagania. Natomiast wśród osób o wysokiej kontroli, wysokie bądź niskie wymagania nie różnicowały poziomu zadowolenia z pracy (rys. 1). Dodać jednak należy, że powyższy wynik, zgodny z modelem, otrzymano tylko przy jednej metodzie pomiaru wymagań i kontroli (gdy ujmowane były jako właściwości pracy spostrzegane przez grupę – reprezentował je średni wynik grupy na skalach wymagań i kontroli).

Przytoczmy jeszcze przykład badań sprawdzających model W-K, w których odwoływano się do **wskaźników immunologicznych**. Kawakami i in. (1997) przebadali 65 mężczyzn, robotników fabryki chemicznej. Poziom odporności oceniano na podstawie analizy próbek krwi biorąc pod uwagę jaki procent ogółu limfocytów stanowią: limfocyty T i B oraz podgrupy limfocytów T, tzn. T pomocnicze i T supresorowo-cytotoksyczne. Ponadto wśród T pomocniczych wyodrębniano dwie podgrupy niższego rzędu: T pomocnicze-indukcyjne (wzmacniają funkcje odpornościową) oraz T pomocnicze-supresorowe (tłumią odporność). Właściwości pracy, wymagania i kontrolę mierzono japońską wersją kwestionariusza Karaska. Dla sprawdzenia modelu obliczano stosunek wymagań do kontroli. Wykazano, że współczynnik ten korelował dodatnio z liczbą limfocytów T pomocniczych indukcyjnych. Podsumowując, im bardziej niekorzystny jest stosunek wymagań do kontroli, tym gorsze – przynajmniej niektóre – wskaźniki odporności immunologicznej.

Jakkolwiek wiele badań potwierdziło model W-K, to jednak niemal równie dużo można przytoczyć takich, które modelu nie potwierdzają. Prawdopodobieństwo potwierdzenia modelu zależy m.in. od tego (1) jak obliczana jest interakcja wymagań i kontroli (rzadsze potwierdzenie gdy obliczana interakcja iloczynowa, częstsze – gdy porównywana grupa o dużych wymaganiach i małej kontroli z grupami o pozostałych konfiguracjach

obu dymensji), (2) jakie wskaźniki zdrowia brane pod uwagę (3) jakiej klasy społecznej badania dotyczą (częstsze potwierdzenie w klasach niższych) oraz od szeregu innych czynników (szerszy przegląd por. Wider-szal-Bazyl, 2003). Warto też podkreślić, że choć model przewiduje interakcyjne oddziaływanie wymagań i kontroli na zdrowie, to w wielu badaniach sprawdzających jego trafność, zarówno tych, które go potwierdzały, jak tych które nie potwierdzały, obserwowano liniowe związki między obiema dymensjami a wskaźnikami zdrowia. Szczególnie często dotyczyło to kontroli. Jest wiele danych, aby sądzić, że im pracownik ma większe możliwości wpływu na przebieg i warunki pracy, tym jest zdrowszy, zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Badania podłużne Whitehall-2 (Bosma i in. 1997) prowadzone przeszło 10 lat na ok. 10 000 urzędników Londynu są dobrą ilustracją powyższej tezy. W okresie trwania programu obserwowano nowe przypadki pojawienia się niedokrwiennej choroby serca. Okazało się, że przypadki takie były 1,5 razy częstsze wśród osób o niskiej kontroli w pracy, niż wśród osób o wysokiej kontroli (wynik istotny statystycznie). Prawidłowość ta obowiązywała zarówno wtedy gdy kontrola mierzona była metodami subiektywnymi (jako spostrzegana przez pracownika kontrola w pracy), jak i wówczas gdy mierzona była obiektywnie (jako kontrola w ocenie zwierzchników pracownika).

O wielkim znaczeniu kontroli dla szeroko rozumianego zdrowia przekonują też badania międzykulturowe. Jest charakterystyczne, że w różnych kręgach kulturowych, ludzie mają zróżnicowane poczucie kontroli w pracy (Spector i in., 2002). W kulturach o silniejszych wartościach indywidualistycznych (ich przykładem są kraje anglojęzyczne: Wlk. Brytania, USA, Kanada, Australia) poczucie wewnętrznej kontroli jest większe, tzn. ludzie częściej są przeświadczeni, że to co ich spotyka w pracy jest efektem ich własnych działań. Natomiast w kulturach o silniejszych wartościach kolektywistycznych (np. w krajach Azji, a także Europy Wschodniej) poczucie wewnętrznej kontroli jest słabsze, a dominuje poczucie zewnętrznej kontroli, czyli przeświadczenie, że to co dzieje się w pracy jest niezależne od podmiotu. Mimo takiego stanu rzeczy, okazało się, że w zdecydowanej większości krajów – bez względu na poziom indywidualizmu – wewnętrzne poczucie kontroli jest związane z lepszym stanem zdrowia. W badaniach, w których wzięło udział 24 krajów z różnych kultur (Spector i in., 2002) okazało się, że w 23 krajach odnotowano istotnie statystycznie związki między nasileniem poczucia wewnętrznej kontroli a zadowoleniem z pracy, w 21 krajach – istotne związki między poczuciem wewnętrznej kontroli a samopoczuciem psychicznym oraz w 17 krajach związki między poczuciem wewnętrznej kontroli a samopoczuciem fizycznym.

Podsumowując, poczucie kontroli w pracy jest ważną komponentą zdrowia pracowników i jest to w dużej mierze prawidłowość uniwersalna, niezależna od kulturowej przynależności kraju.

Po tej dygresji na temat kontroli, a powracając do pełnego modelu Wymagania-Kontrola, należy stwierdzić, że narastające z biegiem czasu wątpliwości co do jego trafności, doprowadziły do wzbogacenia modelu o dodatkowy wymiar, tj. wsparcie w pracy. Tak doszło do powstania modelu: wymagania-kontrola-wsparcie.

MODEL WYMAGANIA-KONTROLA-WSPARCIE

Trzy-dymensyjny model stresu zaproponowany przez Jeffrey' a V. Johnsona (1989) przewidywał, że największe napięcie w pracy powstaje wówczas, gdy dużym wymaganiom towarzyszy zarówno mała kontrola, jak i małe wsparcie społeczne. Zgodnie z tym modelem wykazano na przykład, że wśród wychowawców domów poprawczych (Dollard, Winefield, 1998) osoby o dużych wymaganiach, małej kontroli i małym wsparciu wykazywały niższy poziom zdrowia psychicznego mierzonego *General Health Questionnaire*. W przeprowadzanych przez mnie badaniach na grupie 309 kierowników (Widerszal-Bazyl, 2003), interakcja wymagań, kontroli i wsparcia (mierzona jako iloczyn tych zmiennych) była predyktorem zadowolenia z życia – gdy trzy właściwości pracy mierzone były subiektywnie (czyli jako spostrzegane przez podmiot), a także predyktorem oceny życia – gdy właściwości pracy mierzone były obiektywnie (czyli niezależnie od podmiotu, a w ocenie zwierzchnika). W tych samych badaniach nie potwierdzono jednak trafności modelu odnośnie innych wskaźników zdrowia.

INNE WŁAŚCIWOŚCI PRACY I ICH ROLA JAKO PREDYKTORÓW ZDROWIA

Choć modele wymagania-kontrola oraz wymagania-kontrola-wsparcie zdominowały wyobraźnię wielu badaczy zajmujących się stresem w pracy, to jednak funkcjonują też równoległe nurty badawcze, zwracające uwagę na inne jeszcze właściwości społecznego środowiska pracy, istotne z punktu widzenia zdrowia pracownika. Zasygnalizujemy dwie takie właściwości: niesprawiedliwość w organizacji oraz niepewność pracy.

Badania nad sprawiedliwością w organizacji mają w psychologii długą tradycję, jednakże zagadnienie to niemal w ogóle nie było analizowane w kontekście zdrowia pracowników. Dopiero ostatnio, zaczęły się pojawiać wypowiedzi określające niesprawiedliwość jako nowy czynnik ryzyka zdrowotnego w pracy. Jednymi z pierwszych, którzy dostarczyli bezpośrednich

dowodów wskazujących na zasadność takiego stawiania sprawy byli Finowie (Elovainio i in., 2001). Przeprowadzili oni badania na przeszło 600 pielęgniarkach koncentrując się na dwóch formach niesprawiedliwości: (1) proceduralnej, czyli sytuacji, gdy procedury postępowania spostrzegane są jako nieetyczne, stosowane niekonsekwentnie i tendencyjnie oraz (2) relacyjnej czyli sytuacji, gdy sposób postępowania zwierzchnika nie wzbudza zaufania podwładnych, łamie ich prawa. Badacze ci wykazali, że obie formy niesprawiedliwości związane są z gorszym zdrowiem psychicznym respondentów mierzonym takimi wskaźnikami jak ogólna nerwowość, depresja i trudności z koncentracją. Potrzebnych jest więcej badań podłużnych, które unaocznilyby przyczynowy charakter związków między niesprawiedliwością a wskaźnikami zdrowia.

Wiele uwagi poświęcano ostatnio poczuciu niepewności pracy. Prawdopodobnie dlatego, że jest to zjawisko o ogromnej obecnie skali. Dotyczy nie tylko krajów o dużym bezrobociu, jak Polska, ale także wielu innych, w których firmy włączone w „globalną” konkurencję dążą do minimalizacji kosztów, a stąd dokonują częstych redukcji pracowników. Zgodnie z koncepcją Lazarusa i Folkman (1984), antycypacja wydarzenia stresowego (w tym przypadku utraty pracy) może być równie stresująca, a czasem nawet bardziej, niż samo wydarzenie. Według jednego z niedawnych raportów WHO (<http://polishedprose.com/jobinsecurity.html>) „niepewność pracy jest nawet bardziej szkodliwa dla zdrowia niż bezrobocie”. Zgodnie z tą tezą stwierdzono związek niepewności pracy z gorszym ogólnym samopoczuciem psychicznym (Dekker, Schaufeli, 1995; Ferrie i in., 1998), z obniżoną samooceną (Mauno, Kinnunen, 1998), z mniejszym zadowoleniem z pracy (Greenglass i in., 2002), z niższym stanem zdrowia psychicznego (Burchell i in., 1999), a także wykazano, że osoby z poczuciem niepewności pracy częściej zgłaszają się po porady lekarskie z powodu złego samopoczucia psychicznego (Catalano i in., 1986; Roskies, Louis-Guerin, 1990). Sverke i in., (2002) dokonali ostatnio meta-analizy badań nad związkiem niepewności pracy ze zdrowiem i stwierdzili, że średnia korelacja między interesującą nas zmienną a zdrowiem psychicznym – bazująca na 37 próbach – wynosiła $r = -0,24$. Badania nad związkiem niepewności pracy ze zdrowiem fizycznym są mniej liczne. Ferrie i in (2002) stwierdzili wzrost ciśnienia krwi u osób, które utraciły poczucie bezpieczeństwa pracy, jednakże prawidłowość ta dotyczyła tylko kobiet. Ci sami badacze odnotowali spadek masy ciała (BMI) u kobiet relacjonujących chroniczną niepewność pracy. Duże badania epidemiologiczne przeprowadzone w USA na 37000 pielęgniarkach w okresie reorganizacji szpitali (Lee, Kawachi, 2003) wskazują z kolei na związek niepewności

pracy z funkcją sercowo-naczyniową. Badano kobiety w wieku 46–71 w okresie 4 lat (1992–1996). Stwierdzono, że kobiety, które niepokoiły się o swą pracę w roku 1992, w ciągu następnych dwóch lat, dwukrotnie częściej doświadczały ataku serca. Jednocześnie jednak ryzyko to nie utrzymywało się w ciągu kolejnych dwóch lat.

MODEL BRAKU RÓWNOWAGI MIĘDZY WYSIŁKIEM I NAGRODĄ

Przy swobodnej interpretacji zakresu treściowego głównych pojęć modelu *wymagania-kontrola-wsparcie*, można powiedzieć, że zasygnalizowane wyżej stresory środowiska pracy – w postaci niesprawiedliwości w organizacji oraz niepewności pracy – w gruncie rzeczy mieszczą się modelu. Przy szerokim bowiem rozumieniu kontroli, są to w gruncie rzeczy jej składowe. Brak pewności pracy to nic innego jak krańcowy brak kontroli na tym, czy będzie się mogło w ogóle pracę wykonywać. Podobnie, brak sprawiedliwości w organizacji, brak czystych reguł postępowania, uniemożliwia efektywną kontrolę własnej sytuacji, a więc jest to również zmienna integralnie związana z kontrolą. Choć więc teoretycznie, pojęcia modelu *wymagania-kontrola-wsparcie* mogą odnosić się do bardzo różnorodnych stresorów środowiska pracy, to jednak praktycznie, stosowane operacjonalizacje tych pojęć są na ogół węższe i pozostawiają poza swym zakresem szereg istotnych stresorów. Stąd prawdopodobnie uwagę badaczy przyciąga od pewnego czasu inny model stresu sformułowany przez niemieckiego socjologa medycyny Johannesiego Siegrista (1996) zwany modelem braku równowagi między wysiłkiem i nagrodą. Siegrist odwołuje się do koncepcji równości, uznając pracę zawodową jako proces wymiany społecznej: pracownik wkłada pewien wysiłek w pracę i oczekuje określonych nagród. Nagrody te to: uznanie i wsparcie kolegów i przełożonych, poczucie pewności pracy, perspektywy zawodowe, możliwości awansu, prestiż pracy, sprawiedliwość w organizacji, pozycja stosowana do wykształcenia, a także zarobki. Gdy nagrody są nieproporcjonalnie małe w stosunku do włożonego wysiłku pojawia się napięcie psychofizyczne. Jego kumulacja może być powodem wielu schorzeń. Istotną cechą koncepcji Siegrista jest włączenie zmiennej osobniczej nazwanej przez autora nadmiernym angażowaniem się (ang. *overcommitment*). Oznacza ona nieustające przejęcie pracą, niemożność oderwania się od niej, a stąd skłonność do przepracowywania się. Według Siegrista zmienna ta moderuje związek między relacją wysiłek/nagroda a zdrowiem pracownika w taki sposób, że przy większej skłonności osobniczej do nadmiernego angażowania się w pracę, negatywne oddziaływanie braku równowagi między

wysiłkiem a nagrodą jest silniejsze. Model Siegrista był już sprawdzany w szeregu badaniach. Dowiodły one, że na jego podstawie można trafnie przewidywać subiektywny stan zdrowia (Siegrist i in., 2003), a także nowe przypadki choroby niedokrwiennej serca choroby (Bosma i in., 1998).

Warto zwrócić uwagę, że oba wspomniane w tym tekście modele stresu w pracy mają ze sobą wiele wspólnego. W obu ważnym wyznacznikiem stresu są wymagania stawiane pracownikowi (Karasek) lub wysiłek wkładany w pracę (Siegrist), przy czym pojęcia wymagań i wysiłku są niemal tożsame, co wyraźnie widać po sposobach ich pomiaru. Różnica zaś polega na tym, że w jednym modelu przeciwagą wymagań/wysiłku jest kontrola, w drugim zaś – nagrody. Jak słusznie zauważa Siegrist (2003) te zmiany akcentów mają różne implikacje dla polityki społecznej. Odwoływanie się do pojęcia kontroli kieruje uwagę na strukturę władzy w organizacji, podział pracy i problemy demokracji w pracy. Z kolei podkreślanie ważności nagród zwraca uwagę na ważność sprawiedliwej dystrybucji dóbr.

Podjęto już pierwsze próby porównania wartości predykcyjnej obu modeli. Wstępne wyniki wydają się wskazywać, że przewidywanie zdrowia w zakresie funkcji sercowo-naczyniowej jest trafne wówczas, gdy opiera się na obu modelach łącznie (Peter i in., 2002). Tak więc synteza obu modeli jest już zapewne tuż, tuż...

LITERATURA

- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J., Marmot, M. (1998). *Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease*. „American Journal of Public Health”, 88, 68–74.
- Burchell, B.J., Day, D. et al (1999) *Job insecurity and work intensification: flexibility and the changing boundaries of work*; <http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/socialpolicy/849.asp>.
- Catalano, R, Rook, K. & Dooley, D. (1986). *Labour markets and help seeking: a test of employment security hypothesis*. „Journal of Health and Social Behavior”, 27, 227–287.
- De Jonge, J., Van Breukelen, G. J. P., Landeweerd, J. A., Nijhuis, F. J. N. (1999). *Comparing Group and Individual Level Assessments of Job Characteristics in Testing the Job Demand-Control Model: A Multilevel Approach*. „Human Relations”, vol. 52, no 1, 95–121.
- Dekker, S.W. & Schaufeli, W.B. (1995). *The effects of job insecurity on psychological health and withdrawal: a longitudinal study*. „Australian Psychologist”, 30, 57–63.
- Dollard, M.F., & Winefield, A.H. (1998). *A test of the Demand-Control Model of work stress in correctional officers*. „Journal of Occupational Health Psychology”, 3, 243–264.
- Elovainio, M., Kivimäki, M. & Helkama, K. (2001). *Organizational justice evaluations: job control, and occupational strain*. „Journal of Applied Psychology”, 86,3, 418–424.
- Ferrie, J., Shipley, M., Marmot, M., Stansfeld, S. & Smith, G. (1998). *The health effects of major organizational change and job insecurity*. „Social Science and Medicine”, 46, 243–254.

- Greenglass, E.R., Burke, R.J. & Fiksenbaum, L. (2002). *Impact of restructuring, job insecurity and job satisfaction in hospital nurses*. „Stress News”, 1, <http://www.isma.org.uk/stressnw/hospnurse1.htm>
- Johnson, J.V. (1989). *Control, collectivity and the psychosocial work environment*. In S.L.Sauter, J.J. Hurrell, jr. & C.L.Cooper (Eds), *Job control and worker health* (pp.55–74). Chichester: Wiley
- Kawakami, N., Tanigawa, T., Araki S., Nakata, A., Sakurai, S., Yokoyama, K., Morita, Y. (1997). *Effects of Job Strain on Helper-Inducer (D4+CD29+) and Suppressor-Inducer (CD4+CD45RA+) T Cells in Japanese Blue-Collar Workers*. „Psychotherapy and Psychosomatics”, 66, 192–198.
- Karasek, R. A. (1979). *Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign*. „Administrative Science Quarterly”, 24, 285–308.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York: Basic Books.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee & Kawachi (2003); http://www.brighamandwomans.org/publicaffairs/news/heart_problems_and_job_insecurity_09_03_03.asp
- Mauno, S. & Kinnunen, U. (1998). *Job insecurity and self-esteem*; http://www.pskologien-kustannus.fi/sps/abstraktit/abstract_398186_195.htm
- Peter, R., Siegrist, J., Hallqvist, J. Reuterwall, C., Theorell, T. & the SHEEP Study Group (2002). *Psychosocial work environment and myocardial infarction: Improving risk estimation by combining two alternative job stress models in the SHEEP „Study*. *Journal of Epidemiology and Community Health*”, 56, 294–300.
- Roskies, E & Louis-Guerin, C. (1990). *Job insecurity in managers: antecedents and consequences*. „Journal of Organizational Behaviour”, 11, 345–359.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. W.H.Freeman San Francisco.
- Siegrist, J. (1996). *Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work*. „Journal of Occupational Health Psychology”, 1,27–43.
- Siegrist, j., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. & Peter, R. (2003). *The measurement of effort-reward imbalance at work: european comparisons*, *Social Science and Medicine* (in print)
- Spector P.E., Cooper C.L., Sanchez J.J., O’Driscoll M., Sparks K., Bernin P.,Bussing A., Dewe P., Hart P., Lu L., Miller K., Renault de Moraes., Ostrognay G.M., Pagon M., Pitariu H., Poelmans S., Radhakrishnan P., Russinova V., Salamatov V., Salgado J., Shima S., Siu O.L., Stora J.B., Teichmann M., Theorell T., Vlerick P., Westman M., Widerszal-Bazyl M., Wong P., Yu S.(2002). *Locus of control, and well-being at work: how generalizable are western findings?* „Academy of Management Journal”, 2, 453–465.
- Sverke, M., Hellgren, J. & Näswall, K. (2002) *No security: A meta-analysis and review of job insecurity and its consequences*. „Journal of Occupational Health Psychology”, 3, 242–264.
- Theorell, T., Tsutsumi, A., Hallquist, J., Reuterwall, C., Hogstedt, C., Fredlund, P., Emlund, N., Johnson, J. V., at al. (1998). *Decision Latitude, Job Strain, and Myocardial Infarction: A study of working Men in Stockholm*. „Am. J. Public Health”, 88, 382–388.
- Widerszal-Bazyl, M. (2003). *Stres w pracy a zdrowie – czyli o próbach weryfikacji modelu Roberta Karaska oraz modelu: wymagania-kontrola-wsparcie*. CIOP-PIB, Warszawa.