

MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI, PROTECȚIEI SOCIALE ȘI
PERSOANELOR VÂRSTNICE
INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETARE-DEZVOLTARE PENTRU PROTECȚIA
MUNCII „ALEXANDRU DARABONT”

***Țhid privind evaluarea și prevenirea
expunerii lucrătorilor la riscuri
psihosociale***



Acest document a fost elaborat de către Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare pentru Protecția Muncii „Alexandru Darabont” în cadrul proiectului de cercetare dezvoltare: **”STUDIU PRIVIND ELABORAREA CERINȚELOR DE SECURITATE ȘI SĂNĂTATE PENTRU PREVENIREA EXPUNERII LUCRĂTORILOR LA RISCURI PSIHOSOCIALE”**, proiect inclus în Planul Sectorial de Cercetare – Dezvoltare, al Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, pentru perioada 2009 – 2012, Programul ”Securitate și Sănătate în muncă”.

Documentul a fost aprobat de către Comisia de avizare din cadrul INCDPM.

Întreaga responsabilitate privind conținutul prezentului document revine INCDPM și autorilor.

În cazul în care cititorii vor semnală erori, INCDPM va acționa într-un timp rezonabil pentru remedierea lor.

Lucrarea a fost elaborată de un colectiv de cercetători din cadrul Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare pentru Protecția Muncii „Alexandru Darabont” (INCDPM) – București format din:

ing.Viorica Petreanu
dr.psih.Raluca Iordache
psih. Mihaela Seracin

© Conținutul acestui material este supus drepturilor de proprietate industrială și intelectuală, exploatare și diseminare de către autor - INCDPM „Alexandru Darabont” București.

Multiplicarea (prin fotocopiere, mijloace electronice etc) acestui material este interzisă.

CUPRINS

1. INTRODUCERE.....	i
2. RISCURI ȘI FACTORI PSIHOSOCIALI DE RISC. STRES PSIHIC. DEFINIRE CONCEPTE.....	1
3. CADRUL LEGISLATIV CARE REGLEMENTEAZĂ DEMERSUL DE PREVENIRE / REDUCERE A RISCURILOR PSIHOSOCIALE.....	11
4. FACTORII DE RISC PSIHOSOCIALI CA FACTORI DE STRES.....	24
5. EFECTELE STĂRII DE STRES ASUPRA SECURITĂȚII, SĂNĂTĂȚII ȘI STĂRII DE BINE / CONFORT A PERSONALULUI.....	34
6. SISTEM DE INDICATORI AI FACTORILOR DE RISC PSIHOSOCIALI ȘI AI EFECTELOR ACESTORA ASUPRA INDIVIDULUI UMAN.....	39
7. DOMENIILE ȘI CATEGORIILE PROFESIONALE CU RISC CRESCUT DE EXPUNERE LA FACTORI PSIHOCIALI.....	61
8. MĂSURI PREVENTIVE DE ASIGURARE A STĂRII DE CONFORT, SECURITATE ȘI SĂNĂTATE ÎN MUNCĂ PRIN ELIMINAREA/REDUCEREA EXPUNERII LUCRĂTORILOR LA RISCURI PROFESIONALE DE NATURĂ PSIHOSOCIALĂ.....	74
9. RECOMANDĂRI PENTRU ANGAJATORI. RECOMANDĂRI PENTRU LUCRĂTORI.....	93
Anexa 1A - REZULTATELE ANCHETEI ȘI EXPERIMENTĂRIILOR DE TEREN EFECTUATE LA NIVELUL ȚĂRII NOASTRE CU AJUTORUL CHESTIONARULUI COPENHAGA, DE CĂTRE O ECHIPĂ DE CERCETĂTORI AI I.N.C.D.P.M. „ALEXANDRU DARABONT”	
Anxa 1B - PROGRAMUL PRIORITĂȚII STRESULUI. MANAGEMENTUL FACTORILOR PSIHOSOCIALI DE RISC. STANDARDE DE MANAGEMENT <i>Health and Safety Executive (Marea Britanie)</i>	
BIBLIOGRAFIE. WEBSITE-uri de informare	

1. INTRODUCERE

Consiliul European a stabilit ca obiectiv strategic pentru perioada actuală de dezvoltare, realizarea la nivel european a unei **economii - competitive și dinamice, bazate pe cunoaștere** - capabile să susțină o continuă creștere economică concomitent cu creșterea numărului și calității locurilor de muncă și asigurarea coeziunii și incluziunii sociale. Unul dintre obiectivele subordonate scopului strategic îl reprezintă „**îmbunătățirea calității și productivității muncii**”.

Comisia Europeană a stabilit **zece dimensiuni ale conceptului de „calitate a muncii”** /130/, a cărei asigurare reprezintă o condiție a realizării scopului strategic amintit și reprezintă un concept multidimensional, care se referă atât la caracteristicile muncii cât și la cele ale pieței muncii în general:

1. formarea capacităților profesionale specifice cerințelor societății actuale;
2. învățarea și dezvoltarea continuă a competențelor;
3. egalitatea între sexe;
4. securitatea și sănătatea în muncă;
5. flexibilitate și securitate;
6. incluziune și acces pe piața muncii;
7. organizarea muncii și echilibru între viața profesională și cea extraprofesională;
8. dialog social și implicarea muncitorilor;
9. diversitate și lipsa discriminării;
10. performanțe ridicate în muncă.

Îmbunătățirea calității și productivității muncii reprezintă o cerință importantă pentru asigurarea performanțelor economice și a competitivității, fiind unul din obiectivele principale ale Strategiei Comunității Europene privind sănătatea și securitatea în muncă, pentru perioada 2007-2012. În actualul stadiu de dezvoltare, securitatea și sănătatea în muncă reprezintă unul dintre cele mai importante și mai abordate aspecte ale politicii Uniunii Europene în domeniul problemelor sociale și de ocupare („Strategia comunitară de securitate și sănătate în muncă pentru perioada 2007-2012”, adoptată prin Rezoluția Consiliului din 25 iunie 2007) /129/.

Strategia anterioară a Comunității Europene pentru perioada 2002-2006 s-a bazat pe abordarea generală a stării de bine în muncă și a ținut cont de schimbările de la locul de muncă și de riscurile nou apărute, în special de riscurile psihosociale.

Ca o consecință a Strategiei de la Lisabona, statele membre UE și-au dat seama de contribuția majoră pe care calitatea și productivitatea muncii o au în promovarea creșterii economice și a ocupării.

Mai mult, politica comunitară, europeană și internațională în domeniul sănătății și securității în muncă și, ca urmare, politicile naționale trebuie să se adapteze modificărilor, noilor exigențe și riscuri profesionale în scopul **promovării unui confort în muncă real** și care trebuie să fie **atât de natură fizică cât și psihică și socială** și care să nu se măsoare doar prin absența accidentelor și îmbolnăvirilor profesionale, ci să asigure și starea de confort fizic, psihic și psihosocial.

O politică deficitară în ceea ce privește sănătatea și securitatea în muncă poate avea ca rezultate absenteism, accidente de muncă și îmbolnăviri profesionale și poate duce la o dizabilitate profesională permanentă. Aceasta poate avea efecte nedorite asupra omului și un impact negativ major asupra întreprinderii, ca și asupra economiei în ansamblu.

Costurile economice ale problemelor asociate sănătății și securității în muncă stopează creșterea economică și afectează competitivitatea afacerilor din UE, reprezentând o povară pentru sistemele de securitate socială și pentru finanțele publice.

Felul în care munca este organizată în prezent împreună cu securitatea și sănătatea în muncă, modul în care managementul securității și sănătății în muncă este parte integrantă a managementului total al organizației, poate juca un rol major ajutând la obținerea acestui obiectiv prin asigurarea stării de bine în muncă, prin creșterea la maximum a capacității de muncă a indivizilor și prin prevenirea retragerii premature de pe piața muncii. De asemenea, trebuie evidențiată contribuția pe care o bună sănătate în muncă o are asupra stării de sănătate în general. Locul de muncă este cadrul care permite implementarea de măsuri preventive și de activități de promovare a securității și sănătății profesionale.

În secolul 21, locul de muncă este un mediu cu un ritm rapid, dinamic, înalt stimulator, care aduce un număr mare de beneficii și oportunități celor care muncesc în el. Dar, în același timp, cerințele în continuă schimbare ale lumii muncii, ale locurilor de muncă creează o serie de riscuri psihosociale noi, care pot crește nivelul de stres profesional, mai ales pentru cei care lucrează sub presiune.

Pe parcursul ultimelor decenii s-a conturat tot mai intens concluzia că stresul profesional poate avea, în anumite condiții și într-un anumit context, consecințe nedorite atât pentru sănătatea și securitatea personalului, cât și pentru securitatea și „sănătatea” întreprinderilor.

Stresul în muncă este una dintre cele mai mari provocări referitoare la sănătate și securitate cu care ne confruntăm în Europa. Stresul se află pe locul doi între cele mai frecvente probleme de sănătate, afectând 28% din lucrătorii din UE, iar numărul persoanelor care suferă de probleme ce au legătură cu stresul, cauzate sau înrăutățite de muncă, este posibil să crească (conform celui de-al patrulea studiu referitor la condițiile de muncă, efectuat în 2005 de Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Viață și de Muncă).

Lumea muncii în continuă schimbare face să crească cerințele impuse lucrătorilor; reducerea mărimii companiilor și externalizarea unor servicii, nevoia mai mare de flexibilitate atât în ceea ce privește funcția, cât și aptitudinile, creșterea numărului de contracte temporare, creșterea lipsei de siguranță a locului de muncă, eforturi mai mari și o presiune mai crescută și un echilibru precar între viața profesională și cea extraprofesională sunt factori care contribuie la stresul în muncă. Studiile arată că între 50 și 60% din totalul zilelor de muncă pierdute se datorează stresului. Prevenirea și gestionarea stresului în muncă necesită intervenții la nivelul organizației deoarece organizația este cea care creează stresul.

Dincolo de situațiile de stres, se evocă din ce în ce mai mult riscurile psihosociale, concept ce înglobează toate contextele muncii care duc la forme variate de

manifestări individuale și/sau colective de stare de rău, de suferință în muncă și/sau patologii fizice sau psihice.

Raportul Observatorului Riscurilor (2007) al Agenției Europene pentru Securitate și Sănătate în Muncă – „*Proгноza experților asupra riscurilor psihosociale emergente privind securitatea și sănătatea în muncă*” pornește de la aceeași precizare și anume că, pe parcursul ultimelor decenii, universul muncii a trecut printr-o serie de schimbări semnificative, care au determinat noi provocări în raport cu securitatea și sănătatea angajaților. Aceste schimbări au adus – în afară de riscuri fizice, biologice și chimice – și o serie de **riscuri psihosociale noi și emergente**, dependente de proiectarea sarcinii și organizarea muncii, ca și de contextul economic și social al muncii în general.

În acest scop însă, apare necesitatea conceperii unei strategii și politici adecvate, la nivel național, a adoptării unor decizii competente de adaptare/completare a legislației în domeniul securității și sănătății în muncă, care să permită întreprinderilor/companiilor implementarea unor măsuri de reducere/eliminare a riscurilor profesionale de natură psihosocială, de protejare a personalului față de acțiunea acestora. Acest demers presupune integrarea Managementului Stresului Profesional în cel general al Securității și Sănătății în Muncă al întreprinderii și necesită existența unei politici naționale și a unui cadru legislativ corespunzător.

Un studiu efectuat la nivel european în 2011 /99/ a arătat că legislația europeană, mai ales Directiva cadru 89/391 este insuficientă pentru evaluarea și managementul riscurilor psihosociale și a stresului legat de muncă; deși la nivelul diferitelor State Membre aceste riscuri sunt avute în vedere din punctul de vedere al asigurării securității și sănătății în muncă, există diferențe semnificative între ele în ceea ce privește abordarea și legiferarea, necesitând în continuare serioase preocupări de armonizare a modului de percepere și management al acestor riscuri.

În România, Legea securității și sănătății în muncă nr. 319/2006 prevede obligația angajatorului de a asigura securitatea și sănătatea în muncă în toate aspectele sale, ceea ce, implicit, cuprinde și riscurile psihosociale, dar nu există legislație specifică în raport cu această categorie de riscuri.

Doar Contractul colectiv de muncă unic la nivel național pentru perioada 2007-2010 a prevăzut, în art. 37, că „*în scopul prevenirii și diminuării nivelului stresului la locul de muncă, angajatorul împreună cu semnatarii contractului colectiv de muncă vor depune eforturile necesare în vederea transpunerii la nivelul unității a standardelor de management pentru gestionarea stresului la locul de muncă...*”

Statele europene dispun în prezent de evidențe științifice pentru a susține următoarele:

- a) stresul profesional reprezintă o problemă curentă și de viitor a sănătății și securității în muncă;
- b) stresul profesional poate fi abordat într-un mod la fel de logic și sistematic ca și alte probleme de sănătate și securitate;
- c) există deja exemple de bune practici ale acestei abordări, într-o serie de țări ale Uniunii Europene.

Atâta vreme cât stresul profesional va rămâne o provocare majoră pentru

sănătatea profesională, capacitatea noastră de a înțelege și controla această provocare va înregistra o continuă dezvoltare.

Până în prezent, ca rezultat al cercetărilor științifice, s-au acumulat o serie de cunoștințe cu caracter general referitoare la cauzele, efectele și unele mecanisme de acțiune ale stresului psihic și care demonstrează efectul nociv al stresului în general, asupra stării de sănătate. În acest sens, specialiștii consideră că în societatea modernă stresul reprezintă unul dintre factorii implicați în instalarea accidentelor vasculare cerebrale și cardiace, a diabetului zaharat, a hipertensiunii arteriale, a creșterii concentrației grăsimilor în sânge, a tulburărilor gastrointestinale și endocrine, a afectării sistemului imunitar.

În acest context, prezentul ghid încearcă să ofere un instrument la îndemâna întreprinderilor care să le ajute într-un demers de prevenire a riscurilor profesionale care să includă și riscurile psihosociale.

Ghidul de față conturează cadrul teoretic și practic al expunerii lucrătorilor la riscuri psihosociale, riscuri de stres, hărțuire și violență în muncă și vizează, în principal:

- definirea riscurilor psihosociale și a stresului psihic în relație cu muncă;
- precizarea cadrului legislativ care reglementează demersul de abordare și prevenire a riscurilor psihosociale;
- stabilirea principalelor categorii de indicatori ai factorilor psihosociali și ai efectelor acestora asupra lucrătorilor, indicatori care se pot utiliza atât în identificarea stărilor de stres, cât și a factorilor de stres;
- **instrumente de identificare și evaluare a factorilor de risc psihosociali** generatori de stres profesional;
- stabilirea unor categorii de măsuri necesar a fi implementate la nivel de organizație, în scopul eliminării și/sau reducerii riscului expunerii lucrătorilor la riscuri profesionale de natură psihosocială;
- sfaturi pentru angajatori și angajați.

Ghidul se adresează atât angajaților și lucrătorilor, cât și tuturor celor implicați în asigurarea securității și sănătății în muncă a lucrătorilor.

Ghidul nu are pretenția de a acoperi în mod exhaustiv toate aspectele ridicate de expunerea lucrătorilor la **riscurile psihosociale**. Este doar un mod de abordare, printre multe altele, a unei problematice extrem de complexe, cu care se confruntă lumea actuală a muncii și ea trebuie continuată prin accentuarea laturilor practice care să ofere instrumente cât mai operative și comprehensive întreprinderilor, pentru evaluarea și controlul acestor riscuri.

2. RISCURI ȘI FACTORI PSIHOSOCIALI DE RISC. STRES PSIHIC. DEFINIRE CONCEPTE

A. Factori psihosociali de risc

Raportul Observatorului Riscurilor (2007) al Agenției Europene pentru Securitate și Sănătate în Muncă – „Proгноza experților asupra riscurilor psihosociale emergente privind securitatea și sănătatea în muncă” 197/ pornește de la constatarea că pe parcursul ultimelor decenii, universul muncii a trecut printr-o serie de schimbări semnificative, care au determinat noi provocări în raport cu securitatea și sănătatea angajaților. Aceste schimbări au adus – în afară de riscuri fizice, biologice și chimice – și o serie de **riscuri psihosociale noi și emergente, dependente de proiectarea sarcinii și organizarea muncii, ca și de contextul economic și social al muncii în general.**

Prin risc „nou” se înțelege:

- acel risc necunoscut până la un moment dat și care este determinat de apariția unor noi procese, tehnologii, tipuri de locuri de muncă sau de schimbări sociale și organizaționale; sau
- un factor vechi care este considerat în prezent factor de risc, datorită schimbărilor apărute în percepția socială; sau
- un aspect profesional vechi care poate fi identificat ca risc datorită noilor cunoștințe științifice.

Un risc se află „în continuă creștere” dacă:

- numărul pericolelor care duc la acel risc este în creștere; sau
- probabilitatea expunerii la risc este în creștere (nivelul de expunere și/sau numărul de persoane expuse la risc); sau
- efectul asupra sănătății angajaților este mai grav (gravitatea efectului asupra sănătății și/sau numărul de persoane afectate).

Raportul Observatorului Riscurilor definește *riscurile psihosociale* ca fiind „acele aspecte ale proiectării, organizării și managementului muncii, ale contextului social și ambiental al muncii, care pot duce la vătămări psihologice, sociale sau fizice”.

Ființa umană reprezintă o entitate biopsihosocială complexă; de aceea, indiferent de natura și calea de acțiune a unui factor extern, fie el nociv, agresiv sau benefic, individul uman, organismul său reacționează ca un tot unitar pe toate planurile sale de manifestare: fizic, fiziologic, neuroendocrin, psiho-emoțional, comportamental, social.

În acest context, factorii externi, profesionali sau existențiali, în măsura în care vin în contact cu omul și interacționează cu acesta determinând (în toate situațiile) reacții complexe, cu o mare implicare psihică, au fost denumiți **factori psihosociali** (nu în raport cu natura originară, ci cu transformarea și devenirea lor în contact cu omul asupra căruia acționează).

Cu alte cuvinte, factorii profesionali psihosociali, ca factori de stres psihic, reprezintă rezultatul unei interacțiuni între **factorii profesionali** (sarcina de muncă

– prin conținutul, natura și caracteristicile ei, mediul de muncă, condițiile de organizare a activității și de amenajare a locului de muncă, relațiile interpersonale, practicile manageriale, condițiile de angajare, promovare și menținere pe post etc.) și **factorii individuali** (capacități, abilități, nevoi, aspirații, nivel de educație și cultură etc.). Capacitățile și limitele umane care determină rezultatul interacțiunii se bazează pe caracteristicile biologice și psihologice ale ființei umane în general (caz în care factorii profesionali vizați au efecte potențial nocive sau benefice pentru toți indivizii), pe caracteristicile individuale ale persoanei respective și pe contextul social (caz în care rezultatul interacțiunii este diferit de la individ la individ).

Factorii umani individuali se pot modifica în timp, ca urmare a procesului de adaptare în raport cu diferite influențe profesionale și extraprofesionale. Factorii profesionali și cei individuali sunt într-o interacțiune continuă și dinamică.

Atunci când aceste două mari categorii de factori sunt în echilibru, efectele sunt benefice atât pentru succesul profesional, pentru performanța și satisfacția în muncă, cât și pentru favorizarea și conservarea stării de confort, securitate și sănătate în muncă.

Atunci când acest echilibru nu există, deci când cerințele, exigențele și condițiile externe (profesionale) nu corespund (într-un sens sau altul) capacităților, abilităților și aspirațiilor individuale (condițiile interne), apar o serie de efecte nedorite, ca răspuns al organismului uman, sub forma unor tulburări la nivel cognitiv, emoțional și comportamental și la modificări biochimice, neurohormonale și fiziologice, sugerând riscul unor tulburări și chiar îmbolnăviri fizice și mentale. Simultan se pot înregistra efecte negative asupra performanței în muncă (reduceri cantitative și calitative), erori în activitate cu riscul nu doar de a nu mai putea preveni și neutraliza situații de accidentare, ci chiar de a le produce.

Realizarea echilibrului dintre condițiile externe (profesionale, existențiale) și cele interne (general umane și individuale) nu depinde doar de datele cantitative și calitative obiective ale celor două categorii mari de factori, ci și de modul în care individul respectiv percepe și evaluează din punct de vedere subiectiv relația; în acest sens, chiar dacă, din punct de vedere obiectiv, individul prezintă capacitățile necesare pentru a face față exigențelor externe (profesionale), dar le apreciază ca fiind inferioare, dacă el percepe o serie de factori profesionali ca dificultăți, obstacole sau factori agresori, atunci organismul său va resimți în mod nefavorabil acțiunea acestor factori profesionali.

Riscurile psihosociale evocă diferite situații de stare de rău, de suferință în muncă, având cauze variate: supra- și subsolicitare, constrângeri temporale excesive, pierderea reperelor, dificultatea de a găsi sens muncii, conflicte de valori etc.

Ele reamintesc faptul că sănătatea psihică nu este doar rezultatul unei dinamici individuale, ci se construiește, de asemenea, în relație cu ceilalți și mediul în care se desfășoară munca: prin recunoaștere, prin posibilitatea de schimburi și cooperare în muncă, prin suportul colegilor și al superiorilor etc.

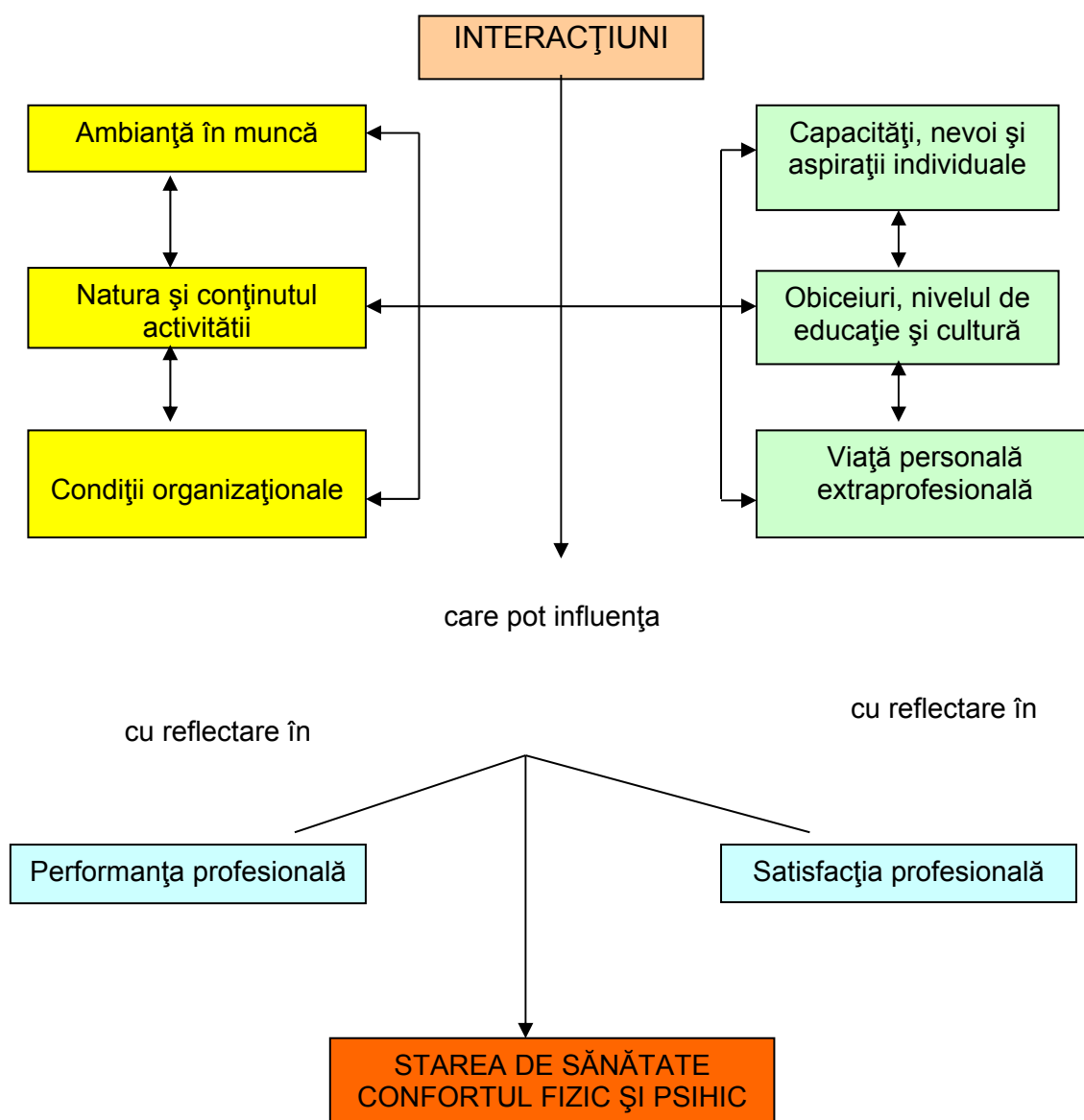


Figura nr. 1. Interacțiunea dinamică a factorilor profesionali și cu cei umani individuali și relația cu starea de sănătate

B. Conceptul de stres psihic

De-a lungul existenței sale, rasa umană a experimentat un număr relativ limitat de tranziții în viața legată de muncă. Prima a avut loc acum circa 10.000 de ani, prin tranziția triburilor nomade de la *vânătoare și pescuit* la *agricultură*. Următoarea tranziție a început acum numai câteva sute de ani, odată cu avântul *revoluției industriale*. În prezent, ne aflăm în mijlocul celei de-a treia tranziții, spre o eră post-industrială, caracterizată de *economia informațională*, dar și de globalizare, reorganizare corporatistă, introducerea noilor tehnologii (cum ar fi informatizare, robotizare și biotehnologie), introducerea unor noi filosofii de management,

creșterea diversității forței de muncă și a așteptărilor acestei forțe de muncă (conform Murphy și colab., 1995). Fără precedent în istoria umanității, aceste schimbări se produc cu o viteză periculoasă.

Fără îndoială, multe dintre aceste dezvoltări aduc cu ele o potențială îmbunătățire a stării de sănătate, stării de bine și a prosperității. Dar, la fel de evident este faptul că unii dintre acești factori de dezvoltare creează și efecte secundare, exprimate prin stres în muncă și tulburări ale stării de sănătate. De aceea, este necesară identificarea acestor efecte secundare și, apoi, propunerea modalităților de prevenire, de promovare a sănătății și stării de bine, atât la nivelul individual, al angajaților, cât și la nivelul organizațiilor.

Atunci când folosim cuvântul *stres* în viața de zi cu zi, acesta se referă la senzațiile de solicitare, tensiune, nervozitate și la reducerea autocontrolului. Conceptul este adeseori utilizat cu multă ușurință pentru a desemna de fapt, aspecte diferite ale conceptului de stres.

Uneori, stresul reprezintă, fie un factor de risc (stresor), fie o reacție mentală ori fizică la factorii de risc (solicitare), fie o consecință psihosocială a acestor reacții (rezultate legate de stres).

Pentru evitarea confuziei este important să se folosească conceptele: factori de stres sau stresori pentru factorii cauzali, stres pentru starea de stres (în raport cu reacțiile de moment ale individului la factorii de stres, reacțiile pe termen lung prin cumulara în timp a efectelor asupra capacităților și stării de sănătate fizică și mentală a individului, în plan psihic/mental, fiziologic și comportamental).

Originea acestui concept este legată de apariția conceptului general de stres, lui Hans Selye¹, fiziolog canadian, revenindu-i meritul de a include stimulii psihogeni în rândul agenților stresori, deci capabili să producă organismului o reacție de stres, în absența unor agresiuni fizico-chimice sau biologice.

Precursorul de geniu în acest domeniu rămâne, însă, Walter Bradford Cannon care, demonstrând apariția unei secreții de adrenalină la animalele supuse unui șoc emoțional, a descris pentru prima oară elementele de ordin psihocomportamental precum și de ordin fiziologic – înregistrabile la acea dată (deceniile 3 și 4 ale secolului XX) – ale unui stres psihic experimental (la animal), punând baza și a ceea ce în zilele noastre se va desemna sub numele de „corelatele (concomitențele) somatice” ale proceselor afective (Cannon, 1935).

Termenul de stres are, în general, două accepțiuni (Neveanu, 1978):

- a) situație, stimul, ce pune organismul într-o stare de tensiune;
- b) însăși starea de tensiune deosebită a organismului prin care acesta își mobilizează toate resursele sale de apărare pentru a face față unei agresiuni fizice sau psihice.

¹ Director al Institutului de medicină și Chirurgie Experimentală al Universității din Montreal în perioada 1945-1977, H.Selye pune bazele teoretice și practice pentru argumentarea sindromului general de adaptare (General Adaptation Syndrome –GAS), iar în 1977, împreună cu Alvin Toffler, fondează, în cadrul aceleiași universități, Institutul Internațional al Stresului

Dintre numeroasele definiții ale stresului psihic (SP), menționăm, ca punct de plecare, pe cea dată de Paul Fraisse care, sintetizând, circumscrie în această sferă noțională „*totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului, care nu-și găsesc soluția*”, cu amendamentul că aceste conflicte sunt mai degrabă agenți stresori insinuați în procesele adaptative ale organismului (în acest caz la nivelul menținerii „homeostaziei psihice”) pe care le solicită de o manieră capabilă să genereze o adevărată reacție de stres (Fraisse, 1963).

Cel care lansează în limbajul medical termenul de stres este Hans Selye (Selye, 1936). Conform acestuia, *stresul este cel mai mic numitor comun al reacțiilor organismului la (aproape) toate tipurile de expunere, provocare și solicitare, cu alte cuvinte, stereotipul, trăsătura generală a reacțiilor organismului la toate tipurile de stresori.*

Jonas și Crocq propun următoarea definiție : „*Stresul este o reacție fiziologică și psihologică de alarmă, de mobilizare și de apărare a organismului (a individului, a persoanei) față de o anumită agresiune, o amenințare sau o situație neobișnuită trăită*” (C. Jonas, L. Crocq, 1996).

Ph. Jeammet și colaboratorii săi propun următoarea definiție: „*Noțiunea de stres, în accepțiunea ei cea mai largă, cuprinde orice agresiune asupra organismului, de origine externă sau internă, care întrerupe echilibrul homeostatic. Această acțiune poate fi fizică, sub forma unor stimuli...(temperatură, zgomot) sau a agenților traumatizanți, infecțioși sau toxici. Ea poate viza nivelurile cele mai înalte ale integrării senzoriale și cognitive, perturbarea atingând în acest caz sistemul de relație al subiectului cu mediul său.*” (Ph. Jeammet, M. Reynaud, S. Consoli, 1989).

Oricare ar fi punctul de vedere al abordării, **stresul trebuie interpretat mai apropiat de sensul său biologic**, ca efect, ca răspuns nespecific² al organismului uman la un complex de stimuli, ca o **reacție de mobilizare a resurselor de apărare a organismului, de alarmare și încercare de adaptare și rezistență la unii factori de agresivitate din mediu** care se constituie în cauze de disconfort sau „distres”³.

Potrivit studiilor lui Selye, există și un Sindrom General de Adaptare (SGA) la stres, care este caracterizat prin trei stadii:

- reacția de alarmă – adică primul răspuns al organismului, care cuprinde o primă fază de șoc – hipofuncționalitate (hipotermie, depresie) urmată de contrașoc, cu hiperactivitate;
- stadiul de rezistență, în care sunt activate mecanismele de autoreglare;
- stadiul de epuizare, când, datorită persistenței acțiunii factorilor nocivi, adaptarea organismului cedează.

Volumul de stres indus, depinde deci de intensitatea factorilor de agresiune, dar și de durata acestora.

² Hans Selye a definit în 1935 pentru prima dată acest termen în accepțiunea sa biologică modernă ca răspuns nespecific, global, caracteristic materiei vii, la o stare de disconfort.

³ Distres - termen provenit din limba engleză, care semnifică un necaz, o dificultate, o situație neplăcută, extenuare, istovire, suferință.

Problematika stresului face parte dintr-un domeniu mult mai larg al unei abordări interdisciplinare a organizației, și anume „*patologia organizațională*” care a apărut din nevoia soluționării unor probleme de mare extensie și gravitate întâlnite la nivelul întregii organizații (M. Zlate, 2007). În acest sens, stresul poate fi definit ca o reacție a minții și a trupului uman la schimbare. Se naște un dezechilibru când abilitățile și resursele individuale sunt insuficiente pentru a face față cerințelor unei situații date. Altfel spus, apare o reacție psihologică la solicitările inerente ale factorilor de stres care generează unui individ o stare tensionată și anxioasă pentru că nu este în stare să facă față acestor solicitări. Stresul este atât activ, cât și cumulativ. El se acumulează, în timp, până la starea de criză, când apar simptomele fizice (tensiuni musculare, dureri de cap, dureri de spate, insomnii, hipertensiune etc.) și psihice (iritabilitate, anxietate, frustrare, ură, scăderea concentrării etc.).

Din diversitatea abordărilor conceptuale ale stresului, s-au mai reținut câteva definiții ale acestuia:

- J.E. McGrath definește stresul ocupațional ca o stare de dezechilibru perceput între solicitări și capacitatea individului de a răspunde la acestea, în condițiile în care imposibilitatea de a defini aceste solicitări are consecințe importante (J.E. McGrath, ed. 1970).

- R.L. Kahn și R.P. Quinn consideră că prin stres ocupațional ne referim la orice factor negativ de mediu sau stresor (exemplu: conflictul de rol) care este asociat cu munca prestată și care produce efecte negative asupra persoanei (R.L. Kahn, R.P. Quinn, 1970).

- R.S. Lazarus și S. Folkman văd stresul ca o relație particulară între persoană și mediu care este evaluată de individ ca fiind costisitoare sau amenințătoare pentru propria stare de bine (S. Folkman, R.S. Lazarus, 1985). Stresul legat de activitatea profesională apare atunci când solicitările mediului de muncă depășesc capacitatea angajaților de a face față sau de a le menține sub control. Stresul nu este o boală în sine, dar dacă este intens și de durată, poate să ducă la apariția unor probleme de sănătate mentală și fizică. Starea de presiune poate să îmbunătățească performanțele și să aducă o anumită satisfacție în muncă, prin atingerea obiectivelor urmărite. Dar atunci când solicitările și presiunile depășesc anumite limite, ele duc la stres. Și această situație nu este favorabilă nici pentru angajați, nici pentru întreprindere.

- Patrick Légeron califică stresul drept „*o formidabilă reacție a organismului în vederea adaptării la amenințările și constrângerile mediului în care trăim. Oamenii de știință preferă să vorbească despre «reacția de adaptare» pentru a desemna stresul, o reacție a organismului neîncetat solicitat și indispensabilă funcționării noastre*” (P. Légeron, 2003).

- M.A. Ursu consideră stresul ca fiind concept multidimensional care poate fi studiat mai ales prin prisma efectelor pe care le are asupra stării de sănătate și satisfacție în muncă. Starea de stres apare, astfel, ca rezultat al percepției individuale privind sursele de stres (M.A. Ursu, 2007).

Sintetizând, definirea stresului profesional **are în vedere toate modificările cognitive, comportamentale și fiziologice care apar în urma confruntării individului cu mediul muncii**, în care exigențele sau cerințele acestui mediu sunt percepute ca fiind amenințătoare pentru starea de sănătate a individului sau ca

depășind resursele proprii (M.A. Ursu, 2007).

O abordare pertinentă a stresului a realizat M. Zlate care consideră „că ar trebui să desprindem principalele ipostaze sau accepțiuni ale stresului așa cum au fost ele concepute de diverși autori, acestea constituindu-se în adevărate paradigme” (M. Zlate, 2007):

- *paradigma stresului ca stimul (ca agent stresor);*
- *paradigma stresului ca reacție (ca răspuns al organismului);*
- *paradigma stresului ca tranzacție dintre stimul și reacție;*
- *paradigma stresului ca tranzacție dintre organism (persoană) și mediu.*

De asemenea, o definiție mai largă, prin desemnarea principalilor agenți stresori, este cea dată de M. Golu. SP reprezintă „o stare de tensiune, încordare și disconfort determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrarea sau reprimarea unor stări de motivație (trebuințe, dorințe, aspirații), de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme”.

Această definiție însă, omite faptul că și agenții fizici (zgomotul, de exemplu), chimici sau biologici (boala, înregistrată ca stres, nu din perspectiva conștientizării ei de către bolnav, ci prin reflexele aferente viscero-corticale) pot să producă SP prin agresarea implicită a sistemului nervos.

Din aceste considerații rezultă că stresul psihic are atât un *caracter „primar”*, când este rezultatul unei agresiuni recepționate în sfera psihicului (conflicte și suprasolicitări psihice mediate de stimulii verbali, dar și realizate prin concentrarea atenției, cu evocarea sau persistența unor imagini, sentimente etc.), cât și un *caracter „secundar”* care este, de fapt, o reacție de însoțire sau chiar de conștientizare a unui stres fizic căruia i se acordă o semnificație de amenințare.

După Iamandescu, „SP reprezintă un sindrom constituit din exacerbarea, dincolo de nivelul unor simple ajustări homeostatice, a unor reacții psihice și a corelatelor lor somatice (afectând cvasitotalitatea compartimentelor organismului) în legătură, cel mai adesea evidentă, cu o configurație de factori declanșați ce acționează intens, surprinzător, brusc și/sau persistent și având adeseori un caracter simbolic „de amenințare” (percepți sau anticipați ca atare de subiect). Alteori constituit de o suprasolicitare sau subsolicitare a mecanismelor cognitive (atenție, operații ale gândirii etc.) și voliționale, cel mai frecvent, SP este caracterizat printr-o participare afectivă pregnantă (ce poate însoți, ca rezonanță afectivă negativă, și formele de SP prin suprasolicitare sau subsolicitare „fizică și intelectuală”).

Dimensiunea psihologică a stresului biologic - stresul psihic - a pătruns în limbajul cotidian prin intermediul limbajului științific, ajungându-se la o **nedorită atribuire de sensuri, păstrând însă un element comun – dimensiunea nocivă pentru om**. De fapt, starea de stres nu trebuie înțeleasă ca având întotdeauna un asemenea caracter. Din această răspândire mare a conceptului trebuie înțeles faptul (menționat și în raport cu conceptul de factor psihosocial) că societății moderne îi este caracteristică această implicare tot mai accentuată, a dimensiunii psihice a ființei umane, înțelegând prin aceasta atât sfera cognitivă, cât și cea afectiv-emoțională, indiferent de natura activității desfășurate, indiferent de natura așa numiților agenți agresori. Reacția, răspunsul individului la aceste acțiuni și influențe este deci și ea complexă și în niciun caz nu poate ocoli sfera psihicului.

Prin urmare, **stresul psihic reprezintă un concept operațional cu o valoare interdisciplinară plasând în centrul său polimorfele și multiplele relații dintre medii (fizic și psihosocial, profesional și extraprofesional) și individ, ca și în cazul conceptului de factor psihosocial care decurge din aceeași interacțiune om-mediu.**

Depășind diversele controverse privind definirea conceptului, înțelegerea mecanismelor de acțiune a factorilor de stres și a stării de stres (deoarece nu fac obiectul lucrării de față) este necesar de precizat că în momentul de față s-a ajuns la concluzia acceptată de mare majoritate a specialiștilor, că există stări de stres diferite, cu efecte diferite – benefice sau nocive, în funcție de aceeași relație individ-mediu.

Eustres și distres

Mai puțin prezente în vocabularul curent, aceste două cuvinte desemnează două tipuri fundamentale de stres, reliefate de către Hans Selye în 1973.

- *Distres-ul* este termenul care desemnează **„stresurile care au un potențial nociv pentru organism”**. În literatură distres-ul acoperă în general sfera noțiunii de stres;
- *Eustres-ul* reprezintă tot o *stare de stres validată printr-o reacție catecholaminică și mai rar cortizolică însoțitoare*, alături și de multe alte reacții fiziologice. Diferența față de distres este însă fundamentală atât *din punct de vedere al agenților stresori (stimuli plăcuți ai ambianței sau trăiri psihice plăcute, „palpitante”, de la emoții până la sentimente etc.)*, cât și *al consecințelor sale pentru organism care sunt, în general, favorabile*, deși în cazul unei reacții catecholaminice generate de eustres pot apărea tulburări grave la un cardiac sau, în cazul unui acces de râs, se pot declanșa crize de astm la o mare parte dintre cei suferinzi de această afecțiune.

Din punct de vedere al hormonilor de stres, în cursul eustres-ului are loc de cele mai multe ori, numai creșterea secreției de adrenalină, „ca factor sensibilizant al organismului la efectele tisulare ale hormonilor glucocorticoizi” și, de asemenea, cresc „endorfinele cerebrale, ca neurohormoni modelatori ai plăcerii”. Pe termen lung, efectele fiziologice ale eustres-ului nu au fost studiate sistematic, așa încât opinia de mai sus a lui von Eiff este doar plauzibilă și are girul deocamdată numai al observației clinice. De altfel, însuși Selye, apreciind că „*eustres-urile nu durează niciodată în mod cronic*”, consideră că ar trebui studiate serii mari de vârstnici cu o activitate susținută în domenii care le produc mari satisfacții (de ex. artă, știință) comparativ cu cei care „resimt disperare, nu ajung la nimic, nu au niciun succes”.

Eustres-ul nu trebuie confundat cu orice emoție plăcută, ci este *generat de stări psihice cu tonalitate afectivă pozitivă puternic exprimată și, mai ales, cu durată prelungită*.

Iamandescu consideră că *eustres-ul fiind un „SP pozitiv” are, cel mai adesea, în componența sa și elemente ale unui stres fizic* (de exemplu, practicarea unor sporturi), dar tonalitatea sa psihică este determinantă pentru includerea în sfera SP.

Eustresul reprezintă o stare de activare psihoendocrină optimă, similară cu “*oboseala plăcută*” de după o activitate *fizică sau intelectuală* (în raport cu care avem o atitudine, interese și motivație pozitivă) precum și cu situația profesională corespunzătoare efortului care se încadrează în limite optime de solicitare a organismului. Efectele (benefice sau nocive) ale desfășurării unei activități, ale apariției unei situații profesionale, ale acționării unor factori potențiali stresanți din punct de vedere psihic depinde, pe de o parte, de potențialul lor nociv, de caracteristici ca cele de intensitate, durată, repetabilitate și, pe de altă parte, de “disponibilitatea” psihicului de a anticipa ori recepționa ca pe o dificultate, obstacol sau amenințare factorul respectiv (factor de stres) în funcție de propriile capacități (obiective sau așa cum sunt ele evaluate subiectiv de către individ).

Astfel, pentru stări de stres cu potențial **nociv** se utilizează termenul “**distres**”, iar pentru cele cu potențial **benefic** – “**eustres**”.

Plaja heterogenității de reactivitate a indivizilor este atât de mare încât la indivizii cu potențial mare de adaptare, unii factori de stres pot fi considerați chiar stimulativi, în timp ce la alții, aceiași factori pot depăși posibilitățile de adaptare, generând stări patologice. Din acest punct de vedere, stresul poate fi pozitiv (eustres), adică stimulat, energizant, în plan social ajutând persoanele să abordeze situațiile inedite ca pe niște provocări din care vor să iasă cu succes, sau, dimpotrivă, stres negativ (distres) în care organismul supramobilizat refuză să revină la starea de normalitate, individul devine nervos, îi crește tensiunea arterială, este gata de o reacție negativă.

Din punctul de vedere al **frecvenței manifestării agenților stresori** se poate vorbi de **stres acut** (episodic) în care reacția încetează odată cu dispariția factorului stresor; **stres cronic** (persistent) în care agentul stresor menține starea de disconfort, producând dezechilibrul organismului; și **stres ciclic**, cauzat de apariția factorului stresor cu o anumită periodicitate.

O altă clasificare a stresului este făcută de specialiști, potrivit **naturii agenților stresori**:

- **stresul psihic**, în care se regăsește acțiunea combinată a mai multor tipuri de agenți stresori,
- **stresul profesional** – determinat de acțiunea unuia sau a mai multor factori stresori fizici (zgomot, vibrații, variații de temperatură, agenți chimici),
- **stres de subsolicitare**, determinat de natura anumitor activități caracterizate prin sarcini repetitive, monotone, cărora subiectul nu le găsește nimic stimulat,
- **stres de suprasolicitare**, caracteristic persoanelor cu program prelungit de lucru și cu sarcini diversificate,
- **stres situațional**, cauzat de schimbări recente în modul de viață al indivizilor (denumit, uneori, și stres cultural).

În prezent, se acordă o atenție deosebită (la nivel de cercetare, aplicativ și legislativ) condițiilor de muncă specifice noilor tehnici și tehnologii, stresului profesional și problemelor de sănătate asociate proceselor de muncă automatizate, informatizate și aplicațiilor microelectronicii. Investigațiile științifice

se adresează în principal aspectelor ergonomice și celor de psihologia și igiena muncii, rezultatele acestora fundamentând programe speciale de măsuri, elaborate de comitete ale unor organisme internaționale (Biroul Internațional al Muncii, Organizația Mondială a Sănătății etc.), naționale și de interes mai restrâns (regional, departamental, de întreprindere).

Stresul la locul de muncă reprezintă *reacția naturală a persoanelor aflate sub o presiune intensă la locul de muncă, o perioadă de timp*. În general, multe persoane sunt motivate de provocările și dificultățile asociate cu exigențele muncii și reacționează prin îmbunătățirea performanței. Contactul cu acele provocări și depășirea dificultăților determină sentimente de relaxare și satisfacție. Când presiunea exigențelor muncii devine excesivă și prelungită, indivizii percep o amenințare la adresa confortului și intereselor lor și experimentează emoții neplăcute, ca teama, furia sau anxietatea. Aceste simptome emoționale, împreună cu o serie de simptome în planul cognitiv și comportamental caracterizează starea de stres.

Reacțiile indivizilor variază în funcție de natura presiunilor și măsura în care individul este implicat direct sau indirect. Ceea ce poate părea o provocare pentru un individ poate părea o sarcină imposibilă sau plictisitoare și repetitivă pentru altul.

Trecutul, motivația, experiența, aptitudinile și cunoștințele unei persoane, pe de o parte, și suportul și încurajarea din partea managerilor, superiorilor și colegilor, pe de altă parte, joacă un rol important.

Problemele extraprofesionale pot contribui la stres, de exemplu, problemele de relații interpersonale sau cele financiare. Aceste probleme extraprofesionale pot afecta capacitatea indivizilor de a face față exigențelor muncii, iar performanța lor în muncă poate avea de suferit. Un deces sau o boală în familie, un eșec temporar sau alte probleme personale pot exacerba situația și pot influența modul în care indivizii se raportează la exigențele profesionale.

Comisia Europeană definește stresul legat de muncă drept *„un model de reacții emoționale, cognitive, comportamentale și fiziologice la aspecte negative și dăunătoare ale conținutului muncii, organizării muncii și mediului de muncă... Stresul este datorat nepotrivirii dintre noi și munca noastră, prin conflictele dintre rolurile noastre în muncă și în afara ei și prin lipsa unui grad de control rezonabil asupra propriei munci și asupra propriei vieți.”* ⁽¹⁾

Nepotrivirea poate fi explicată mai precis. *„Se poate spune că stresul apare atunci când exigențele mediului de muncă depășesc capacitățile angajaților de a le face față (sau a le controla). Această definiție a stresului focalizează atenția asupra cauzelor legate de muncă și asupra măsurilor de control necesare.”* ⁽²⁾. Este, de altfel, definiția adoptată de **Agencia Europeana pentru Securitate și Sănătate în Muncă**: *„stresul în muncă apare atunci când, cerințele locului de muncă depășesc capacitatea lucrătorilor de a le face față/de a le controla”*.

¹ 'Guidance on work-related stress' "Spice of life – or kiss of death", Employment and Social Affairs, Health and Safety at Work, European Commission, 1999.

² 'Research on work related stress', OSHA 2000a.

Conform **Comisiei de Sănătate și Securitate a Marii Britanii (HSC, 1999)**, „*stresul în muncă reprezintă reacția pe care o prezintă indivizii la presiunile excesive sau la alte tipuri de cerințe adresate acestora*”.

În mod similar, conform **NIOSH** (National Institute for Occupational Safety and Health – Institutul Național pentru Securitate și Sănătate Profesională – SUA), „*stresul în muncă poate fi definit ca fiind răspunsul emoțional și fizic supărător, care apare atunci când exigențele muncii nu corespund capacităților, resurselor sau nevoilor angajatului. Stresul în muncă poate conduce la afectarea stării de sănătate și chiar la boală*”.

Într-un **Raport al Institutului pentru Muncă, Sănătate și Organizații (Marea Britanie) și al Universității din Nottingham**, stresul în muncă este definit ca „*reacția emoțională, cognitivă, comportamentală și fiziologică la aspectele neplăcute, nocive ale muncii, mediului de muncă și a organizării muncii. Se caracterizează prin niveluri înalte de activare și tensiune și, deseori, prin sentimente de incapacitate de a face față*”. Din definiție rezultă că niște exigențe ridicate ale muncii, aflate în limite rezonabile, nu trebuie să fie nocive în mod obligatoriu dacă angajatului i se permite sau este încurajat să influențeze modul în care abordează aceste cerințe.

Toate aceste definiții, cumulate, acoperă multitudinea unghiurilor din care pot fi tratate diferitele aspecte ale apariției, cauzalității și manifestării situațiilor și stărilor de stres profesional.

La nivelul managementului securității și sănătății în cadrul organizațiilor și în special referitor la managementul factorilor care conduc la stres în muncă, un accent deosebit este pus, la ora actuală, pe **hărțuirea și violența la locul de muncă**.

Conform Agenției Europene de Securitate și Sănătate în Muncă, **hărțuirea** (cunoscută și ca intimidare, maltratare sau violență psihologică) **se referă la comportamentul repetat, nejustificat, față de un angajat sau un grup de angajați, care vizează victimizarea, umilirea, subminarea sau amenințarea persoanei hărțuite**.

Hărțuirea provine, de regulă, din interiorul organizației, și poate implica atât agresivitate verbală, cât și fizică, precum și acțiuni mai subtile, cum ar fi izolarea socială. Demnitatea, capacitatea profesională, viața intimă, caracteristicile fizice, rasa, sexul sau orientarea sexuală a unei persoane poate sta la baza hărțuirii. Aceasta este o problemă foarte mare la nivelul locurilor de muncă europene, care implică niște costuri semnificative atât pentru lucrători (provocând stres victimelor și familiilor acestora, dar și colegilor), cât și pentru organizații (ex. nivel ridicat de absenteism și creșterea fluctuației personalului, o eficiență și o productivitate redusă). Hărțuirea poate produce afecțiuni post-traumatice pe bază de stres, pierderea respectului de sine, anxietate, apatie, iritabilitate, tulburări de memorie, tulburări ale somnului și probleme de digestie, și chiar sinucidere.

Violența reprezintă unul dintre cele mai mari pericole la locul de muncă. **Aceasta**

se referă la insulte, amenințări sau agresiune fizică sau psihologică exercitate asupra unui lucrător la locul său de muncă și care îi pun în pericol sănătatea, securitatea și confortul.

Violența poate proveni din interiorul organizației (de la unul sau mai mulți lucrători) sau exteriorul acesteia (de la un client, pacient, utilizator). Actele specifice de violență nu pot fi previzibile, însă situațiile probabile în care se produce violența pot fi previzibile. Lucrul cu publicul, administrarea banilor și lucrul în condiții de izolare pot genera factori de risc importanți privind violența la locul de muncă.

Consecințele incidentelor violente, care cuprind rănirea, tulburări post-traumatice pe bază de stres, absența din motive medicale și proasta realizare a sarcinilor, pot fi foarte grave, atât pentru indivizi cât și pentru organizații.

3. CADRUL LEGISLATIV CARE REGLEMENTEAZĂ DEMERSUL DE PREVENIRE/REDUCERE A RISCURILOR PSIHOSOCIALE

Pe parcursul ultimilor 10–15 ani, în acord cu evoluția cercetării în domeniu, a fost dezvoltată legislația UE în raport cu sănătatea și securitatea la locul de muncă (SSM). Această legislație acoperă acum, nu numai riscurile asociate aspectelor fizice, deci, mai tangibile, ale muncii, dar și pe cele asociate conceperii și managementului muncii, ca și contextului organizațional. În același timp, preocuparea relativ îngustă referitoare la efectele muncii asupra securității și sănătății fizice a fost înlocuită cu preocuparea mai extinsă, referitoare la toate efectele nocive și în toate planurile sănătății, atât în cel fizic, cât și psihic și social¹.

S-a constatat și se admite faptul că stresul se constituie ca risc profesional în măsura în care are un impact nefavorabil asupra securității, sănătății și stării de bine/confortului la locul de muncă.

Deseori, numeroșii factori specifici locului de muncă, precum și factorii extraprofesionali și individuali, se combină și intensifică stresul până la punctul în care starea și comportamentul persoanei în cauză pot fi afectate și pot afecta la rândul lor securitatea proprie sau a altei persoane. În concluzie, atât lucrătorii cât și angajatorii au datoria să asigure reducerea la minimum a riscurilor care pot să determine stresul profesional.

Angajatorii au obligația să asigure un loc de muncă în care, atât cât este posibil, lucrătorii să fie protejați față de riscuri. Aceasta presupune furnizarea unor sisteme sigure de muncă, informare, formare și supraveghere. De asemenea, angajatorii trebuie să asigure informarea, consultarea și participarea lucrătorilor.

Lucrătorii trebuie să fie responsabili față de propria securitate și sănătate și să evite afectarea securității și sănătății altora. Altfel spus, lucrătorii trebuie să își desfășoare activitatea astfel încât să nu se expună riscurilor de accidentare sau îmbolnăvire profesională și nici să pună în pericol viața și sănătatea celorlalți participanți la procesul de muncă. De asemenea, ei trebuie să coopereze cu angajatorii în probleme de securitate și sănătate, astfel ca angajatorii să poată acționa responsabil.

Reglementările, politicile și abordările relevante pentru identificarea, evaluarea și managementul riscurilor psihosociale includ atât dimensiunea „obligatorie”, adică legislația în domeniu, dar și dimensiunea „non-obligatorie/voluntară”, dezvoltată de organizații internaționale, europene și naționale, fiind constituită, spre exemplu, din ghiduri, linii directoare, acorduri ale partenerilor sociali etc.

Astfel, în legislația internațională, europeană și națională, apar:

- **Reglementări în domeniul SSM referitoare la conceptul de risc profesional în general,**
- **Acte legislative și nelegislative cu trimitere directă la conceptele de risc psihosocial, stres, hărțuire și violență**

¹ Sănătatea socială se referă la capacitatea de realizare a rolului social, cum ar fi rolul de fiu sau fiica, părinte, soț, cetățean, angajat, într-un mod eficient și confortabil, fără a tulbura climatul de ecologie socială, de protecție a altor persoane.

I. Reglementări europene și internaționale care se referă în mod indirect la riscurile psihosociale

★ În raport cu securitatea și sănătatea în muncă în general:

➤ **Directiva Cadru 89/391/CEE privind punerea în aplicare de măsuri pentru promovarea îmbunătățirii securității și sănătății lucrătorilor la locul de muncă**, reprezintă baza legală și conține cele mai importante prevederi în domeniu.

Astfel, conform acestei Directive, angajatorii au „*datoria să asigure securitatea și sănătatea angajaților, în orice aspect legat de muncă*”, pe baza următoarelor principii generale de prevenire:

- *evitarea riscurilor;*
- *evaluarea riscurilor care nu pot fi eliminate;*
- *combaterea riscurilor la sursă;*
- *adaptarea muncii la om, în special în privința proiectării locurilor de muncă, alegerii echipamentului tehnic și alegerea metodelor de lucru și de producție, luând în considerație, în special, evitarea, pe cât posibil, a muncii monotone și a muncii normate, ca și reducerea efectelor acestor tipuri de muncă asupra sănătății;*
- *adaptarea la progresul tehnic;*
- *înlocuirea aspectelor periculoase prin aspecte nepericuloase sau mai puțin periculoase;*
- *dezvoltarea unei politici de prevenire coerente și complete, care să acopere tehnologia, organizarea muncii, condițiile de muncă, relațiile sociale și influența factorilor dependenți de mediul de muncă;*
- *acordarea priorității măsurilor de protecție colectivă față de cele de protecție individuală;*
- *acordarea de instrucțiuni corespunzătoare lucrătorilor”.*

Evident, „eliminarea riscurilor”, „combaterea riscurilor la sursă” și „adaptarea muncii la om” sunt toate legate de *prevenirea primară*². Formularea „în orice aspect legat de muncă” include, în mod clar, și toate cauzele stresului legat de muncă.

➤ În raport cu **cerințele locului de muncă**, există **Directiva 89/654/CEE privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru locul de muncă** (prima directivă particulară în conformitate cu Articolul 16 (1) din Directiva cadru 89/391/CEE) care „*stabilește cerințele minime de securitate și sănătate la locul de muncă*”.

Directiva acoperă aspecte ale mediului de muncă fizic care include „*ventilația locurilor de muncă în spații închise (...), temperatura în încăperi (...), iluminatul natural și artificial din încăperi (...)*” etc.

² Prevenirea secundară include acțiuni de reducere / eliminare a riscurilor prin furnizarea de mijloace adecvate lucrătorilor, individual sau colectiv, pentru a face față mai eficient stresului. Prevenirea terțiară cuprinde acțiuni de remediere a efectelor riscurilor care nu au putut fi evitate. (pentru detalii, a se vedea capitolul 8 al ghidului)

➤ **Directiva 90/269/CEE** privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru manipularea manuală a încărcăturilor care prezintă riscuri pentru lucrători și, în special, de producere a unor afecțiuni dorso-lombare (a patra directivă particulară în conformitate cu Articolul 16 (1) din Directiva cadru 89/391/CEE), stabilește cerințele minime de securitate și sănătate la manipularea manuală a maselor care implică pentru lucrători riscuri de afecțiuni dorso-lombare. Responsabilitatea este plasată asupra angajatorului pentru „a avea grijă să evite sau să reducă riscul deosebit de vătămare a spatelui lucrătorilor, prin luarea măsurilor adecvate, având în vedere mai ales caracteristicile mediului de muncă și cerințele activității (...)”. La nivelul actual al cunoștințelor este demonstrată relația dintre stres și afecțiunile osteo-musculo-articulare.

➤ **Tratatul de la Amsterdam** /142/ (semnat în 1997, intrat în vigoare în 1999) stipulează că *trebuie asigurată o protecție de înalt nivel a sănătății omului, în definirea și implementarea tuturor politicilor și activităților Comunitare*. Din acest motiv, se poate susține *integrarea prevenirii stresului la locul de muncă în politicile și activitățile întreprinderii*, pentru beneficiul atât al angajaților, cât și al întreprinderilor.

➤ **OIM – SSM 2001 (Liniile directoare cu privire la sistemul de management al securității și sănătății în muncă publicate de Organizația Internațională a Muncii – Orientări privind securitatea ocupațională și sistemele de management a sănătății)**, /113/, oferă recomandări cu privire la dezvoltarea sistemelor de management a sănătății și securității în muncă (SSM), atât a celor de la nivel național cât și organizațional. Se afirmă că sistemele de management al SSM trebuie să conțină următoarele elemente: politica, organizarea, planificarea și implementarea, evaluarea și implementarea acțiunilor de optimizare.

➤ **Convenția 155 (C 155) privind Securitatea și sănătatea profesională** (OIM, 1981), /141/ stabilește că *„fiecare membru trebuie, în lumina condițiilor și a practicilor naționale și prin consultare cu organizațiile cele mai reprezentative ale angajatorilor și lucrătorilor, să formuleze, să implementeze și să revizuiască periodic o politică națională coerentă privind securitatea profesională, sănătatea în muncă și mediul de muncă”*.

Politica trebuie să aibă în vedere *„relațiile dintre elementele materiale ale muncii și persoanele care desfășoară sau supraveghează munca și adaptarea mașinilor, echipamentelor, timpului de muncă, organizării muncii și a proceselor de muncă la capacitățile fizice și mentale ale lucrătorilor”*.

➤ **Convenția 187 (C187), /141/, privind Cadrul de promovare a securității și sănătății în muncă** (OIM, 2006), stabilește că *„în formularea politicii naționale, fiecare membru, (...) prin consultarea cu cele mai reprezentative organizații ale angajatorilor și lucrătorilor, trebuie să promoveze principiile de bază cum ar fi evaluarea riscurilor sau pericolelor profesionale; combaterea riscurilor sau pericolelor profesionale la sursă; și dezvoltarea unei culturi naționale de prevenire care să includă informare, consultare și formare”*. „(...) principiului prevenirii i se acordă cea mai mare prioritate”.

★ **Timpul de lucru**, ca factor implicat indirect în apariția riscurilor psihosociale, este abordat printr-o serie de directive și convenții, după cum urmează:

➤ **Directiva 93/104/CE** privind unele aspecte de organizare a timpului de lucru – amendată prin **Directiva 2003/88/CE** privind anumite aspecte ale organizării timpului de lucru, care „stabilește cerințele minime de securitate și sănătate pentru organizarea timpului de lucru”. Se aplică la „perioadele minime de odihnă din timpul zilei, repausul săptămânal și concediul de odihnă anual, la pauze și timpul de lucru maxim săptămânal, precum și unele aspecte privind munca de noapte, munca în schimburi și modele de muncă”.

➤ **Directiva 97/81/CE** privind acordul-cadru cu privire la munca pe fracțiuni de normă, încheiat de UCIPE, CEIP și CES, având drept scop implementarea Acordului cadru privind timpul de lucru parțial, acord care prevede „înlăturarea discriminării față de lucrătorii cu timp de lucru parțial și îmbunătățirea calității muncii cu timp de lucru parțial”

➤ **Directiva 99/70/CE** privind acordul-cadru cu privire la munca pe durată determinată, vizând punerea în practică a acordului privind contractele pe perioadă determinată. Acordul caută să „îmbunătățească calitatea muncii cu termen fix prin asigurarea principiului nediscriminării; stabilirea unui cadru de prevenire a abuzului sau a relațiilor ce rezultă din utilizarea succesivă a contractelor de angajare pe termen determinat”.

➤ **Directiva 2000/79/CE** privind punerea în aplicare a Acordului European privind organizarea timpului de lucru al personalului mobil din aviația civilă, încheiat de Asociația companiilor europene de navigație aeriană (AEA), Federația europeană a lucrătorilor din transporturi (ETF), Asociația europeană a personalului tehnic navigant (ECA), Asociația europeană a companiilor aviatice din regiunile Europei (ERA) și Asociația internațională a liniilor aeriene rezervate în sistem charter (AICA). Acesta cere angajatorilor să ia măsurile necesare „pentru a asigura ca un angajator, care intenționează să organizeze munca în conformitate cu un anumit model, să aibă în vedere principiul general al adaptării muncii la lucrător”.

➤ **Directiva 2002/15/CE** privind organizarea timpului de lucru al persoanelor care efectuează activități mobile de transport rutier și care stabilește „cerințele minime în legătură cu organizarea timpului de lucru pentru îmbunătățirea protecției sănătății și securității persoanelor care efectuează activități de transport rutier”.

➤ **Convenția C 175** privind munca cu timp parțial (OIM), 1994, /141/, cere semnatarilor să ia măsuri „pentru a asigura că lucrătorii cu timp de lucru parțial primesc aceeași protecție ce este acordată lucrătorilor cu normă întreagă referitor la: dreptul de a se organiza, dreptul la negociere colectivă și dreptul de a acționa ca reprezentanți ai lucrătorilor; securitate și sănătate în muncă; și nediscriminare la angajare și ocupare”.

* **Discriminarea** este abordată din punct de vedere legislativ în **Directiva 2000/43/CE de punere în aplicare a principiului egalității de tratament între persoane, fără deosebire de rasă sau origine etnică**, care împiedică discriminarea directă sau indirectă pe criterii rasiale sau de origine etnică, respectiv în **Directiva 2000/78/CE de creare a unui cadru general în**

favoarea egalității de tratament în ceea ce privește încadrarea în muncă și ocuparea forței de muncă, care împiedică discriminarea directă sau indirectă pe criterii de religie sau credință, dizabilitate, vârstă sau orientare sexuală, care au rolul de „*a stabili cadrul de combatere a discriminării pe criterii de religie sau credință, dizabilitate, vârstă sau orientare sexuală în ceea ce privește angajarea și ocuparea, cu privire la punerea în aplicare în Statele Membre a principiului tratamentului egal*”.

- * **Tratamentul egal pentru bărbați și femei** este reglementat prin **Directiva 76/207/CEE** privind punerea în aplicare a principiului egalității de tratament între bărbați și femei în ceea ce privește accesul la încadrarea în muncă, la formarea și la promovarea profesională, precum și condițiile de muncă privind tratamentul egal pentru bărbați și femei în ceea ce privește accesul la muncă, la pregătirea profesională, promovare și condiții de muncă – amendată prin **Directiva 2002/73/CE de modificare a Directivei 76/207/CEE a Consiliului** privind punerea în aplicare a principiului egalității de tratament între bărbați și femei în ceea ce privește accesul la încadrarea în muncă, la formarea și la promovarea profesională, precum și condițiile de muncă , care stabilește că „*Statele Membre trebuie să țină seama în mod activ de obiectivul egalității dintre bărbați și femei atunci când formulează și implementează legi, reglementări, prevederi administrative, politici și activități*”, „*în ceea ce privește accesul la angajare, inclusiv promovare și pregătire profesională, cât și în ceea ce privește condițiile de muncă (...)*”.

De asemenea, **Directiva 2006/54/CE privind punerea în aplicare a principiului egalității de șanse și al egalității de tratament între bărbați și femei în materie de încadrare în muncă și de muncă** are scopul de a asigura implementarea principiului egalității de șanse și de tratament pentru bărbați și femei în ceea ce privește angajarea și ocuparea. În acest scop, Directiva conține prevederi de implementare a principiului tratamentului egal în relație cu: accesul la angajare, inclusiv promovare și pregătire profesională; condiții de lucru, inclusiv plată (...).

- * **Maternitatea și problemele conexe** sunt reglementate prin **Directiva 92/85/CE** privind aplicarea măsurilor de promovare a îmbunătățirii securității și sănătății la locul de muncă în cazul lucrătoarelor gravide, al celor care au născut de curând sau care alăptează. Directiva stabilește că „*în consultare cu Statele Membre și asistată de Comitetul consultativ privind protecția securității, igienei și a sănătății în muncă, Comisia trebuie să elaboreze liniile directoare privind evaluarea agenților chimici, fizici și biologici și a proceselor industriale considerate periculoase pentru securitatea și sănătatea lucrătorilor (...)*”. Aceste linii directoare trebuie să acopere și „*mișcări și poziții, oboseala fizică și mentală și alte tipuri de stres fizic și mental care au legătură cu munca efectuată de lucrători (...)*”.

Directiva 96/34/CE privind acordul-cadru referitor la concediul pentru creșterea copilului vizează implementarea acordului cadru privind concediul parental. „*Acest acord stabilește cerințele minime pentru facilitarea reconcilierii (armonizării) responsabilităților parentale și profesionale ale părinților care lucrează*”.

Convenția 183 (C 183) privind Protecția maternității (OIM, 2000), /141/ stabilește că „*Orice Stat Membru*” trebuie (...) să adopte măsurile adecvate care să asigure

că femeile însărcinate și cele care alăptează nu sunt obligate să desfășoare o activitate care s-a stabilit (....) că poate prejudicia sănătatea mamei sau a copilului (...)"

- * **Informarea și consultarea angajaților** reprezintă un aspect reglementat prin **Directiva 2002/14/CE de stabilire a unui cadru general de informare și consultare a lucrătorilor din Comunitatea Europeană** vizează stabilirea cadrului general care trasează cerințele minime pentru dreptul la informare și consultare al angajaților din întreprinderi sau instituții din cadrul UE.
- * În raport cu **tinerii în muncă**, o categorie vulnerabilă din punct de vedere al expunerii la factori psihosociali de risc, există **Directiva 94/33/CE privind protecția tinerilor la locul de muncă**, prin care „Statele membre asigură protecția tinerilor împotriva exploatării economice și împotriva oricărei munci care poate să dăuneze securității, sănătății sau dezvoltării lor fizice, psihologice, morale sau sociale sau să compromită educația acestora”.

II. Reglementări europene și internaționale legate direct de managementul riscurilor psihosociale

La nivel european și internațional, **riscurile psihosociale** sunt direct abordate în cadrul unor documente legislative și nelegislative, precum: directive, acorduri, ghiduri și recomandări ale OIM, ghiduri europene, standarde. Astfel:

- * **Directiva 90/270/CEE privind cerințele minime de securitate și sănătate în muncă la echipamentele cu ecran de vizualizare** (a cincea directivă particulară în conformitate cu Articolul 16 (1) din Directiva cadru 89/391/CEE) stabilește cerințele minime de securitate și sănătate în activitatea la echipamente cu ecrane de vizualizare. Directiva prevede că „angajatorii sunt obligați să realizeze o analiză a locurilor de muncă pentru a evalua condițiile de securitate și sănătate pe care le oferă lucrătorilor, mai ales în ceea ce privește posibilele riscuri pentru vedere, probleme fizice și **probleme de stres mental**”.
- * **Acordul cadru privind stresul legat de muncă**, 2004, /105/, Partenerii sociali europeni – ETUC, UNICE (BUSINESS EUROPE), UEAPME și CEEP, definește stresul ca „o stare care este însoțită de acuze sau disfuncții fizice, psihologice sau sociale și care poate avea ca rezultat faptul că oamenii se simt incapabili să facă față cerințelor și așteptărilor plasate asupra lor”.

Acordul precizează că „A identifica dacă o problemă se datorează stresului în muncă poate implica o analiză a unor factori cum ar fi organizarea muncii și a proceselor (...), a condițiilor de muncă și a mediului (...), a comunicării (...) și factorilor subiectivi (...)”. „Dacă se identifică o problemă de stres legat de activitate, trebuie să se întreprindă acțiuni pentru a o preveni, a o elimina sau a o reduce. Responsabilitatea pentru determinarea măsurilor adecvate revine angajatorului”.

Acordul nu prevede o listă exhaustivă a indicatorilor potențiali de stres. El subliniază, totuși, că „absenteismul ridicat sau fluctuația mare de personal/cifra de

afaceri, frecvente conflicte interpersonale sau plângeri ale lucrătorilor sunt unele dintre semnele care pot indica o problemă la locul de muncă, legată de stres.”

Acordul conține un memento că „toți angajatorii au obligația legală de a proteja securitatea și sănătatea în muncă a lucrătorilor. Această obligație se aplică și problemelor legate de stresul în muncă, în măsura în care acestea implică un risc pentru sănătate și securitate.”

Acordul are ca obiectiv creșterea conștientizării și înțelegerii stresului în muncă atât de către angajatori, cât și de către angajați și reprezentanții lor, precum și atenționarea asupra semnelor de stres. El propune, de asemenea, o metodă de identificare și gestionare a problemelor datorate situațiilor de stres.

Acest acord are un caracter voluntar. S-a prevăzut, de asemenea, punerea lui în aplicare pe parcursul a trei ani, conform unor proceduri și practici proprii partenerilor sociali din fiecare stat membru.

Cu acest prilej, este reafirmată obligativitatea legislativă a angajatorilor, prevăzută în Directiva Cadru 89/391/CE din 12 iunie 1989, de a proteja securitatea și sănătatea muncitorilor. Această prevedere se aplică în egală măsură și problemelor legate de stres, în măsura în care acestea prezintă un risc pentru sănătate și securitate.

Textul acordului oferă angajatorilor, angajaților și reprezentanților acestora o metodă pentru a identifica, preveni și trata problemele ridicate de stresul de origine profesională. El furnizează o listă cu factorii profesionali de natură organizațională și ambientală în raport cu care partenerii trebuie să se orienteze în demersul de prevenire a situațiilor de stres și a unor consecințe negative, demers care va trebui să includă în mod necesar acțiuni de informare și formare adecvate. Se confirmă faptul că măsurile de prevenire trebuie să fie atât colective, cât și individuale și se propune o expertiză externă, efectuată de specialiști dinafara firmei, atunci când competențele specialiștilor interni sunt depășite.

★ **Pactul european pentru sănătate mentală și stare de bine, 2008** – „Împreună pentru sănătatea mentală și stare de bine”, /107/, precizează că „Angajarea este benefică pentru sănătatea fizică și mentală... este nevoie de acțiune pentru a aborda creșterea constantă a absenteismului și a incapacității de muncă și pentru a utiliza potențialul neutilizat pentru îmbunătățirea productivității, care este legată de stres și tulburări mentale”.

★ **Rezoluția Parlamentului european T6-0063/2009 privind sănătatea mentală**, referința 2008/2209 (INI), /103/, rezoluție nelegislativă, cheamă „Statele Membre să încurajeze cercetarea condițiilor de muncă ce pot duce la creșterea incidenței bolilor mentale, în special la femei”; cheamă „angajatorii să promoveze un climat de muncă sănătos, acordând atenție stresului legat de muncă, subliniind cauzele tulburărilor mentale la locul de muncă și abordând acele cauze” și cheamă „Comisia să ceară organismelor de afaceri și publice să întocmească anual un raport privind politica și activitatea lor pentru sănătatea mentală a angajaților lor la fel cum raportează pentru sănătatea fizică și securitatea în muncă”.

* **Recomandarea Organizației Internaționale a Muncii - R 194 anexă** revizuită, OIM 2010, „Recomandări privind Lista bolilor profesionale și înregistrarea și notificarea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale” /131/, care face referire și la „tulburarea post-traumatică (...) și (...) alte tulburări mentale și comportamentale (...) acolo unde s-a stabilit o legătură directă (...) între expunerea la factorii de risc rezultați din activitățile de muncă și tulburarea (tulburările) mentale și comportamentale contractate de lucrător”.

* **Cadrul pentru locuri de muncă sănătoase, OMS, 2010, /128/,** „Locuri de muncă sănătoase: un model de acțiune: pentru angajatori, lucrători, cei ce elaborează politici și practicieni”. În acest cadru sunt făcute referiri la **mediul de muncă psihosocial**, care „include cultura organizațională ca și atitudinile, valorile, credințele și practicile zilnice din întreprindere care afectează starea de bine mentală și fizică a angajaților.”

„Exemplele de **pericole psihosociale** includ, dar nu se limitează la: proasta organizare a muncii (...), cultura organizațională (...), stilul de management de comandă și control (...), lipsa de suport pentru echilibrul muncă-viață, teama de pierdere a locului de muncă legată de fuzionări, achiziții, reorganizări sau piața/economia muncii”.

* **Ghidul OIM, 1986, „Factori psihosociali în muncă: Recunoaștere și control”, /113/,** în care este definit **pericolul psihosocial** ca fiind reprezentat de „interacțiuni între conținutul muncii, organizarea muncii și management și alte condiții de mediu și organizatorice, pe de o parte și competențele și nevoile angajaților, pe de altă parte. Pericolele psihosociale sunt relevante pentru dezechilibrele din zona psihosocială și se referă la acele interacțiuni care se dovedesc a avea influențe periculoase asupra sănătății angajaților prin perceperea și trăirea lor”.

* **Ghid (OMS, 2003 a) /124/ și (OMS, 2003 b) /125/,** „Organizarea muncii și stresul”, „oferă îndrumări practice privind modul de **combatere a stresului în muncă**. Se preconizează ca angajatorii, managerii și reprezentanții sindicatelor să utilizeze această broșură ca parte a inițiativei de educare privind managementul stresului în muncă”.

Îndrumarea se referă la „**natura stresului în muncă, cauzele și efectele stresului, ca și strategii de prevenire și evaluare a riscului și metode de gestionare (...), rolul culturii organizaționale în acest proces și resursele necesare pentru gestionarea stresului în muncă**”.

* **Ghidul OMS (2007),** „Creșterea conștientizării stresului în muncă în dezvoltarea țărilor: un pericol modern într-un mediu de muncă tradițional: sfaturi pentru angajatori și reprezentanții angajaților”, /126/, are drept scop creșterea „**conștientizării angajatorilor și reprezentanților lucrătorilor în legătură cu stresul în muncă în țările în curs de dezvoltare**. Stresul legat de muncă este o problemă în creștere în țările în curs de dezvoltare datorită dezvoltărilor importante din lumea modernă - două dintre cele mai importante fiind globalizarea și schimbarea naturii muncii”.

* **Ghidul OMS (2008) PRIMA-EF**, „Ghid privind Cadrul european pentru managementul riscurilor psihosociale: o resursă pentru angajatori și reprezentanții angajaților”, /127/, și respectiv **PAS 2010**, „oferă îndrumare privind Cadrul european pentru **managementul riscurilor psihosociale (PRIMA-EF)** și se referă la managementul riscurilor psihosociale la locul de muncă, având drept scop prevenirea stresului legat de muncă, violența și agresiunea la locul de muncă. Acest cadru, ce aduce o serie de probleme cheie în domeniu și oferă îndrumare asupra lor, a lipsit până acum și este necesar pentru angajator și reprezentanții lucrătorilor pentru a trece efectiv la acțiune împotriva problemelor cu care se confruntă”.

„Scopul atotcuprinzător al acestui document este promovarea traducerii politicii și cunoștințelor în practică”.

* **Ghidul CE, 1999, Ghid privind stresul în muncă – “Sarea și piperul vieții sau sărutul morții?”**, /74/, oferă „informații generale despre **cauzele, manifestările și consecințele stresului legat de muncă, atât pentru lucrători cât și pentru organizații**. Oferă, de asemenea, îndrumări generale referitoare la modul în care pot fi identificate problemele legate de stresul în muncă și cauzele lor și propune un cadru practic și flexibil de acțiune pe care, partenerii sociali, atât la nivel național, cât și al diverselor companii, îl pot adapta pentru a se potrivi propriei situații. Accentul se pune mai curând pe prevenirea primară a stresului legat de muncă și pe îmbolnăvire și mai puțin pe tratament în cazul îmbolnăvirii”.

Documentul prezintă un demers de prevenire a stresului constând, din:

- Identificarea factorilor de stres la locul de muncă, cauzele și consecințele acestora pentru sănătate.
- Analizarea caracteristicilor expunerilor, în raport cu rezultatele găsite.
- Poiectarea și punerea în aplicare a unui pachet de intervenții de către părțile interesate.
- Evaluarea rezultatelor pe termen scurt și pe termen lung ale intervențiilor.

* **Ghidul Comisiei Europene (1996b)** – „Evaluarea Riscurilor la Locul de Muncă”, /73/, specifică necesitatea analizei „**factorilor psihologici, sociali și fizici, care pot contribui la stres la locul de muncă, a modului în care acești factori interacționează împreună și cu alți factori în organizarea și ambianța muncii**”.

* **Ghidul EU-OSHA (2002)**, „Cum să abordăm problemele psihosociale și să reducem stresul legat de muncă”, /85/, are drept scop „**creșterea conștientizării problemelor psihosociale legate de muncă, de a promova o cultură de prevenire față de pericolele psihosociale incluzând stresul, violența și agresiunea, de a contribui la reducerea numărului lucrătorilor expuși la astfel de pericole, de a facilita dezvoltarea și diseminarea informațiilor privind bune practici și de a stimula activitățile la nivel european și al Statelor Membre**”.

* **Efortul mental**, posibil generator de stres în muncă, este abordat în cadrul standardului **EN ISO 10075-1:1991** Principii ergonomice referitoare la efortul în activitatea mentală – Termeni generali și definiții, /116/. Acest standard definește stresul mental ca fiind „**totalitatea influențelor, din surse externe, ce pot fi evaluate și care aduc atingere ființei umane și o pot afecta mental**”.

Stresul mental este o sursă de solicitare mentală (adică „efectul imediat al stresului mental asupra individului [nu efectul pe termen lung] care depinde de obișnuințele individuale și de condiția prezentă, inclusiv de modul în care individul face față situației”).

„Există patru categorii principale de surse pentru stresul mental: sarcina de muncă, echipamentul, mediul fizic, mediul social”.

„Efectele de afectare (pe termen scurt) ale stresului mental sunt: oboseala mentală, stări asemănătoare oboselii (adică: monotonie, reducerea vigilenței și sațietatea)”.

Partea a doua a standardului **EN ISO 10075-2: 1996**, Principii ergonomice referitoare la efortul în activitatea mentală – Principii de concepere, /117/, enumeră 29 de caracteristici ale sarcinii de muncă care influențează intensitatea efortului mental în muncă și care sunt surse de oboseală.

Astfel, „intensitatea **efortului mental** este influențată, printre altele, de: ambiguitatea scopurilor sarcinii de muncă, complexitatea sarcinii, cerințe, strategii de deservire, adecvarea informației, ambiguitatea informației, discriminarea semnalelor, efortul de memorare implicat în activitate, efortul de memorare pe termen lung, recunoașterea vs. apelarea la memorie, susținerea deciziei (...)”.

Factorii de distribuție temporală a efortului mental includ „durata orelor de lucru, timpul dintre zile de lucru sau schimburi succesive, timpul din zi, schimbul de lucru, întreruperi și pauze de odihnă, schimbări în activitatea de muncă cu cerințe diferite ale sarcinii de muncă sau diferențe în ceea ce privește efortul mental”.

★ **Violența și hărțuirea**, ca factori ce pot contribui la apariția stresului în muncă, sunt abordate într-o serie de documente, cum ar fi:

➤ **Acordul cadru privind hărțuirea și violența în muncă, 2007 – Partenerii sociali europeni** – ETUC, BUSINESS EUROPE, UEAPME și CEEP, /106/, stipulează că: „Hărțuirea și violența se datorează unor comportamente inacceptabile ale uneia sau mai multor persoane și pot avea diferite forme, dintre care unele pot fi identificate mai ușor decât altele. Mediul de muncă poate influența expunerea persoanelor la hărțuire și violență”.

„Creșterea conștientizării și formarea adecvată a managerilor și lucrătorilor pot reduce probabilitatea hărțuirii și violenței în muncă. Întreprinderea trebuie să declare cu tărie că hărțuirea și violența nu sunt tolerate. Această declarație va specifica procedurile ce vor fi urmate în situația în care astfel de cazuri apar”.

Pe 12 iunie 2002 Parlamentul European a adoptat un raport pentru un proiect de amendare a directivei privind tratamentul egal între bărbați și femei (Directiva 76/207/CEE), în care există pentru prima oară la nivel european definirea hărțuirii sexuale. Hărțuirea în general și hărțuirea sexuală sunt privite ca forme de discriminare și, deci, interzise. La nivelul companiilor sunt necesare măsuri similare celor pentru prevenirea oricărei forme de discriminare sexuală pentru a preveni hărțuirea și hărțuirea sexuală.

➤ **Ghidurile (OMS, 2003 a) /124/ și (OMS, 2003 b) /125/**, „Creșterea

conștientizării hărțuirii psihologice în muncă”, care definesc hărțuirea psihologică drept „o formă de abuz la care este supus angajatul ce rezultă dintr-un comportament care nu este etic și care duce la victimizarea lucrătorului (...)” și care „poate produce consecințe negative serioase asupra calității vieții și a sănătății individului (...)”.

➤ **Ghidul OIM, 2006**, „Violența în muncă”, „examinează actele de agresiune care se produc la locul de muncă (...), intimidare, hărțuire psihologică și abuz verbal. Oferă informații și date despre incidența și severitatea violenței la locul de muncă în țări din toată lumea (...) evaluează diferite explicații ocazionale și detaliază unele din costurile sociale și economice.” De asemenea, evaluează eficacitatea măsurilor anti-violență la locul de muncă și a răspunsurilor cum ar fi noutăți legislative, intervenții privind politica, proiectarea locului de muncă pentru reducerea riscurilor, acorduri colective și diferite opțiuni de bune practici din întreaga lume.

La nivelul diferitelor țări membre ale UE, cadrul legal general se referă la aplicarea prevederilor Directivei Cadru și a unor directive specifice, care acoperă generic și riscurile psihosociale.

În țări precum Belgia, Danemarca, Germania, Olanda, prevederile legale specifică necesitatea ca angajatorii să acționeze împotriva factorilor considerați factori psihosociale de risc, iar în țări precum Suedia, Olanda și, mai recent, Italia și Republica Cehă, cadrul legislativ privind securitatea și sănătatea în muncă este mult mai specific decât în Directivele de bază ale UE și se referă atât la riscurile psihosociale, cât și la stresul legat de muncă. /107/

Într-un număr mic de state membre ale UE a fost adoptată legislația specifică privind riscurile referitoare la violență, precum și prevenirea acestora. Aceasta a avut loc, de exemplu, în Suedia în 1993 și în Olanda în 1994.

În unele state ale UE, a fost adoptată o legislație specifică pe problema hărțuirii. De exemplu, în Suedia a apărut în septembrie 1993 un Ordin privind persecuția în muncă, în Portugalia a apărut în ianuarie 2001 o notă privind hărțuirea morală și în Franța a existat o lege încă din ianuarie 2002. În Belgia a fost adoptată în iunie 2002 o nouă lege referitoare la violență, hărțuire și hărțuire sexuală și în Spania se amendează legislația din acest domeniu.

Acordurile privind stresul în muncă și hărțuirea au fost transpuse în acorduri naționale și sectoriale în diferite țări europene (de exemplu, Franța, Norvegia).

III. În ROMÂNIA,

Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă, cu modificările ulterioare, (care transpune **Directiva Cadru 89/391/CEE**) stabilește cadrul general de abordare a protecției sănătății și asigurării securității angajaților, prevenirii riscurilor profesionale, eliminării factorilor de risc și accidentare.

Normele metodologice de aplicare a acestei legi (HG nr. 1425/2006 cu modificările și completările ulterioare) cuprind, în anexe, tabelele cu bolile profesionale cu declarare obligatorie și bolile legate de profesie, în care **nu apare specificat ca factor etiologic stresul mental**, ci doar suprasolicitarea neuropsihică.

- * **Legea nr. 202 din 19 aprilie 2002** privind egalitatea de șanse între femei și bărbați și **Legea nr. 501 din 17 noiembrie 2004** privind aprobarea Ordonanței Guvernului nr. 84/2004 pentru modificarea și completarea Legii nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse între femei și bărbați, reglementează măsurile pentru promovarea egalității de șanse între femei și bărbați, în vederea eliminării discriminării directe și indirecte după criteriul sex, în toate sferele vieții publice din România.
- * **Legea nr. 48 din 16 ianuarie 2002** pentru aprobarea Ordonanței Guvernului nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, transpune **Directiva 2000/43/CE de punere în aplicare a principiului egalității de tratament între persoane, fără deosebire de rasă sau origine etnică**, care împiedică discriminarea directă sau indirectă pe criterii rasiale sau de origine etnică și **Directiva 2000/78/CE de creare a unui cadru general în favoarea egalității de tratament în ceea ce privește încadrarea în muncă și ocuparea forței de muncă**, care împiedică discriminarea directă sau indirectă pe criterii de religie sau credință, dizabilitate, vârstă sau orientare sexuală

Prin egalitate de șanse între femei și bărbați, conform legii, se înțelege luarea în considerare a capacităților, nevoilor și aspirațiilor diferite ale persoanelor de sex masculin și, respectiv, feminin și tratamentul egal al acestora.

Măsurile pentru promovarea egalității de șanse între femei și bărbați și pentru eliminarea discriminării directe și indirecte după criteriul sex se aplică în domeniul muncii, educației, sănătății, culturii și informării, participării la decizie, precum și în alte domenii, reglementate prin legi specifice.

De asemenea, amintim **H.G. nr. 319/08.03.2006 privind aprobarea Strategiei naționale pentru egalitatea de șanse între femei și bărbați pentru perioada 2006-2009 și a Planului general de acțiuni pentru implementarea Strategiei naționale pentru egalitatea de șanse între femei și bărbați pentru perioada 2006-2009**. Strategia Națională pentru egalitatea de șanse între femei și bărbați își propune să stabilească o serie de măsuri și de garanții destinate să elimine orice formă de discriminare directă sau indirectă și să permită exercitarea libertății omului și a drepturilor sale fundamentale care au stat la baza principiului egalității de șanse și de tratament între femei și bărbați.

Măsurile și acțiunile de implementare a Strategiei sunt cuprinse în Planul general de acțiuni și se referă la:

- cadrul legislativ;
- capacitatea instituțională;
- viața economică;
- viața socială;
- participarea la luarea deciziilor;
- roluri și stereotipuri de gen;
- monitorizarea și evaluarea implementării.

- * **Protecția tinerilor în muncă** este asigurată, la nivel legislativ, prin H.G. nr. 600/2007 care prevede protejarea tinerilor împotriva oricărei munci susceptibile să dăuneze securității, sănătății sau dezvoltării lor fizice, psihologice, morale ori sociale sau să pericliteze educația acestora.

- * **Maternitatea la locul de muncă** este reglementată prin **OUG nr. 96/2003**, cu modificările și completările ulterioare.
De asemenea, **H.G. nr. 537/2004** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor OUG nr. 96/2003 privind protecția maternității la locurile de muncă, modificată prin **H.G. nr. 1141/2004**, transpune **Directiva 92/85/CE privind aplicarea măsurilor de promovare a îmbunătățirii securității și sănătății la locul de muncă în cazul lucrătoarelor gravide, al celor care au născut de curând sau care alăptează**.
- * **Cerințele minime de securitate și sănătate la locul de muncă** sunt reglementate prin **H.G. nr. 1091/2006 privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru locul de muncă**, care transpune **Directiva 89/654/CEE privind cerințele minime de securitate și sănătate la locul de muncă [prima directivă specială în sensul articolului 16 alineatul (1) din Directiva 89/391/CEE]**.
- * Aspectele privind **echipamentele cu ecrane de vizualizare** sunt reglementate prin **H.G. nr. 1028/2006 privind cerințele minime de securitate și sănătate în muncă referitoare la utilizarea echipamentelor cu ecran de vizualizare** care transpune **Directiva 90/270/CEE privind cerințele minime de securitate și sănătate în muncă la echipamentele cu ecran de vizualizare (a cincea directivă particulară în conformitate cu Articolul 16 (1) din Directiva cadru 89/391/CEE)**.
- * **H.G. nr. 1051/2006 privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru manipularea manuală a maselor** transpune **Directiva 90/269/CEE privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru manipularea manuală a încărcăturilor care prezintă riscuri pentru lucrători și, în special, de producere a unor afecțiuni dorso-lombare [a patra directivă specială în sensul articolului 16 alineatul (1) din Directiva 89/391/CEE]**.
- * Trebuie precizat faptul că nici în **H.G. nr. 1169 din 25 noiembrie 2011** pentru modificarea și completarea **H.G. nr. 355/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor** și nici în Tabelul bolilor profesionale și al celor legate de profesie, prezentate în Anexele 14, respectiv 15 din Normele metodologice de aplicare a Legii nr. 319/2006 (**HG nr. 955/2010**), nu este stipulat stresul ca factor etiologic al îmbolnăvirilor profesionale sau legate de profesie, ci se face referire doar la suprasolicitarea neuropsihică, ca factor cauzal în hipertensiunea arterială, boală cardiacă ischemică, nevroze și alte afecțiuni neuropsihice (boli legate de profesie).
- * **Ordinul ministrului sănătății și familiei nr. 803/2001** privind aprobarea unor indicatori de expunere și/sau de efect biologic relevanți pentru stabilirea răspunsului specific al organismului la factori de risc de îmbolnăvire profesională prezintă o serie de indicatori fiziologici, psihofiziologici, psihologici și psihocomportamentali care pot fi utilizați ca indicatori ai prezenței stresului.
- * În România, reglementări oficiale referitoare la problematica stresului la locul de muncă au fost introduse pentru prima dată în **contractul colectiv de muncă unic la nivel național pe anii 2007-2010**, art. 37.

Acesta a prevăzut „obligativitatea angajatorului și a semnatarilor contractului colectiv de muncă de a depune împreună eforturi în direcția transpunerii la nivelul

unității a standardelor de management pentru gestionarea stresului la locul de muncă”.

Astfel, în ceea ce privește **conținutul muncii**:

- trebuie să se aibă în vedere numărul de ore de muncă, stabilite prin lege și contractele colective de muncă aplicabile atunci când se fundamentează normele de muncă pentru salariați;
- trebuie să se aibă în vedere ca nivelul de competență, aptitudinile și abilitățile salariaților să corespundă cerințelor locului de muncă;
- condițiile locului de muncă trebuie să fie adaptate ergonomic, salariaților;
- salariații trebuie să fie informați și consultați și trebuie să aibă la dispoziție toate informațiile necesare, care să le permită să înțeleagă care sunt responsabilitățile lor, conform fișei postului.

În ce privește **controlul asupra muncii** efectuate:

- angajatorul trebuie să încurajeze salariatul să-și utilizeze capacitățile și inițiativele la locul de muncă;
- împreună cu sindicatele sau, după caz, cu reprezentanții salariaților, angajatorul trebuie să stabilească un sistem de stimulente pentru ca salariații să fie motivați în îndeplinirea cât mai bună a sarcinilor de serviciu.

În ce privește **gestionarea activității** la locul de muncă, prin contractele colective de muncă aplicabile trebuie să se stabilească intervalele de timp și modalitățile practice de informare a salariaților privind modificările apărute sau în curs de apariție, legate de condițiile de muncă.

În ce privește **relațiile de muncă**, prin grija Comitetului de sănătate și securitate în muncă și a Comisiei Paritare, se vor analiza informațiile legate de rele practici la locurile de muncă și se vor dispune măsuri corective.

În Raportul Comisiei Europene din 2011 privind implementarea **Acordului cadru autonom privind stresul la locul de muncă încheiat în 2004 între partenerii sociali europeni**, „în ceea ce privește rezultatele înregistrate de România, se evidențiază că partenerii sociali români au implementat Contractul colectiv de muncă unic la nivel național pe anii 2007-2010, care introduce standarde de management pentru angajatori, în ceea ce privește gestionarea stresului la locul de muncă.

Raportul evidențiază, însă, că legislația românească nu prevede obligativitatea angajatorilor de a asigura condiții de sănătate și protecție la locul de muncă angajaților lor în privința riscurilor psihosociale și faptul că standardele de management nu se referă la identificarea problemelor legate de stresul la locul de muncă sau la analiza factorilor de risc.” /143/

România a ratificat **Convenția nr. 183/2000** privind revizuirea Convenției (revizuită) **asupra protecției maternității** din 1952 adoptată la cea de-a 88-a sesiunea a Conferinței Generale a Organizației Internaționale a Muncii la Geneva la 15 iunie 2000*).

*** SR EN ISO 10075**, părțile 1, 2 și 3, transpun standardul **EN ISO 10075 - Principii ergonomice referitoare la efortul în activitatea mentală.**

4. FACTORII PSIHOSOCIALI DE RISC CA FACTORI DE STRES

Echilibrul dintre exigențele profesionale și factorii individuali depinde, într-o mare măsură, în afară de existența unor capacități profesionale propriu-zise și de abilitatea individului de a adopta sau a-și forma așa-numitele **strategii de „coping”** (Lazarus, Launier, 1978; Lazarus, Folkman, 1984) sau **„strategii de ajustare”** (Dantchev, 1989; Dantzer, 1989) în raport cu factorii și situațiile dificile, amenințătoare, stresante și de a-și controla propriile manifestări primare (precoce) ale consecințelor unei interacțiuni deficitare.

Cauzalitatea stresului a determinat elaborarea unor teorii și modele în cadrul psihologiei organizaționale și a muncii. Astfel, trei dintre cele mai influente asemenea teorii și modele sunt:

- teoria „potrivirii” (corespondenței) individ – mediu (‘person – environment fit theory’),
- teoria cadrului stresului organizațional și
- modelul exigențe – control – suport (Vandenberg, Park, DeJoy, Wilson & Griffen-Blake, 2002).

Premisa de bază a **teoriei „potrivirii” individ – mediu** este aceea că *stresul este determinat de o „nepotrivire”, un dezechilibru între individ și mediul de muncă* – dezechilibru care nu este determinat de una sau alta dintre părți în mod separat, ci de factorii apăruiți la contactul dintre cele două părți, de interacțiunea individ – mediu. Atunci când indivizii percep mediul de muncă drept amenințător sau că acest mediu (și mai ales latura psihosocială a acestuia) nu corespunde nevoilor, dorințelor și strategiilor proprii de evoluție, efectele se manifestă în planul stării de sănătate și a stării de bine (confort) și satisfacție în activitate.

Factorii de mediu luați în considerare de această teorie includ: *exigențele intrinseci sarcinii de muncă, așteptările conferite de rol și normele organizaționale sau de grup.*

Teoria cadrului stresului organizațional are la bază aceeași premisă ca și teoria precedentă, și anume că stresul are drept cauză fundamentală lipsa corespondenței dintre individ și mediul său de muncă (mai ales în aspectele sale procesate și rezultate în urma percepției subiective). În plus, această teorie aduce ideea conform căreia *stresul în muncă reprezintă un proces în sine*, total, complex, care include atât factorii de stres proveniți din mediul de muncă și percepția lor subiectivă, dar și răspunsurile fiziologice, psihologice și comportamentale pe termen scurt, mediu și lung și, mai mult, o serie de factori care influențează relația dintre variabilele procesului „stres” (cum ar fi suportul social și calitatea relațiilor interpersonale din mediul de muncă).

Stresul perceput și reacțiile consecutive sunt explicate ca un efect de „bulgăr de zăpadă”, o asociere circulară, în care sentimentele negative în raport cu propria activitate cresc starea de tensiune interioară, aceasta la rândul ei determinând noi sentimente negative, potențând astfel nivelul de stres.

Acumularea pe termen lung a unor efecte ale stresului în plan fiziologic, psihologic și comportamental deschide posibilitatea dezvoltării unor tulburări cum ar fi depresia, dependența de alcool, afecțiunile cardiovasculare etc. cu toate costurile individuale, organizaționale și sociale aferente.

Modelul exigențe – control – suport subliniază rolul conținutului activității drept sursă majoră a stresului. Modelul divizează interacțiunea activitate – individ în două componente: percepția individului (operatorului uman) cu privire la sarcinile care trebuie efectuate pentru îndeplinirea activității (dimensiunea sarcină de muncă) și percepția operatorului asupra nivelului de control și de autonomie de care dispune în efectuarea sarcinilor (dimensiunea control). Aceste două dimensiuni sunt considerate ca interacționând și contribuind la nivelul de stres experimentat de individ. Cel mai înalt nivel de stres este de așteptat să apară în condiții de exigențe foarte ridicate și control foarte scăzut.

A treia dimensiune implicată de constructul modelului, suportul social, are rolul de factor moderator, de mediere a relației dintre stresul profesional și reacțiile individuale la stres.

O clasificare generală a factorilor care pot determina riscuri psihosociale și, deci, pot duce la apariția stresului, se prezintă astfel:

1. Factorii mediului fizic, care prin acțiune directă asupra organismului pot provoca o serie de efecte negative atât asupra corpului în general, cât mai ales asupra sistemului nervos central, a sistemului neuroendocrin și, astfel, pot avea efecte și în plan psihic, determinând eventuale tulburări mentale.

Acești factori fizici pot avea aceleași efecte finale prin mecanismul perceperii lor ca agenți agresori de către individ și deci prin crearea pe această cale a unei stări de stres psihic.

Tot în această primă grupă se încadrează **riscurile de accidentare și de îmbolnăvire profesională**, de asemenea, cu dublă cale de acțiune. De exemplu, accidentarea individului poate duce la traume nu numai fizice, ci și psihice (de exemplu, sindromul post-traumatic); și chiar existența riscului de accidentare determină individului o cvasi-permanentă stare de stres psihic.

2. Factorii dependenți de sarcina de muncă

Acești factori pot duce, în principal, la diferite niveluri de solicitare: situații de suprasolicitare, subsolicitare sau de alternare a acestora.

Suprasolicitarea constituie principalul factor de stres, deoarece apare în situația în care solicitările activității depășesc capacitățile individuale ale lucrătorului, iar menținerea acestei stări pe o durată lungă de timp crește riscul de apariție a stresului, chiar cronic.

De asemenea, o permanentizare a suprasolicitării la locul de muncă poate conduce la starea de epuizare („burnout”), cu efecte grave în raport cu starea de sănătate a lucrătorului, cu eficiența și performanța sa.

Subsolicitarea reprezintă un factor de stres pentru că există nevoia omului, înăscută (și potențată social) de afirmare, de valorificare, de evidențiere a propriilor capacități, nevoie care poate fi satisfăcută numai printr-o activitate profesională care îl solicită la un nivel optim, corespunzător capacităților sale.

De asemenea, subsolicitarea pe termen mediu și, mai ales, pe termen lung poate duce la reducerea unor capacități sau aptitudini, prin lipsa antrenării acestora (uzură prin nefolosire) sau neconsolidarea unor deprinderi profesionale necesare obținerii unui nivel adecvat de performanță.

Și mai grave sunt efectele situațiilor în care, după perioade mai lungi de subsolicitare, deci de activare scăzută, apar „situații critice” sau de „urgență” când este necesară o mobilizare rapidă și la un nivel ridicat a capacităților și deprinderilor. Toate aceste cazuri sunt specifice unor activități moderne cum sunt o parte dintre cele de supraveghere și control sau activitatea operatorilor radar, a piloților de cursă lungă (suprasolicitarea atenției pe fondul unei monotonii și/sau a izolării).

Indicatorii utilizați în evaluarea nivelului de exigențe adresate de sarcină se referă la: *raportul complexitate-viteză* (numărul de alegeri de rutină sau conștiente; durata unui ciclu de muncă și numărul de alegeri pe ciclu; efortul de memorare; rapiditatea cerută); *nivelul de atenție* (concentrare, distributivitate etc.), *gradul de precizie* (de exemplu, parametri sau obiecte foarte mici); toate acestea necesitând o mobilizare intensă a participării conștiente la efectuarea sarcinii de muncă și, deci, reprezentând un important factor de efort mental.

3. Exigențele temporale.

Aceste exigențe sunt determinate de: caracterul repetitiv sau nerepetitiv al operațiilor; ritmul liber sau impus; sistemul de salarizare (de exemplu, cel pe bază de acord); timpul necesar pentru a atinge ritmul de lucru cerut (timpul de intrare în ritm); regimul pauzelor (organizate sau individuale); posibilitatea de a părăsi, la nevoie, locul de muncă în afara pauzelor; timpul de lucru zilnic, săptămânal, lunar, anual; regimul schimburilor de lucru.

O durată prea mare a zilei de lucru, un regim nerațional al pauzelor (sub aspectul numărului, momentului amplasării acestora, al conținutului și condițiilor în care se realizează) poate determina o suprasolicitare a organismului, acumularea în timp a efectelor nerecuperate ale oboselii zilnice și, deci, poate duce la oboseală cronică, surmenaj etc.

Munca în schimburi solicită în mod deosebit individul (mai ales cea în trei schimburi) afectându-i ritmurile biologice, temperatura corpului, metabolismul, nivelul glicemiei, eficiența activității mentale; duce, de asemenea, la: tulburări ale somnului, ale conduitei de alimentație, tulburări în viața de familie, socială etc.; lucrătorii se plâng mai frecvent de oboseală, tulburări gastrice sau gastrointestinale, diabet, tulburări cardio-vasculare.

4. Factorii de organizare și conducere a activităților, a colectivelor și organizației în ansamblu, factori de importanță crescândă în societatea modernă, dovadă frecvența și amploarea nemulțumirilor personalului și a conflictelor intra-

organizaționale.

Dintre acești factori se pot evidenția: **ambiguitatea rolurilor** (a sarcinilor atribuite în funcție de rolul și statusul în organizație); **conflictele dintre diferitele cerințe** adresate personalului (de exemplu, dintre cele de producție și cele de securitate sau producție și efort; securitate și confort fizic și psihic); **lipsa responsabilității** în raport cu alți oameni și securitatea lor; **lipsa de consultare și participare la luarea de decizii** (conducere centralizată excesiv sau ne-participativă); **restricții nejustificate** în raport cu comportamentul în muncă; **lipsa posibilității de control și autocontrol** (în raport cu rezultatele propriei activități).

Cercetările au arătat, contrar așteptărilor, că persoanele cu funcții de conducere, cu responsabilități crescute, nu sunt întotdeauna cele mai expuse stresului (exceptând vulnerabilitățile individuale și comparativ cu alte categorii de personal din același domeniu). Astfel, s-au înregistrat indici de mortalitate și morbiditate inferiori în raport cu personalul expus la acțiunea unor cadențe de lucru impuse și ridicate. De-a lungul scării ierarhice în jos, se constată o reducere a autonomiei și puterii, concomitent cu o creștere a presiunilor exercitate, personalul amplasat la baza scării ierarhice aflându-se în poziția cea mai favorabilă exprimării sub o formă mai mult sau mai puțin patologică a imposibilității lor de a scăpa de un cumul de presiuni și exigențe concomitent cu reducerea autonomiei, autocontrolului, autoorganizării propriei activități și a puterii de decizie privind propria muncă.

Kahn (1964) considera că, în cadrul organizațiilor, într-un sistem deschis, dinamic, influențat de multiple elemente conjuncturale, unde oamenii își consumă cea mai mare parte a timpului, se poate vorbi de un stres specific, numit din această cauză stres organizațional. Acesta poate fi definit astfel:

- răspunsuri fizice și emoționale, vătămătoare, care apar atunci când solicitările locului de muncă nu corespund capacităților, resurselor și trebuințelor persoanelor și care pot conduce la deteriorarea stării de sănătate;
- reacții emoționale, cognitive, comportamentale și fiziologice la aspectele agresive și nocive specifice mediului de muncă și ale climatului organizațional, caracterizate prin nivele ridicate de distres și prin sentimentul de neputință în soluționarea sarcinilor.

Cercetarea citată relevă doi agenți centrali, de natură psihologică care stau la baza apariției stresului organizațional: **conflictul de rol și ambiguitatea rolului**.

Rolul în organizație reprezintă ansamblul comportamentelor pe care ceilalți le așteaptă în mod legitim de la o persoană, adică grupul de activități pe care o anumită persoană îl efectuează conform postului pe care îl ocupă, contribuind la îndeplinirea scopurilor generale ale organizației.

Conflictul de rol poate apărea în situațiile în care persoana care ocupă o anumită funcție este supusă unor solicitări sau presiuni cu caracter contradictoriu, adeseori incompatibile între ele, presiuni care au o anumită intensitate și orientare¹ și care,

¹ d'Hoore și Vandenberghe, 2001

fie facilitează, fie împiedică exercitarea rolului. În fața acestor presiuni, persoana poate alege dacă se conformează sau nu, aceste presiuni generând forțe psihice motivaționale (de mobilizare sau de rezistență). Oricum, persoana care se confruntă cu conflictul de rol se află la mijloc (cum este cazul dispozițiilor contradictorii date de șefi, situația de neconformitate a solicitărilor impuse de organizație și exigențele familiei). Un caz conflictual aparte este reprezentat de supraîncărcarea cu sarcini, persoana în cauză fiind incapabilă să reacționeze și să ierarhizeze situațiile prioritare față de cele care pot fi amânate. Chiar dacă dorința sa este de a nu refuza sarcini sau de a nu fi etichetat incapabil, individul își dă seama în final că nu poate realiza toate solicitările în timpul limitat de care dispune.

În ceea ce privește **ambiguitatea rolului**, persoana afectată nu cunoaște cu exactitate obiectivele și sarcinile care îi revin, nivelul performanțelor așteptate, criteriile de control, evaluare și sursele de motivare. Sursa ambiguității este de cele mai multe ori generată de disfuncționalitățile de informare. Intensitatea stresului generat de ambiguitatea rolului este marcată de trăsăturile proprii de personalitate, fiind în strânsă legătură cu capacitatea de toleranță, diferită de la un individ la altul.

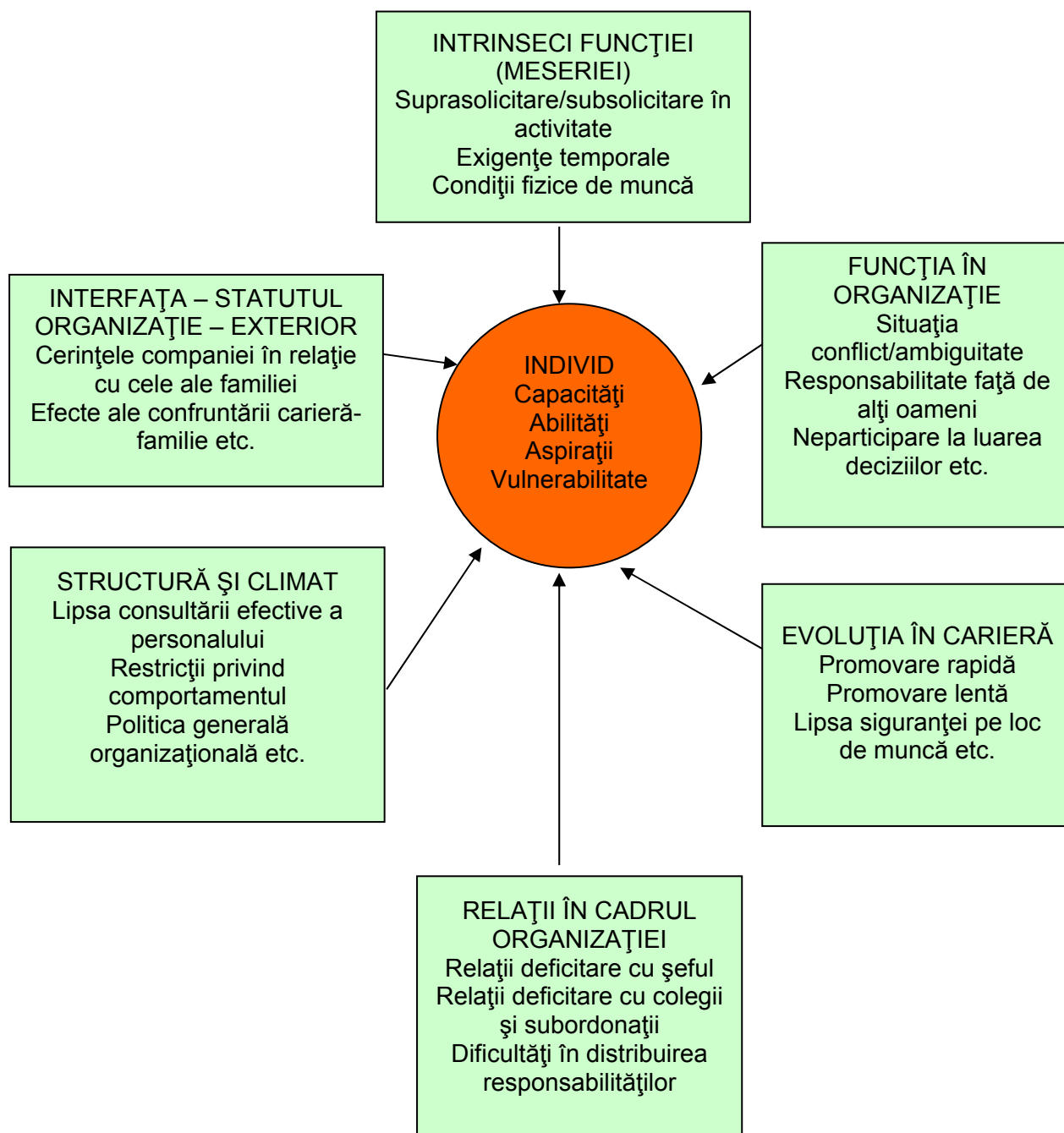


Figura nr.2. Surse de stres (versiune modificată după modelul Cooper-Marshall și Cooper-Torrington)

Stresul organizațional se manifestă atât la nivelul managerilor, cât și la nivelul subordonaților.

La nivelul managerilor, stresul este generat de:

- complexitatea, diversitatea și caracterul de noutate a sarcinilor, caracterul contradictoriu al unor sarcini ca grad de dificultate și lipsa de timp;
- responsabilitățile ridicate, presiunile exercitate în a împăca interesele

- organizației cu cele ale angajaților, clienților, acționarilor, furnizorilor;
- preocuparea cu privire la viitorul organizației, dorința de a rezolva problemele urgente ale firmei fără a neglija elementele de perspectivă ale acesteia;
- presiunile exercitate din mediul de afaceri, grija pentru a nu lua în pripă decizii insuficient elaborate;
- centralizarea excesivă a autorității (în acest caz, stresul este generat de conflictul dintre dorința de a realiza, dirija și controla cât mai multe activități în conflict cu propria capacitate fizică, psihică, intelectuală și resursele de timp);
- existența unor subordonați slab pregătiți profesional;
- prelungirea programului de lucru din cauza agendei încărcate, termenelor scadente și schimbării priorităților.

La nivelul subalternilor, stresul este generat de:

- incompatibilitatea cu tipul de manager (de exemplu, conflictul dintre dorința subordonatului de a-și menține postul și tendința de a riposta la anumite atitudini, comportamente sau gesturi neadecvate ale managerului);
- delegarea în exces a sarcinilor, conflictul între dorința de afirmare și promovare și efortul realizării multiplelor sarcini primite din partea managerului;
- conflictul dintre așteptările unui subordonat privind aprecierea muncii și percepția diferită a acesteia de către superiori;
- situația în care dorințele, nevoile și așteptările depășesc puterea sau veniturile oferite de postul deținut, în care nevoile pot intra în conflict cu perspectivele de avansare oferite de organizație;
- teama de pierdere a postului, caz în care stresul este generat de concedieri, nesiguranța găsirii unui alt loc de muncă;
- tensiunile familiale, care pot genera stres ca urmare a timpului mare alocat rezolvării problemelor profesionale, precum și a interesului alocat acestora în detrimentul celor familiale.

5. Relațiile interpersonale, climatul psihosocial – factori de o importanță deosebită în asigurarea echilibrului dintre factorii profesionali și cei individuali. Astfel, atunci când există relații dificile cu șefii, colegii, subordonații, deci un climat psihosocial necorespunzător, când apare sentimentul de neapartenență la grup și de nerecunoaștere și de lipsă a susținerii din partea grupului, apare și sentimentul de nesiguranță, de neîncredere în propriile capacități, dezechilibrul, starea de disconfort psihic, de stres și urmările patologice ale acestora. Din contră, când există relații interpersonale pozitive, favorabile, acestea reprezintă un important suport fizic și moral pentru individ, ajutându-l să facă față exigențelor profesionale.

Expunerea la violență sau amenințarea cu violența poate face parte din munca zilnică a unor angajați care lucrează în condiții de izolare sau în contact direct cu publicul, cu valori sau bani, cu persoane în suferință sau în medii de muncă „deschise” la violență. Chiar dacă amenințările nu se materializează, abuzul verbal și pericolul iminent pot fi foarte stresante.

Discriminarea și intimidarea. Statele Membre ale Uniunii Europene se confruntă cu un fenomen continuu și în creștere al imigrației, chiar și din țările non-europene. În

special datorită condițiilor de șomaj și relativă sărăcie pe care le suportă în țările gazdă, competiția pentru resurse limitate sau în scădere poate declanșa xenofobia, discriminarea, persecuția și „intimidarea” împotriva membrilor oricărui „grup din afară” („outgroup”). Această discriminare poate fi bazată pe criterii de rasă, religie, etnie, sex sau orice altă caracteristică. Manifestările pot fi active (abuz verbal și fizic, excludere din grupuri etc.) sau pasive, în sensul refuzului acordării permisului de muncă sau a unui loc de muncă unei persoane, deși aceasta prezintă toate calificările necesare.

Sintetizând, lista factorilor psihosociali de risc este cuprinsă în tabelul nr. 4.1 de mai jos.

Tabelul nr. 4.1. Factori de risc psihosociali

FACTORI DE RISC PSIHOLOGICALI	DESCRIERE
Efort mental datorat naturii, caracteristicilor și conținutului sarcinii de muncă	- varietatea tipurilor de conduite; - durata ciclului și numărul de operații/ciclu; - efortul de memorare; - rapiditatea în execuție; - nivelul de atenție cerut (în raport cu: concentrarea, continuitatea, distributivitatea; numărul de mașini, aparate etc. de supravegheat; numărul mediu de semnale pe oră; durata și numărul intervențiilor pe oră etc.); - gradul de precizie (parametri sau obiecte foarte mici – operatorul trebuie să observe detalii foarte mici sau să manipuleze obiecte foarte mici, eventual prin intermediul dispozitivelor optice de mărit) necesitând o mobilizare intensă a participării conștiente.
Natura sarcinilor	- sarcini monotone, puțin stimulative, percepute ca lipsite de sens; - lipsa de varietate; - sarcini neplăcute sau respingătoare.
Exigențe temporale	- operații repetitive sau nerepetitive; - ritm liber sau impus; - sistemul de salarizare (care impune uneori indirect un anumit ritm de lucru ridicat); - regimul pauzelor; - posibilitatea de a părăsi, la nevoie, locul de muncă în afara pauzelor; - timpul de lucru zilnic, săptămânal, lunar, anual; - regimul schimburilor de lucru – munca de noapte.
Factori organizaționali și de conducere	- cultura organizațională specifică (culturile negative); - ambiguitatea rolului (sarcinilor); - conflicte între diferitele cerințe profesionale; - responsabilități față de echipamente, oameni și securitatea lor sau, din contră, lipsa responsabilității; - lipsa de consultare și participare la luarea de decizii; - restricții nejustificate în raport cu comportamentul în muncă; - lipsa aprecierii și recompensei; - lipsa siguranței locului de muncă; - lipsa de autonomie și control (în organizarea propriei activități, asupra propriului ritm de lucru, în alegerea timpului de lucru, pauzelor și concediului);

	- sistem de evaluare a performanțelor neclar sau inechitabil; - lipsa cunoașterii sau a acordului cu privire la obiectivele organizației.
Relații interpersonale	- relații dificile cu șefii, colegii și/sau subordonații; - lipsa sentimentului de apartenență la grup; - izolare socială sau fizică; - lipsa sentimentului de siguranță; - lipsa încrederii în propria persoană; - lipsa aprecierii, recunoașterii și susținerii din partea celorlalți; - discriminarea, intimidarea, agresiunea, hărțuirea, violența la locul de muncă.
Dezvoltarea carierei	- stagnarea sau incertitudinea carierei, precaritatea funcției, lipsa perspectivelor; - promovare insuficientă sau excesivă (nerecunoașterea capacităților sau supraîncărcarea cu responsabilități); - salarizare proastă; - valorizare socială scăzută a muncii desfășurate; - supra- sau sub- calificarea pentru post.
Interfața muncă – familie	- cerințe conflictuale muncă – familie; - lipsa sprijinului în familie.
Mediu și echipamente de muncă	Factori ai mediului fizic potențial periculoși: - zgomot, vibrații, microclimat, iluminat, amenajarea postului, noxe chimice, radiații etc. – factori cu nocivitate obiectivă sau percepuți ca nocivi; - existența riscului de accidentare.

Factorii care afectează rezistența la stres

Principalii factori care afectează vulnerabilitatea la stres sunt : personalitatea, vârsta, sexul, nivelul de instruire.

➤ **Personalitatea** afectează modul în care individul răspunde la factorii de stres.

Sunt definite trei **tipuri de reacții** la situații generatoare de stres:

- comportamentul agresiv – când persoana expusă factorilor de stres devine furioasă, încearcă să domine, să-i forțeze pe ceilalți să o asculte, având un comportament tensionat, încordat, agresiv, care să conducă spre atingerea scopului.
- comportamentul pasiv – când, în condiții de stres, persoana renunță la drepturile sale, la ceea ce simte sau gândește, la principiile sale, se simte neajutorată, manipulată;
- comportament asertiv – când o persoană luptă pentru drepturile ce i se cuvin, își exprimă gândurile și sentimentele direct, fără să afecteze drepturile celorlalți, după care încrederea în sine va crește și se va simți mult mai bine.

➤ **Vârsta.** Cercetări efectuate pe un eșantion de manageri din grupa de vârstă 30-60 ani relevă că aceștia resimt diferit în familie stresul organizațional:

- 58% - din cei cuprinși în grupa 30-40 ani;
- 46% - din cei aflați între 41-50 ani;
- 38% - din cei peste 50 ani.

Aceste date relevă faptul că presiunile din partea familiei vin tocmai la vârsta la care respectivele persoane se găsesc pe curba ascendentă a aspirațiilor profesionale și a potențialului de muncă. Alte studii relevă că la vârstele tinere (până la 40 ani) factorii de stres au un efect atenuat de capacitatea de rezistență sporită a organismului.

- **Genul.** Factorii generatori de stres organizațional afectează deopotrivă bărbații și femeile. Altfel spus, tensiunile nervoase generate de factorii de stres afectează personalul angajat, indiferent de sex.

Există totuși o diferență în ceea ce privește modul de reacție la factorii stresori: în stare de stres, femeile devin pasive, dezorientate, marcate de sentimentul de vinovăție, se subapreciază și manifestă o tendință de retragere. Din contră, bărbații reacționează prin agresivitate, nervozitate, manifestând tendința de defulare, de descărcare nervoasă.

- Unele **categorii profesionale** pot fi considerate prin definiție afectate de stres: piloți, cosmonauți, controlori de trafic aerian, impiegatii de mișcare, chirurgii, angajații din sănătate, educație și asistență socială (medici, asistente, profesori, funcționari publici), personal HORECA (chelneri, barmani etc.), polițiști, gardieni etc.

În ultimii ani, acestei liste i s-au adăugat managerii, economiștii, persoanele care răspund de aprovizionarea ritmică. Spre deosebire de muncitorii necalificați, persoanele cu studii superioare sunt supuse frecvent conflictelor de rol, tolerând cu greu ambiguitatea rolului.

5. EFECTELE STĂRII DE STRES ASUPRA SECURITĂȚII, SĂNĂTĂȚII ȘI STĂRII DE BINE / CONFORT A LUCRĂTORILOR

Pe parcursul desfășurării activității, solicitarea individului, în funcție de echilibrul dintre exigențele externe și capacitățile interne, de momentul zilei de muncă, de intensitatea efortului și de durata acestuia, poate avea **efecte pozitive**, favorabile unui rezultat eficient al activității (în termeni cantitativi, calitativi și de costuri biologice) sau **negative**, nefavorabile atât pentru rezultatele activității, cât și pentru starea funcțională a organismului uman.

Activitatea omului este reglată prin tonusul cerebral și depinde în mare măsură de regimul de stimulare, de activare. Pentru a putea selecționa și prelucra informațiile și apoi pentru a putea decide și acționa corespunzător operatorul uman trebuie să fie „activat”.

Activarea reprezintă o stare generală în care diferite sisteme fiziologice sunt activate simultan, incluzând frecvența cardiacă, activitatea metabolică și cea electrică a creierului.

Există un nivel optim al activării pentru orice activitate: un nivel mai mare sau mai mic determină performanțe inferioare. Zona optimă variază în funcție de exigențele sarcinii, de factori ambientali, de diferențe individuale etc. Cu cât răspunsul omului este mai bine cunoscut, mai sigur, cu atât activarea este mai redusă. Supraactivarea poate fi provocată de stresori ambientali (de exemplu, zgomotul). Subactivarea poate rezulta din monotonie.

Solicitarea organismului uman, dincolo de limitele unei activări optime are efecte negative, nefavorabile asupra organismului pentru că duce la fenomene de: oboseală, monotonie, hipovigilență, saturație etc. În acest context, o stare de stres care determină o activare în limite optime, se consideră benefică pentru individ, deci este vorba de „**eustres**”, iar cea în care sunt depășite capacitățile individuale de adaptare, are efecte negative conducând la „**distres**”.

În cazul unor dificultăți de adaptare profesională organismul uman reacționează negativ dezvoltând diferite *mecanisme patogene*:

- *de ordin cognitiv*: diminuarea amplitudinii percepției sau diminuarea capacității de concentrare, de creativitate sau a capacității decizionale,
- *de ordin afectiv*: distimii (forme ușoare, dar cronice de depresie, în a căror etiologie evenimentele stresante de viață ocupă un loc important), tulburări anxioase, hipocondrie (ipohondrie) etc.
- *de ordin comportamental și/sau funcțional general*: consum de alcool, tutun, medicamente sau alte substanțe (droguri, tranchilizante, stimulente), agresivitate (la nivel verbal și/sau motor), comportamente riscante, tentative de suicid; iar pe plan profesional: acțiuni revendicative, refuzul sarcinilor sau, dimpotrivă, resemnare, indiferență, absenteism.

Aceste mecanisme, în anumite condiții de intensitate, frecvență sau durată, de prezență sau absență anumitor variabile interactive pot scoate la iveală diverse

semne precursore ale unei boli.

Mecanismele patologice de ordin funcțional se raportează la o situație, persoană sau maladie determinată, deci specifică; altele sunt nespecifice și se referă la reacțiile fiziologice care apar în așa numita „stare de stres”.

Se consideră ca **manifestări patologice de ordin funcțional** anumite modificări metabolice și endocrine:

- creșterea globală a secreției „hormonilor de stres”, incluzând în primul rând dubla reacție – **catecholaminică** (adrenalină și noradrenalină) și **corticozolică**, situație specifică stresului psihic prelungit;
- disjunctia secreției hormonilor de stres, cum ar fi creșterea izolată a secreției de catecolamină, creșterea raportului noradrenalină/cortizol, creșterea cortizolemiei sau scăderea unor hormoni de stres (în special a celor gonadici);
- scăderea producției hormonale a glandelor endocrine, după stimularea inițială și modificarea ritmurilor biologice endocrine.

Toate aceste modificări endocrine aflate într-o inter-relație permanentă exercită un efect direct asupra metabolismului, influențând în special ciclurile metabolice glucidice, lipidice și ionice, organismul fiind prejudiciat tocmai de elemente de mare eficiență pentru păstrarea echilibrului său adaptativ față de mediu.

Este vorba de un dezechilibru între organism și mediul său care evoluează ascendent, de la *suprasolicitarea mecanismelor centrale și funcționale executive*, care produc tulburări în sfera patogenului, la *disfuncția mecanismelor de neuroreglare și a celor funcționale*, cu apariția *tulburărilor psihosomatice*, cu un grad mare de reversibilitate (distonie neurovegetativă, sindroame dismetabolice, stări prediabetice, hipertensiune arterială oscilantă, algotimii) și, în final, la *somatizarea mono- sau pluriorganică*, cu apariția bolilor psihosomatice (în geneza cărora un rol fundamental îl joacă predispoziția de organ și un rol adjuvant – ceilalți factori de risc nepsihogeni).

Ierarhizând participarea factorilor de suprasolicitare mentală și neuropsihică, a factorilor de stres psihic la geneza bolilor interne, se pot delimita următoarele situații:

- **de participare la constituirea bolii.** Boala este declanșată aparent exclusiv de factorul psihogen (de exemplu, unele debuturi bruște ale HTA după un stres major) sau este produsă și declanșată de un complex de factori etiologici care acționează sumativ cu stresul psihic (exces de sare în alimentație, obezitate, sedentarism etc.);
- **de participare la ritmarea puseelor evolutive ale bolilor odată constituite.** Și aici există varianta de participare aparent exclusivă (de exemplu, reactualizarea ulcerului duodenal în situații de stres) sau varianta posibilității unei declanșări alternative, de către alți factori etiologici specifici bolii (de exemplu, un puseu ulceros dureros provocat de un moment de abuz alimentar etc.);
- **de participare la întreținerea evoluției prelungite sau cronice a unei boli și inducerea unor complicații sau chiar a decesului.** Exemplificând tot cu

ulcerul duodenal, prelungirea unui puseu poate fi consecința unei stări de tensiune psihică conjugată sau nu cu alți factori etiologici; la fel cronicizarea unei urticarii apărute acut la un alergen (alimentar, de exemplu) și prelungită prin coexistența ulterioară a unei stări de stres psihic. Adăugarea stresului psihic face adesea posibilă o condiționare reflexă și preluarea etiologiei de către factorul psihogen;

- **de inserție în rândul celorlalți agenți etiologici ai bolilor interne.** Trebuie amintit că cel mai adesea factorul psihogen, acționând în exclusivitate sau asociat cu ceilalți factori etiopatogenici, declanșează la nivelul general al organismului sau local, la nivel de organ, tulburări funcționale pasibile de o reversibilitate completă, mai ales când ele se produc asupra unor structuri morfo-biochimice încă nealterate sau fără fragilitate constituțională. Intrarea factorului psihogen în categoria factorilor etiopatogenici ai bolilor interne trebuie tratată cu toată considerația, atât din punctul de vedere al practicienilor, cât și al cercetătorilor, pentru descifrarea mecanismelor sale intime.

Solicitarea mentală profesională este cel mai adesea superpozabilă etiologiei psihogene (exclusive sau asociate la acțiunea altor factori etiologici) a unor boli interne acționând, cel puțin ca factor favorizant în apariția practic a tuturor bolilor interne. Rolul său atinge o cotă înaltă în apariția și evoluția tulburărilor psihosomatice (TPS) și a bolilor psihosomatice (BPS) ^{x)} și este aproape exclusiv în geneza nevrozelor.

Stresul, ca rezultat al acțiunii factorilor psihosociali de risc, reprezintă el însuși un factor de risc în apariția *afecțiunilor musculoscheletice (AMS)*. Cercetările au demonstrat că incidența AMS crește odată cu creșterea nivelului factorilor psihosociali de risc (HSE, 2004).

Dintre agenții stresori se delimitează situațiile stresante generale, specifice epocii contemporane (respectiv, perioadei de tranziție, schimbărilor din lumea și piața muncii), cu caracter cotidian, stresul psihic determinat de schimbări recente în viața individuală, precum și cel caracteristic unor profesii, prin definiție „stresante”, cu risc de accidentare și îmbolnăvire prin factori profesionali.

Expunerea la factori stresori pe o durată lungă de timp (ceea ce presupune că toate mecanismele de supra-activare, ca răspuns la stres, sunt continuu în

^{x)} Natura tulburărilor psihosomatice este extrem de variată, ele constând din modificări vegetative (puls, TA, transpirație), hormonale, umorale (acizi grași, glicemie etc.), biochimice, electrice (ECG, EMG), parțial conștientizate de bolnav, iar expresia lor clinică poate merge de la simpla reajustare vasomotorie cutanată ori tahicardia emoțională, până la intensitatea unui cardiospasm tenace, a unor colici dramatice ș.a.m.d., trecând prin marea gamă a durerilor și îmbrăcând forma generală a simptomelor „sine materia”. TPS au un caracter funcțional și cel mai adesea, reversibil și prin acestea ele trebuie deosebite de tulburările patologice din bolile psihosomatice (care au o bază organică și un spectru mai larg de agenți etiologici).

Bolile psihosomatice sunt afecțiuni (de regulă organice) survenite la un individ cu un anumit tip de personalitate și o predispoziție de organ, determinate de o corelație de factori etiopatogeni, în rândul cărora factorul psihogen joacă un rol important.

Ele sunt afecțiuni caracterizate prin acuze subiective și obiective somatice, intricate mai mult sau mai puțin cu o simptomatologie psihică, capabile de o reversibilitate morfofuncțională și clinică variabilă fiind caracterizate, din această cauză, printr-o evoluție discontinuă, în puseuri, pe un fond de acalmie clinică.

funcțiune) poate conduce la instalarea așa-numitei stări de „*stres cronic*”.

Stresul cronic este caracterizat prin vulnerabilitate emoțională, stări emoționale negative persistente, hiperactivitate a sistemului nervos vegetativ, diferite simptome psihosomatice.

Tulburările demonstrate ca fiind corelate cu expunerea prelungită la stres includ (Clarke, 2002):

- afecțiunile coronariene (angina, infarctul miocardic);
- hipertensiunea arterială;
- unele forme de cancer;
- artrita reumatoidă;
- diabetul;
- sindromul colonului iritabil;
- depresia;
- tulburările anxioase și obsesiv–compulsive;
- ulcer gastric și duodenal;
- sindromul oboșelii cronice.

Stresul cronic este, de asemenea, asociat cu fenomenul „burnout” (epuizare), aflat în centrul multor cercetări care abordează stresul și efectele sale.

Burnout-ul reprezintă o stare de oboseală cronică, de depresie și frustrare generată de devotarea unei cauze, de un mod de viață sau o relație care eșuează în a produce recompensele așteptate și a conduce în final la diminuarea implicării și îndeplinirii muncii.

Semnalele de alarmă ale burnout-ului care trebuie să atragă atenția și să beneficieze de abordarea și tratamentul adecvate sunt:

- oboseala cronică – epuizarea, senzația de a fi „la pământ”;
- iritabilitatea, furia;
- auto-critica exagerată;
- cinismul, negativismul;
- sentimentul de a fi „depășit” de situație;
- „exploziile” emoționale în manieră inconsecventă;
- migrenele frecvente;
- tulburările gastrointestinale;
- scăderea/creșterea mare în greutate;
- tulburările de somn (insomnia, de exemplu);
- simptomele depresive;
- respirația scurtă;
- sensibilitatea exagerată (suspiciunea);
- gradul crescut de tendință spre risc.

Sinteza principalelor răspunsuri ale organismului uman și ale ființei umane în ansamblul ei ca entitate biopsihosocială este prezentată în tabelul de mai jos:

Răspunsuri psihologice	Răspunsuri fiziologice	Răspunsuri comportamentale
Tulburări cognitive - restrângerea scopului percepției - scăderea posibilității de concentrare - tulburări ale memoriei - ezițări în luarea deciziilor - modificarea conținutului gândirii - scăderea creativității Reacții emoționale - sentimente de depedare plictiseală, vină, tensiune emoțională, anxietate, presiune, iritare, îngrijorare, tristețe, pesimism, lipsă de speranță în legătură cu viitorul, stare depresivă - apatie - scăderea satisfacției profesionale - stare de jenă, de disconfort și amenințare Imaginea despre sine însuși - scăderea încrederii în sine însuși, creșterea discrepanței între imaginea ideală (de referință) și cea percepută de sine însuși	Modificări biochimice la nivelul: - funcției neuroendocrine - secreția de hormoni - mecanismelor imunologice - lipidelor și hidraților de carbon din sânge - secreției de acizi alimentari Alterarea activității unor organe sau sisteme - creier, activitatea sa electrică (EEG) - mușchi (EMG) - piele, funcții electrodermice (GSR) - tract gastrointestinal (electro-gastrogramă) - sistem cardiovascular (FC și alți indicatori ai ECG, activitate vasomotorie, TA) - funcții sexuale - pupila ochiului (pupilometrie) - poziție (postură) - vedere	Generale - consum excesiv de cafea, tutun, alcool și medicamente (în special tranchilizante și stimulente) - modificarea obișnuințelor alimentare - tulburări de somn - neglijarea exercițiului fizic - scăderea activismului și a participării sociale - asumarea rolului de persoană bolnavă, apelarea excesivă la serviciile medicale sau, din contră, evitarea acestora - schimbarea stilului de viață - acțiuni, comportamente antisociale - ruperea relațiilor interpersonale și a relațiilor sexuale - suicid În muncă - absența de la lucru și amânarea îndatoririlor de serviciu - scăderea performanței în muncă, atât cantitativă cât și calitativă - creșterea numărului de accidente - conflicte interpersonale - comportament riscant

Toate aceste efecte asupra stării de sănătate a angajaților se pot traduce, **pe plan organizațional**, prin: lipsă de implicare în muncă, absentism crescut, conflicte între angajați, scăderi ale productivității și calității, dezorganizarea producției etc., cu alte cuvinte, scăderea performanței întreprinderii.

6. SISTEM DE INDICATORI AI FACTORILOR DE RISC PSIHOSOCIALI ȘI AI EFECTELOR ACESTORA ASUPRA INDIVIDULUI

6.1 Generalități

În demersul de asigurare a condițiilor de securitate și sănătate la locul de muncă, o primă etapă necesară și obligatorie, conform legislației în domeniu, o reprezintă identificarea factorilor profesionali de risc (inclusiv a celor psihosociali), precum și a efectelor pe termen scurt, respectiv mediu și lung asupra organismului personalului expus.

Această primă etapă are, deci, ca obiective:

- identificarea și evaluarea factorilor de risc psihosociali și
- identificarea și evaluarea stării de stres, a stării de sănătate fizică și mentală, ca răspuns al organismului și al individului în ansamblul său, la acțiunea factorilor agresori.

În raport cu fiecare dintre aceste două obiective este necesar de identificat/selecționat indicatorii corespunzători, precum și instrumentele de evaluare corespunzătoare.

Acești indicatori vor fi utilizați, în continuarea demersului de asigurare a condițiilor de securitate și sănătate în muncă, în activitățile de monitorizare a riscurilor și a stării de sănătate fizică și mentală a personalului, atât pentru a constata validitatea rezultatelor identificării și eficiența intervențiilor de optimizare întreprinse, cât și pentru a identifica eventuale probleme care pot apărea ulterior, ca urmare a unor modificări în funcționarea echipamentelor, instalațiilor, în organizarea activității sau în starea de sănătate a personalului (ex. modificări fie ale capacităților profesionale, fie ale stării de sănătate propriu-zisă, care să contraindica continuarea activității în anumite condiții de muncă, în raport cu anumite exigențe și riscuri profesionale), care să inducă noi factori de risc.

6.2 Factori de risc. Indicatori

Corelând și sintetizând rezultatele studiilor referitoare la factorii de risc psihosociali și la efectele acestora cu aspectele reieșite din analiza prevederilor legislative referitoare la indicatorii biologici (care reflectă răspunsul organismului și individului uman la acțiunea acestor factori potențial nocivi), s-a realizat o **sistemizare a factorilor profesionali de risc** („psihosociali” sau de „stres”), **a indicatorilor acestora la nivel individual și de întreprindere**, sistemizare care poate fi urmărită în tabelele nr. 6.1, 6.2 și 6.3.

Tabelul nr. 6.1 – Factori de risc psihosociali. Indicatori

Nr. Crt.	FACTORI DE RISC ȘI INDICATORI AI ACESTORA	INDICATORI DE RĂSPUNS BIOPSIHOSOCIAL / EFECTE	
		Efecte pe termen scurt	Efecte pe termen mediu și/sau lung
1	Factori ai mediului fizic potențial periculoși:	- <i>acțiune directă</i>, specifică fiecărei nocivități: indicatori de expunere externă și de răspuns specific/ nespecific al organismului; - <i>acțiune indirectă</i>, prin perceperea lor subiectivă ca factori nocivi, conducând la stres psihic – răspunsuri biopsihosociale identice cu cele ale stresului psihic.	
	• zgomot, vibrații, microclimat, iluminat, noxe chimice, radiații, amenajarea postului etc. – factori cu nocivitate obiectivă sau percepuți ca nocivi; • existența riscului de accidentare.		
2	Factori dependenți de natura, conținutul și caracteristicile sarcinii de muncă conducând: ▪ fie la suprasolicitare (cantitativă/calitativă), ▪ fie la subsolicitare sau la alternarea ultimei situații în momente de urgență (incidente, avarii)	Principalul efect pe termen scurt – solicitarea mentală cu următoarele efecte derivate: ✓ efecte favorabile: • activarea • antrenarea (pe termen lung) ✓ efecte nefavorabile: • oboseala mentală/generală; • monotonia; • hipovigilența; • saturația mentală; • supraactivare; • stres psihic.	Răspunsuri psihologice ➤ Tulburări cognitive • restrângerea scopului percepției; • scăderea posibilității de concentrare; • tulburări ale memoriei; • ezitări în luarea deciziilor; • modificarea conținutului gândirii; • scăderea creativității; ➤ Reacții emoționale • sentimente de depositate, plictiseală, culpabilitate, tensiune emoțională, anxietate, presiune, iritare, îngrijorare, tristețe, pesimism, lipsă de speranță în legătură cu viitorul, stare depresivă • apatie;
2.1	➤ Efort mental datorat exclusiv naturii sarcinii de muncă, cu următorii indicatori: • indicatori de complexitate/viteză; • numărul de alegeri de rutină; • numărul de alegeri conștiente; • varietatea tipurilor de conduite; • durata ciclului și numărul de operații/ciclu;		

	• efortul de memorare; • rapiditatea în execuție; • nivelul de atenție cerut (în raport cu: concentrarea, continuitatea, distributivitatea; posibilitatea de comunicare în timpul activității; numărul de mașini, aparate etc. de supravegheat; numărul mediu de semnale pe oră; durata și numărul intervențiilor pe oră etc.); • gradul de precizie (parametri sau obiecte foarte mici – operatorul trebuie să observe detalii foarte mici sau să manipuleze obiecte foarte mici, eventual prin intermediul dispozitivelor optice de mărit) necesitând o mobilizare intensă a participării conștiente.		• scăderea satisfacției profesionale; • stare de jenă, de disconfort și amenințare. ➤ Imaginea de sine • scăderea încrederii în sine însuși, • creșterea discrepanței între imaginea ideală (de referință) și cea percepută de sine însuși. Răspunsuri fiziologice/biochimice ➤ Modificări biochimice la nivelul: • funcției neuroendocrine (secreția de hormoni) • mecanismelor imunologice • lipidelor și hidraților de carbon din sânge • secreției de acizi alimentari ➤ Alterarea activității unor organe sau sisteme • creier, activitatea sa electrică (EEG) • mușchi (EMG) • piele, funcții electrodermice (GSR) • tract gastrointestinal (electrogastrogramă) • sistem cardiovascular (FC) • și alți indicatori ai ECG, activitate vasomotorie, TA) • funcții sexuale • pupila ochiului (pupilometrie) • poziție (postură) • vedere
2.2.	➤ Exigente temporale (dimensiunea temporală a activității) cu următorii indicatori: • caracterul repetitiv sau nerepetitiv al operațiilor; • cadență liberă sau impusă; • sistemul de salarizare care impune uneori indirect un anumit ritm de lucru ridicat; • timpul necesar pentru a atinge ritmul de lucru cerut (timpul de intrare în ritm); • existența sau nu a pauzelor organizate sau individuale; • posibilitatea de a părăsi, la nevoie, locul de muncă în afara pauzelor; • timpul de lucru zilnic, săptămânal, lunar, anual; • regimul pauzelor; • regimul schimburilor de lucru – munca de noapte.		

2.3.	➤ Factori organizaționali și de conducere: • ambiguitatea rolului (sarcinilor); • conflicte între diferitele cerințe profesionale; • responsabilități față de echipamente, oameni și securitatea lor sau, din contră, lipsa responsabilității; • lipsa de consultare și participare la luarea de decizii; • restricții nejustificate în raport cu comportamentul în muncă; • lipsa posibilității de control și autocontrol și a ritmului de lucru; • lipsa siguranței locului de muncă; • lipsa de autonomie și control: ▪ în organizarea propriei activități, ▪ asupra propriului ritm de lucru, ▪ în alegerea timpului de lucru, pauzelor și concediului.		Răspunsuri comportamentale: ➤ Generale • consum excesiv de cafea, tutun, alcool și medicamente (în special tranchilizante și stimulente) • modificarea obișnuințelor alimentare • tulburări de somn • neglijarea exercițiului fizic • scăderea activismului și a participării sociale • asumarea rolului de persoană bolnavă, apelarea excesivă la serviciile medicale sau, din contră, evitarea acestora • schimbarea stilului de viață • acțiuni, comportamente antisociale • ruperea relațiilor interpersonale și a relațiilor sexuale • suicid
2.4.	➤ Relații interpersonale / climat psihoasocial: • relații dificile cu șefii, colegii și/sau subordonații; • climat psihosocial necorespunzător; • lipsa sentimentului de apartenență la grup • lipsa sentimentului de siguranță; • lipsa încrederii în propria persoană; • lipsa aprecierii, recunoașterii și susținerii din partea celorlalți.		➤ În muncă • absența de la lucru și amânarea îndeatoririlor de serviciu • scăderea performanței în muncă, atât cantitativă, cât și calitativă • creșterea numărului de accidente • conflicte interpersonale • comportament riscant

6.3. Indicatori biologici ai răspunsului individului la acțiunea factorilor profesionali nocivi/agresori

Indicatorii biologici ai unor efecte produse de diverse riscuri/nocivități profesionale sunt prezentați, definiți și clasificați în **Ordinul ministrului sănătății și familiei nr. 803/2001 privind aprobarea unor indicatori de expunere și/sau de efect biologic relevanți pentru stabilirea răspunsului specific al organismului la factori de risc de îmbolnăvire profesională**, indicatori valabili pentru toate tipurile de activități, locuri de muncă și condiții de muncă.

În conformitate cu prevederile art. 2 al ordinului amintit, termenii următori sunt definiți astfel:

- a) **indicator de expunere externă**: prezența noxelor profesionale biologice, a noxelor cu indicativ Fp și prezența măsurabilă și cuantificabilă a noxelor profesionale fizice și chimice în aria locului de muncă.
- b) **indicator de expunere internă**: prezența măsurabilă și cuantificabilă a unui agent extern sau metabolit al acestuia în mediile biologice, fără alterarea structurii și/sau funcției organelor, aparatelor sau organismului în ansamblul lui.
- c) **indicator de efect biologic**: prezența măsurabilă și cuantificabilă a modificării structurii, funcției unui organ, aparat sau a organismului în ansamblul lui dovedită prin devierea de la normal a unor constante biochimice, funcționale, imunologice, genetice sau sistemice, consecință a expunerii la un agent din mediul de muncă.
- d) **răspuns al organismului**: orice modificare reversibilă sau ireversibilă a structurii sau funcției unui organ, aparat sau a organismului în ansamblul lui, obiectivizată prin simptom, sindrom, entitate patologică pentru care există dovezi științifice de asociere pozitivă semnificativă cu expunerea la un agent din mediul de muncă.
- e) **răspuns specific al organismului**: complexul de modificări clinice și paraclinice care în condițiile de expunere la factori de risc din mediul de muncă caracterizează **boala profesională** și/sau **suprasolicitarea**.

Anexa la Ordinul amintit prezintă trei tabele:

- primul conține **indicatori biologici de expunere internă (b)**;
- al doilea conține **indicatorii de răspuns specific al organismului (e)**;
- cel de al treilea conține **indicatorii de răspuns** care nu sunt specifici, pot fi utilizați pentru fundamentarea strategiei în domeniul sănătății și securității la locul de muncă, dar se face precizarea că nu reprezintă criterii utilizabile în metodologia de încadrare a unor locuri de muncă în condiții de muncă deosebite;

Este prezentat în continuare cel de al treilea tabel din Ordin care conține indicatori ce pot fi utilizați în raport cu starea de stres (Tabelul nr. 6.2).

Modificările diferiților indicatori reflectă existența unor factori cauzali (de risc) care au implicații asupra stării de bine în muncă, respectiv în apariția unor reacții de stres.

**Tabelul nr. 6.2. Indicatori biologici ai răspunsului individului la acțiunea factorilor profesionali nocivi/agresori
(conform Ordin nr. 803/2001)**

INDICATORI (PARAMETRI)	VALORI NESPECIFICE	OBSERVATII
1. INDICATORI FIZIOLOGICI		
1.a.Frecvența cardiacă	Creșterea frecvenței cardiace instantanee sau medie/minut cu mai mult de 20 bătăi comparativ cu valorile de referință	Reacție de stres determinată de solicitarea cognitivă (mentală) și/sau cumul de factori nocivi (stres și suprasolicitare neuropsihică, zgomot, microclimat nefavorabil)
	Creșterea frecvenței cardiace instantanee sau medie/minut cu mai mult de 40 de bătăi comparativ cu valorile de referință	Reacție de stres determinată de solicitarea cognitivă (mental-emoțional) – în procesele de muncă cu constrângere temporală, cu factori necontrolabili, activitate cu publicul.
	Scăderea semnificativă statistic sau la mai mult de 35 % din subiecți a frecvenței cardiace medii/ciclu de activitate, comparativ cu valorile de referință sau din celelalte cicluri de activitate	Oboseala neuropsihică în activități monotone repetitive (conducere mijloace de transport, supraveghere panouri de comandă, etc.)
1.b.Parametrii variabilității frecvenței cardiace (densitatea de putere în banda LF, HF, raportul LF/HF, etc.)	Modificări (creșteri sau scăderi) în raport cu valorile de referință sau în raport cu valorile medii/ciclu de activitate la mai mult de 35% din subiecți sau modificări semnificative statistic pe eșantion reprezentativ de personal	Markeri pentru solicitarea cognitivă (mentală și mental - emoțională)
1.c.Tulburări de ritm cardiac și conducere, denivelări ale segmentului ST-T (modificări tranzitorii)	Prezența tulburărilor de ritm cardiac și conducere în timpul activității Sub- și supra- denivelări ale segmentului ST-T mai mari de 1 mm în timpul activității	Manifestări determinate de expunere la cumul de factori nocivi (stres și suprasolicitare neuro-psihică, zgomot, microclimat nefavorabil, câmpuri electromagnetice)
1.d.Modificări ale tensiunii arteriale	Creșterea tensiunii arteriale sistolice și/sau diastolice cu mai mult de 10 mmHg pe parcursul activității comparativ cu valorile medii/perioadă monitorizată sau cu valorile de referință	Reacție de stres determinată de solicitarea cognitivă (mentală) și/sau cumul de factori nocivi (stres și suprasolicitare neuropsihică, zgomot, microclimat nefavorabil)

INDICATORI PARAMETRI	VALORI NESPECIFICE	OBSERVATII
	Creșterea tensiunii arteriale sistolice și/sau diastolice cu mai mult de 40 mmHg pe parcursul activității comparativ cu valorile medii/perioadă monitorizată sau cu valorile de referință	Reacție de stres determinată de solicitarea cognitivă (mental - emoțională) - în procesele de muncă cu constrângere temporală, cu factori necontrolabili, activitate cu publicul.
2.INDICATORI ENDOCRINI		
2.a. <i>Modificări ale concentrației urinare sau serice, a catecolaminelor și/sau a acidului vanilmandelic</i>	Creșteri sau scăderi semnificative statistic la sfârșitul activității versus început sau Creșteri sau scăderi la mai mult de 35% din subiecți la sfârșitul activității versus început	Reacție de stres în activități cu solicitare neuropsihică deosebită
2.b. <i>Modificări ale concentrației hormonilor corticosteroizi (cortizol seric sau salivar, ACTH, etc.)</i>	Exemplu: creșterea concentrației de cortizol salivar cu mai mult de un ng/ml la a doua determinare succesivă pe parcursul activității sau creșterea concentrației de cortizol salivar cu mai mult de 15 % față de valorile așteptate pentru un anume moment al zilei	Reacție de stres în activități cu solicitare neuropsihică deosebită
2.c. <i>Modificări ale concentrației de prolactină</i>	Creșterea concentrației de prolactină semnificativ statistic sau la mai mult de 35% din subiecți comparativ cu valorile de referință	Reacție de stres în activități cu solicitare neuropsihică deosebită
3. <i>Indicatori biochimici: trigliceride serice, colesterol total, HDL colesterol, fibrinogen, timp de coagulare</i>	Creșterea trigliceridelor serice, colesterolului total, scăderea HDL colesterolului, creșterea fibrinogenului, scăderea timpului de coagulare comparativ cu valorile normale	Reacție de stres în activități cu solicitare neuropsihică deosebită
4.INDICATORI PSIHOLOGICI		
4.a. <i>Analizatorul vizual: acuitatea vizuală, funcția de acomodare și convergență oculară, funcția de adaptare la întuneric, ebluisarea, câmpul vizual, simțul cromatic, viteza percepției vizuale, mișcările oculopalpebrale (număr clipiri/minut)</i>	Modificări semnificative statistic sau la mai mult de 35% din subiecți la sfârșitul activității versus început	Oboseală psihofiziologică

INDICATORI PARAMETRI	VALORI NESPECIFICE	OBSERVAȚII
4.b. <i>Analizatorul auditiv: pragurile auditive</i>	Deplasarea temporară semnificativă statistic sau la mai mult de 35% din subiecți la sfârșitul activității versus început (în special deplasarea pragurilor auditive cu 5-10 dB pe frecvențele înalte)	Oboseală psihofiziologică
5.INDICATORI PSIHOLOGICI		
5.a. <i>Timpul de reacție la stimuli vizuali, auditivi și/sau combinații ale acestora</i>	Creșteri ale latențelor psihomotorii semnificative statistic sau la mai mult de 35% din subiecți la sfârșitul activității versus început	Oboseală psihofiziologică
5.b. <i>frecvența critică de fuziune a imaginilor luminoase</i>	Scăderi semnificative statistic sau la mai mult de 35% din subiecți la sfârșitul activității versus început	Oboseală psihofiziologică
5.c. <i>coordonarea psihomotorie</i>	Modificări ale indicatorilor de randament și corectitudine la probe semnificative statistic sau la mai mult de 35% din subiecți la sfârșitul activității versus început	Oboseală sau hiperactivare psihofiziologică
5.d. <i>reflexul electrodermal</i>	Creșteri ale rezistenței electrice a pielii semnificative statistic sau la mai mult de 35% din subiecți la sfârșitul activității versus început	Oboseală sau hiperactivare psihofiziologică
5.e. <i>volumul, distribuția și concentrarea atenției</i>	Modificări semnificative statistic sau la mai mult de 35% din subiecți la sfârșitul activității versus început	Oboseală sau hiperactivare psihofiziologică
5.f. <i>memoria de durată scurtă și medie</i>	Scăderi ale volumului, duratei de păstrare și capacității de reproducere semnificative statistic sau la mai mult de 35% din subiecți la sfârșitul activității versus început	Oboseală sau hiperactivare psihofiziologică
5.g. <i>randamentul proceselor nervoase superioare (analiză-sinteză, raționament, gândire logică, reprezentare spațială)</i>	Modificări semnificative statistic sau la mai mult de 35 % din subiecți la sfârșitul activității versus început	Oboseală sau hiperactivare psihofiziologică

INDICATORI PARAMETRI	VALORI NESPECIFICE	OBSERVAȚII
6.INDICATORI PSIHOCOMPORTAMENTALI		
6.a.frecvența acuzelor raportate (psihoafective, neurovegetative, senzitiv-senzoriale, tulburări de somn și inserție socială)	Raportate de mai mult de 35% din subiecți la limitele de atenționare ale scalelor respective	Oboseală sau hiperactivare psihofiziologică
6.b.Neuroticism, anxietate, oboseală, hiperactivare - hipoactivare, sindroamele stres-dependente de burnout, tense și mobing	Prezente la mai mult de 35% din subiecți la limitele de atenționare ale probelor respective	Oboseală sau hiperactivare psihofiziologică
6.c.Modificări ale dinamicii și structurii personalității	Prezente la mai mult de 35% din subiecți la limitele de atenționare ale probelor respective	Oboseală sau hiperactivare psihofiziologică

6.4. Indicatori la nivelul întreprinderii

La nivelul întreprinderii se pot identifica o serie de indicatori pentru a caracteriza existența riscurilor psihosociale:

- indicatori legați de funcționarea întreprinderii (a se vedea tabelul 6.3);
- indicatori legați de securitatea și sănătatea lucrătorilor (a se vedea tabelul 6.4).

Tabelul nr. 6.3. – Indicatori legați de funcționarea întreprinderii

Categorie de indicatori	Elemente măsurate
Timpi de muncă	Indicatori: absenteism, durata anuală a lucrului, orar atipic etc. Exemple: - Creșterea absenteismului este revelatoare pentru starea de lucruri din întreprindere. - Evoluția duratei anuale a lucrului reprezintă un indicator al supra- sau subsolicitării în activitate. - Orarul atipic de muncă poate explica impactul muncii asupra vieții extraprofesionale.
Mișcarea personalului	Indicatori: rata fluctuației, plecările voluntare, posturi neprevăzute etc. Exemple: - Rata fluctuației și plecările voluntare reprezintă indicatori de maladie socială. - Prezența posturilor neprevăzute poate releva posibile tensiuni în întreprindere sau imaginea proastă în exterior.
Activitatea întreprinderii	Indicatori: productivitate, calitate, rebuturi, reclamațiile clienților etc. Exemple: - Evoluția negativă a indicatorilor de productivitate și calitate poate indica prezența riscurilor psihosociale.
Relațiile sociale	Indicatori: greve, planuri sociale etc. Exemple: - Grevele, sancțiunile disciplinare reprezintă indicatori ai climatului social și ai degradării raporturilor sociale. - Existența planurilor sociale poate să determine dezvoltarea unei stări de stres cronic la lucrători.
Formare și remunerație	Indicatori: modalități de remunerație, plan de formare, evaluare etc. Exemple: - Remunerația legată de randament poate favoriza apariția riscurilor psihosociale. - Un plan de formare deconectat de nevoile și așteptările lucrătorilor poate genera amenințări la adresa stării de sănătate.
Organizarea muncii	Indicatori: fișe de post, moduri de delegare, polivalența, rotația în activitate etc. Exemple: - Gestionarea producției pe baza unui control strict al muncii și încurajarea concurenței între lucrători au un impact negativ asupra performanței și stării de sănătate mentală.

Tabelul nr. 6.4. – Indicatori legați de securitatea și sănătatea lucrătorilor

Categorie de indicatori	Elemente măsurate
Accidente de muncă	Indicatori: număr de accidente de muncă, tipuri etc. Exemple: - Accidentele de muncă pot fi consecința tulburărilor de atenție, inclusiv vigilență.
Boli profesionale	Indicatori: număr de boli profesionale și boli legate de profesie, inclusiv afecțiuni musculo-scheletice (AMS) etc. Exemple: - Stresul este unul din factorii de risc de apariție a AMS. - Analiza bolilor legate de profesie poate furniza informații revelatoare legate de starea de stres a lucrătorilor.
Situații de muncă grave sau degradate	Indicatori: conflicte, plângeri de hărțuire, situații de violență, tentative de sinucidere etc. Exemple: - Suicidul sau tentativele de suicid, violența fizică sunt revelatoare în relațiile sociale. - Existența acuzelor de hărțuire sau violență verbală este revelatoare atât pentru funcționarea întreprinderii, cât și pentru starea de sănătate a lucrătorilor.
Stresul cronic	Indicatori: dureri de cap, dureri digestive, tulburări de somn, crize de nervi, de lacrimi, stare de rău, uz de medicamente psihoactivatoare, conduite dependente (alcool, tutun etc.) Exemple: - Analiza evoluției expresiilor fizice ale stresului este revelatoare pentru starea de sănătate mentală.
Boli diagnosticate și tratate	Indicatori: boli cardiovasculare, hipertensiune, dermatoze etc. Exemple: - Anumite boli fizice sau mentale pot fi puse în legătură directă cu stresul.
Serviciul medical	Indicatori: plângeri la cabinetul medical, îngrijiri, concedii medicale etc. Exemple: - Analiza datelor furnizate de serviciile medicale pun în evidență starea de rău în muncă a lucrătorilor.

6.5. Metode de identificare și evaluare a factorilor de risc psihosociali (factori de stres) și a efectelor acestora asupra individului

Cercetările referitoare la stres utilizează mai multe tipuri de metodologii (Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Muncă și Viață, 2005) /101/:

- Studii (la nivel național) pentru identificarea cauzelor și consecințelor raportate, uneori explicit legate de stres. În general, acest tip de metodologie este utilizat pentru identificarea prevalențelor și tendințelor, ca și a profilelor grupurilor de risc. Pe scară largă, sunt utilizate, de asemenea, cercetări longitudinale, epidemiologice, în vederea înțelegerii relațiilor cauzale.
- Cercetări psihologice sau psihofiziologice, realizate în general în condiții de laborator, în scopul manipulării stresorilor și studierii răspunsurilor biologice; sunt studiate în același timp și răspunsurile fiziologice în condiții naturale, de teren. În cadrul ultimelor tipuri de studii, sunt utilizate, ca instrument, în special chestionarele pentru posibilitatea pe care acestea o oferă de a realiza baze de date după criterii unitare, standardizate.
- Studiile psihofiziologice sunt cele mai frecvent utilizate pentru identificarea unor mecanisme cauzale, în scopul elaborării unui model explicativ cauză–efect. De exemplu, una dintre cele mai studiate relații cauză–efect se referă la relația dintre stresul profesional și afecțiunile cardio-vasculare.

Cel mai utilizat instrument în identificarea factorilor de stres și problemelor determinate de stres îl reprezintă **chestionarul** (Compier, 2005). Studiile care utilizează chestionarul se bazează pe raportările „subiective” ale lucrătorilor. Acestea implică răspunsuri la întrebări standardizate, referitoare la prezența sau absența unor factori de risc în mediul lor de muncă, ca și la starea lor de sănătate.

Dacă sunt îndeplinite criteriile pentru realizarea unui chestionar valid și fidel și dacă există o susținere teoretică adecvată a studiului, analize corecte ale (non-) răspunsurilor selective, analize la nivel de grup și analize statistice adecvate, atunci raportările subiective reprezintă, în mod clar, o sursă utilă și validă de informații.

- Deseori, ca alternativă al aceste date „subiective”, sunt utilizate datele „obiective”. Cele mai frecvent utilizate sunt **observațiile** unor persoane neimplicate în activitatea propriu-zisă, cum sunt supraveghetorii, datele de arhivă (de exemplu, datele legate de absențele datorate îmbolnăvirilor, date de performanțe, accidente etc.) și măsurări/dozări fiziologice/biochimice (de exemplu, adrenalina și cortizolul). Argumentul implicit se referă la faptul că aceste rezultate și comportamente sunt mai puțin susceptibile procesărilor cognitive și emoționale, fiind astfel, preferabile datelor „subiective”.

Concluzia care se impune este aceea că **măsurările fiziologice și cele bazate pe raportări subiective (chestionare, de exemplu) nu se exclud, ci sunt**

complementare, reflectând procese diferite sau aspecte de natură diferită ale răspunsurilor biopsihosociale la factorii de stres și la starea de stres.

Aparenta dihotomie „obiectiv” – „subiectiv” poate fi depășită prin alternativa „multi – sursă”, anume fidelitate – validitate – utilitate. Astfel, trebuie eliminate etichetele tradiționale „obiectiv” și „subiectiv”, deoarece fiecare dintre aceste metode de colectare a datelor prezintă puncte tari și puncte slabe. Există, însă, trei criterii de îndeplinit pentru a se putea decide asupra calității colectării datelor în cadrul studiilor asupra stresului: fidelitate (în timp, inter-rang), validitate și utilitate (caracter practic, eficiență legată de costuri).

Toate aceste argumente pledează în favoarea elaborării unui chestionar fidel, valid și util pentru cercetările asupra mediului psihosocial la locul de muncă, în general, și asupra stresului, în special.

1. Chestionare pentru evaluarea factorilor de risc psihosociali

- Chestionare privind activitatea profesională (caracteristici ergonomice și de relații interpersonale, performanță, satisfacții /motivație etc.)
 - Chestionare de suport social (privind eventuala insuficiență a acestuia), well-being, stare generală de sănătate etc.
- În cadrul acestei categorii, se poate utiliza **Chestionarul de Evaluare a Stresului Psihic (CESP)**, nu numai pentru evaluarea stării de stres, ci și pentru evaluarea sarcinii, a mediului de muncă și a efectelor acestora asupra stării de confort și sănătate, așa cum sunt ele percepute de către personal. Chestionarul cuprinde întrebări care acoperă o multitudine de factori implicați în relațiile amintite, efecte și manifestări ale interacțiunii factorilor profesionali cu cei individuali: date personale; factori moderatori; exigențe profesionale (cerințe, efortul în activitate, solicitarea în activitate, constrângeri - limitări, aprecieri privind activitatea, supravegherea, claritatea rolului profesional, autocontrolul, responsabilități, riscuri, izolare, confort); stres și satisfacție profesională; nevoia de schimbare în activitate și de sprijin social; exigențe mentale, simptome mentale, simptome somatice și resurse mentale.
- **Chestionarul Copenhaga de Evaluare a Factorilor Psihosociali – COPSOQ/CCEFPs** – a fost elaborat de Institutului Național de Sănătate Profesională din Copenhaga, Danemarca, în anul 2003. Ulterior, a fost revizuit și republicat, în anul 2007;
- a fost tradus în limba română, adaptat și experimentat, cu acordul autorilor, de o echipă de cercetători ai I.N.C.D.P.M. „Alexandru Darabont”.

Chestionarul Copenhaga prezintă trei versiuni pentru trei tipuri de aplicare:

- O versiune completă, pentru cercetare fundamentală (159 itemi).
- O versiune medie, utilizabilă în studii de teren (95 itemi), de către specialiști.
- O versiune scurtă, utilizabilă de specialiști în securitate și sănătate profesională, pentru diferite locuri de muncă (44 itemi).

Chestionarului prezintă mai multe dimensiuni, cum sunt:

- Sarcina de muncă

- Organizarea și conținutul muncii
- Relațiile interpersonale și fenomenul leadership
- Interfața muncă – individ
- Sănătatea și starea de bine individuale
- Personalitatea.

Notă: În Anexa 1, este prezentat un exemplu de aplicare a acestui chestionar.

➤ **Tehnici de evaluare subiectivă a efortului/stresului mental**

Scalele de evaluare cele mai cunoscute și utilizate sunt următoarele:

- Indicele TLX de efort în realizarea sarcinii (după NASA);
- Scala de evaluare Cooper-Harper modificată (MCH);
- Tehnica de evaluare subiectivă a efortului (SWAT);
- Scala de evaluare Bedford.

Două dintre tehnicile enumerate (SWAT și TLX) sunt multidimensionale și de aceea furnizează informații pentru diagnosticul surselor de efort reprezentate de subscalele corespunzătoare (exemplu: efortul datorat exigențelor temporale sau mentale etc.) încorporate în tehnicile respective. SWAT încorporează 3 subscale, iar NASA-TLX, 6 subscale.

În general, tehnicile de evaluare subiectivă nu necesită condiții deosebite de aplicare, instrumentarul utilizat este redus, dar necesită în cazul SWAT și TLX ca datele folosite pentru combinarea subscalelor în vederea evaluării efortului să fie culese direct de la operatori și, uneori, completarea scalelor (SWAT) durează aproximativ o oră.

Asemenea tehnici de evaluare, cu excepția TLX – NASA, nu au fost utilizate până în prezent în țara noastră, necesitând materiale documentare suficiente pentru o informare completă, pentru însușire, aplicare și interpretare. De aceea, ele necesită o perioadă mai lungă de experimentare.

- **Chestionarul de Evaluare a Organizării Muncii** (elaborat de EEF, Universitatea din Nottingham și Institutul pentru Muncă, Sănătate și Organizații din Marea Britanie – CEOM) urmărește identificarea și evaluarea a cinci categorii de factori psihosociali dependenți de organizarea muncii:

1. Relația cu managementul

- Roluri și responsabilități clare.
- Suport din partea managerilor direcți/supraveghetorilor.
- Feedback cu privire la propria performanță.
- Aprecierea eforturilor din partea managerilor direcți/supraveghetorilor.
- Atitudinea managerilor superiori.
- Nivelurile clare de raportare.
- Comunicarea cu managerii direcți/supraveghetorii.
- Recunoașterea/statutul în organizație.
- Obiective, valori și proceduri clare ale organizației.

2. Relația cu colegii

- Cât de bine se interacționează cu colegii (din punct de vedere social);
- Cât de bine se lucrează cu colegii (în echipă).

3. Valorizarea

- Consultarea în privința schimbărilor la locul de muncă.
- Instruire suficientă pentru activitatea actuală.
- Varietatea diferitelor sarcini.
- Oportunități de promovare.
- Oportunități de deprindere a unor noi abilități.
- Flexibilitatea orelor de lucru.
- Oportunități de utilizare a capacităților profesionale.

4. Mediul fizic

- Facilități pentru pauze (arii de odihnă/masă etc.).
- Mediul de muncă (de exemplu, zgomot, temperatură, iluminat).
- Expunere la pericole fizice.
- Securitatea la locul de muncă.
- Echipamentul/IT utilizat.
- Postul de muncă/spațiul de muncă.

5. Aspecte ale efortului în muncă

- Ritmul de lucru.
- Modul de distribuire a efortului în muncă.
- Impactul vieții de familie/sociale asupra muncii.
- Impactul muncii asupra vieții de familie/sociale.

- **The Job Content Questionnaire** (elaborat în 1979 de **Karasek** și dezvoltat, ulterior, în anii 1990, de același Karasek în colaborare cu Theorell) de evaluare a caracteristicilor de natură psihosocială a activității. Teoria care stă la baza acestui chestionar stipulează că un nivel crescut al exigențelor psihologice în activitate (exigențe cognitive, senzorial-perceptive, emoționale etc.) în combinație cu un control scăzut (în termeni de utilizare a abilităților individuale și latitudine a deciziei), ca și cu un suport social scăzut determină un nivel crescut al stresului
- **Chestionarul „Dezechilibrul Efort – Recompensă” (Siegrist)** de evaluare a raportului dintre efortul profesional (perceput subiectiv) și recompensa în muncă la nivel organizațional (cuprinzând aspecte legate de dimensiunea financiară, de stimă și statut și posibilitățile de dezvoltare/promovare).
- **Alte chestionare de evaluare a factorilor psihosociali:**
 - **Chestionarul General Nordic** (GNQ - General Nordic Questionnaire);
 - **Chestionarul de Evaluare a Condițiilor de Muncă și a Controlului** (WOCCQ - Working Conditions and Control Questionnaire);

2. Metode și instrumente de identificare și evaluare clinică a reacțiilor la stresul psihic

➤ **Anamneza** – care poate evidenția existența unor situații potențial stresante (de exemplu, evenimente cu răsunet afectiv intens pentru majoritatea oamenilor sau cu o semnificație particulară stresantă pentru subiectul respectiv), dar și particularități de personalitate și modul de viață al subiectului cu rol „permeabilizant” pentru SP.

➤ **Markerii clinici** utilizați în diagnosticul stării de SP (după Iamandescu, 1993):

Mimica

- crispată
- anxioasă
- depresivă

Modificări musculare

- a) tensiune musculară
 - hipertonie („încordare”)
 - hipotonie („leșin”)
- b) dureri musculare
- c) mișcări involuntare:
 - tremor extremități
 - ticuri „emoționale”

Comportament

- a) SP acut
 - conduite active (a1)
 - euforie (logoree)
 - excitație – furie
 - agitație motorie
 - conduite pasive (a2)
 - „blocaj” (groază)
 - vertij, amețeli
 - conduită paradoxală = a1 + a2
- b) SP cronic
 - agresivitate, pasivitate
 - randament profesional scăzut
 - accidente
 - relații deteriorate cu anturajul
 - abuz de cafea, tutun, alcool

Constante cardio-respiratorii

- a) frecvența respirației (hiperventilație, apnee)
- b) puls
 - tahicardie
 - bradicardie

- extrasistole

c) TA

- creșteri
- colaps

Alte tulburări neuro-vegetative de stres (acut sau cronic)

- tulburări vasomotorii (eritem, paloare), transpirație
- modificări ale vocii (disfonie, stridență etc.), tulburări de glutiție
- epigastralgie, grețuri – vărsături (chiar fără conținut alimentar), colici, diaree
- polakiurie, disurie, poliurie, frigiditate, impotență
- polifagie, inapetență

Tulburări psihice

- tulburări de atenție și memorie, ideeație, confuzii
- iritabilitate, fatigabilitate, astenie
- afecte: plâns, râs paradoxal
- anxietate, depresie, obsesii, insomnie, coșmaruri
- nehotărâre, decizii contradictorii sau pripite
- creativitate scăzută, blocaj ideational

- **Chestionarul SCL – 90 – R** (elaborat de Derogatis în anii 1980) este destinat să evidențieze modelele de simptome psihologice din practica medicală și psihiatrică.

Prin acest chestionar se poate valida veridicitatea afirmațiilor persoanelor afectate; poate fi util în urmărirea progresului înregistrat de pacienți; de asemenea, poate fi utilizat ca variabilă-efect în cercetarea clinică.

- **Modificări psiho-comportamentale** caracteristice oricărui SP: tulburări *afective* („activatoare”: frică, mânie, furie sau, din contra, „pasive”: depresie, „paralizie” emoțională), tulburări ale proceselor *cognitive* (blocaj ideational, dezordine ideativă, stări confuzionale, lapsusuri etc.) și *comportamentale* (somato-motor, mimico-gestual și verbal).
- **Modificări neuro-endocrine-vegetative.** Se întâlnesc în orice SP și constituie expresia unei veritabile descărcări hormonale „de stres”, ca și a unei activări simpatice cu consecințe asupra sferei psihice (cerc vicios). Cel mai frecvent apar evidențiabile modificările cardio-vasculare, respiratorii, ale secreției salivare și sudorale, ale tensiunii musculare etc. De asemenea, modificările comportamentului alimentar ori sexual, apar în SP prelungit sau cu frecvente recidive.
- **Chestionarul de Sănătate Generală (General Health Questionnaire) (Goldberg)** face referire la indicatori gen: tulburări de somn, funcționare socială, imagine de sine, simptome depresive/anxiogene, satisfacție în muncă etc.
- **Scale de origine psihiatrică** pentru evaluarea nivelului de anxietate, depresie, ca efect al stresului.

➤ **Metode de laborator utilizate în diagnosticul SP**

a) mijloace de investigație psiho-fiziologică:

- înregistrările pulsului și tensiunii arteriale
- spectro-foto-electrocardiograma (pentru măsurarea valorilor elementelor ECG)
- termocuplu, termografe, termistori (pentru măsurarea temperaturii pielii)
- filmarea sau fotografierea diametrului pupilar
- procedee de măsurare a gradului de umiditate a pielii
- tremorul manual.

b) mijloace de investigație umorală (plasmatică și urinară) a hormonilor de stres și a altor constante sanguine:

- catecholamine plasmatic
- cortizolul plasmatic și 17 cetosteroizii sau 17 – HO – cetosteroizii urinari
- ceilalți hormoni de stres (vasopresina, STH, prolactina etc.)
- creșterea glicemiei
- creșterea acizilor grași liberi în plasmă
- creșterea colesterolemiei
- creșterea acidului uric și a uremiei plasmatic, a CPK serice.

c) modificări ale secrețiilor digestive (salivară și gastrică)

Principalii markeri de laborator ai SP:

A) Determinări umorale

1. Hormonii de stres
 - catecholaminele
 - cortizolul
 - alți hormoni (GH, ACTH, PL etc.)
 - opioidele
2. Glicemia
3. Acizii grași liberi plasmatici, colesterolemia
4. Acidul uric plasmatic
5. Renina plasmatică
6. Sideremia
7. CPK serică

B) Indicatori psihofiziologici în SP

1. E.C.G. (segmentul ST, tulburări ritm)
2. Galvanometrie cutanată
3. Timpi de reacție
4. Stroboscopie (frecvența de fuziune a stimulilor luminoși), modificările diametrului pupilelor.

6.6. Evaluarea stării de sănătate a lucrătorilor

Problemele metodologice ale studierii fenomenelor legate de sănătate sunt diverse, complexe, controversate și unele nerezolvate și toate acestea sunt, în principal, urmarea: modului diferit în care se definesc – „starea de sănătate”, „normalitatea”, „suferința”; limitelor impuse de instrumentele de măsură; dificultăților în controlul factorilor extraprofesionali implicați și ei în starea de sănătate; perspectivelor diferite din care se abordează problema; orientărilor teoretice diverse.

Starea de sănătate are ca definiție universală (definiție a Organizației Mondiale a Sănătății - 1948) - nu doar starea din care lipsește boala, ci **„starea de confort complet fizic, mental și social”**.

Departate de a fi o „stare”, sănătatea oscilează între diverse niveluri de echilibru, între procese regenerative și distructive; sănătatea/boala apare ca rezultat al proceselor multifactoriale și al fenomenelor de potențializare și de compensare, ținând atât de individul însuși, cât și de raporturile sale cu mediul înconjurător. În dialogul permanent cu mediul înconjurător în care munca ocupă un loc central, impactul modificărilor din ecosistemul uman este echilibrat prin mobilizarea capacităților adaptative și creative ale individului.

Psihopatologia muncii, care are ca obiect de studiu „suferința” în muncă, consideră sănătatea mentală mai curând o noțiune limită care reprezintă un fel de orizont - punct de atins, un ideal, niciodată însă atins cu adevărat, dar luat în considerare din punct de vedere teoretic prin necesitatea logică. „Suferința” **nu este similară** cu maladia, **ci cu normalitatea și urmărește menținerea echilibrului psihic și mental implicând o serie de proceduri de reglare**; ea este o trăire subiectivă intermediară între maladia mentală decompensată și starea de confort, de sănătate mentală și, în același timp, reprezintă o dimensiune dinamică ce implică înainte de toate o stare de luptă a individului împotriva factorilor externi care-l împing spre maladia mentală.

În cursul numeroaselor studii efectuate de diferite colective de cercetare s-a evidențiat imposibilitatea de a analiza și evalua corect gravitatea consecințelor anumitor condiții de muncă atunci când te limitezi la efectele observabile și măsurabile imediat, chiar la locuri de muncă și aceasta pentru mai multe motive:

- o parte din aceste efecte care sunt legate totuși direct de exigențele locului de muncă se manifestă nu în timpul activității, ci în afara acesteia - în timpul liber;
- o serie de efecte se manifestă după o anumită perioadă mai lungă de timp;
- personalul supus investigațiilor la un moment dat este eventual cel care s-a putut adapta exigențelor locului de muncă, în timp ce indivizii care nu au putut suporta aceste exigențe și au părăsit locul de muncă sunt cei care prezintă de fapt o patologie profesională mai importantă;

- variabilitatea interindividuală - caracteristicile și istoria proprie fiecărei persoane joacă un rol deloc neglijabil în relațiile cu exigențele locului de muncă;
- de asemenea, rezultatele unor cercetări izolate, în raport cu anumite eșantioane de populație dintr-o profesiune nu se pot suprapune, nu se pot corela și nu se pot utiliza în evidențierea unor concluzii exacte și valide și din alte cauze:
- lipsa de standardizare a metodelor limitează, împiedică compararea rezultatelor diferitelor cercetări;
- nu se acordă atenție suficientă verificării surselor de date, verificării validității instrumentelor utilizate;
- într-un procent mare de cazuri, subiecții observați sau chestionați nu sunt reprezentativi pentru populația profesională respectivă;
- subiecții din grupele martor nu sunt comparabili cu cei supuși investigațiilor;
- datele nu pot fi prelucrate în mod similar în raport cu cele două grupe.

Analiza stării de sănătate fizică

În raport cu **perturbarea stării de sănătate fizică**, criteriile generale de diagnostic iau în considerare:

- modificarea parametrilor biochimici sau morfologici, care se pot măsura prin analize de laborator;
- modificări în starea fizică și în funcția sistemelor fiziologice care se pot evalua prin metoda testărilor la creșterea efortului (de exemplu, modificarea ventilației pulmonare, modificări ale ECG, EEG etc.);
- modificări ale confortului subiectiv, care se pot evalua prin anamneză, chestionare etc.;
- modificări integrative, rezultând din acțiunea pe mai multe sisteme și aparate ale organismului.

Relația boală - activitate profesională poate fi abordată, potrivit cercetărilor efectuate de NIOSH - SUA.^{x)} parcurgând următoarele etape:

- examinarea semnelor de boală;
- examinarea datelor epidemiologice;
- examinarea indicatorilor specifici, a parametrilor de încărcare internă și externă, care pot demonstra legătura cu o anumită expunere;
- evaluarea validității dovezilor culese;
- luarea în considerare a diverșilor factori etiologici, favorizanți sau agravanți nonprofesionali;
- evaluarea finală, elaborarea concluziilor.

În raport cu aceleași condiții de mediu, nu toate persoanele răspund în mod identic, existând în acest sens, o mare **variabilitate interindividuală**, care depinde de:

- *factori endogeni*:
- vârsta (resursele biologice sunt mai scăzute față de „agresiunile” externe odată cu înaintarea în vârstă);

^{x)} NIOSH - National Institute for Occupational Safety and Health

- genul (există, de exemplu, o susceptibilitate diferită față de noxele chimice la femei și la bărbați);
 - genotipul (există individualități biochimice diferite, determinate de variabilitatea activității enzimatică sau a altor constante biologice ale mediului intern al organismului; la ora actuală se cunosc unele modificări genetice specifice, care determină o susceptibilitate crescută la acțiunea unor substanțe toxice);
 - antecedente patologice individuale;
 - afecțiuni prezente sau sechelele unor afecțiuni din trecut.
- *factori exogeni:*
- alimentație;
 - condiții socio - economice etc.

Metodele folosite pentru analiza stării de sănătate sunt diverse, cuprinzând, în general:

- *Anamneza patologică și profesională:* antecedentele heredocolaterale; antecedente fiziologice și patologice; ruta profesională (cu evaluarea expunerii în raport cu diferiți factori profesionali); acuze subiective;
- *Examenul clinic obiectiv general;*
- *Investigațiile clinice de specialitate* (oftalmologic, ORL, neurologic, psihiatric, urologic etc.);
- *Investigațiile de laborator*, analiza unor constituenți biologici, probe funcționale etc.;
- *Măsurarea unor parametri psihofiziologici la locul de muncă* sau în afara locului de muncă;
- *Studii epidemiologice;*
- *Analiza morbidității generale și profesionale.*

Tehnicile acestor categorii de metode se utilizează nuanțat, în mod diferit, în funcție de obiectivul urmărit, de grupul de populație investigat (grup expus și/sau grup martor), de posibilitățile materiale de studiu (în sensul dotării cu specialiști și aparatură adecvată) etc.

Analiza stării de sănătate mentală

Investigarea efectelor confruntării unui individ cu o realitate profesională utilizează și calea simptomatologiei așa-numită „subiectivă” - subiectivă pentru că nu se bazează pe date înregistrate în mod obiectiv, ci relatate de un subiect al unei investigații. În domeniul psihopatologiei muncii, această analiză are un caracter **dinamic**. Analiza dinamică a proceselor psihice mobilizate în confruntarea subiectului cu realitatea activității profesionale reprezintă o investigare ce are ca centru de greutate „conflictele” dintre un subiect cu o istorie singulară preexistentă confruntării cu situațiile de muncă, ale căror caracteristici sunt într-o proporție importantă fixate independent de voința subiectului (individului). În final, subiectul riscă să nu mai fie același după confruntare, iar realitatea profesională riscă și ea să fie transformată sub influența subiectivității.

Analiza unei eventuale „suferințe” mentale aflată în relație cu activitatea presupune luarea în considerare a unor simptome subiective relatate de o colectivitate din domeniul respectivei activități. Bineînțeles, nu trebuie neglijate semnele vizibile provenite chiar din modul în care se prezintă subiectul, după cum arată, vorbește și se comportă în momentul discuțiilor purtate cu examinatorul (exemplu: manierismul schizofrenicilor, starea de prostație a melancolicilor etc.). Este însă adesea dificil de a observa, descrie, cuantifica semnele, simptomele în cazul suferinței mentale, psihice comparativ cu cazurile unor boli organice, somatice, în care medicul personal constată niște semne obiective, deoarece chiar dacă există semne fizice de anxietate, depresie, acestea sunt recunoscute și evaluate din cele relatate de subiect.

O altă problemă și dificultate în acest domeniu o ridică veridicitatea simptomelor raportate de indivizi; conștient sau nu aceștia pot induce în eroare pe examinatori. Având în vedere că această sursă de informații este indispensabilă trebuie luate măsurile necesare limitării intervenției acestei influențe perturbatoare în descifrarea unor „suferințe” profesionale.

Simptomele nu au aceeași valoare cu un sindrom; ele rămân un semn izolat și nu o entitate de sine stătătoare. Simptomul nu are aceeași valoare temporală ca sindromul pentru că se poate manifesta episodic, are o existență aleatorie în funcție de gradul de anormalitate acordat de subiect în funcție de preocuparea pe care acesta o acordă propriului corp și senzațiilor corporale, de la o ignorare totală până la o interpretare în sens patologic.

Se utilizează, în general, trei modalități de interogare a subiecților privind simptomatologia lor mentală și psihică: retrospectiv și deschis (săptămâna anterioară); prezent și trecut (având o listă de simptome); prezent, continuu și deschis (un jurnal de observații cotidiene, simptome, tulburări, probleme). În general, este imposibilă compararea rezultatelor obținute prin modalități tehnice diferite.

7. DOMENIILE ȘI CATEGORIILE PROFESIONALE CU RISC CRESCUT DE EXPUNERE LA FACTORI PSIHOCIALI

În contextul în care riscurile psihosociale sunt abordate ca reprezentând riscuri noi și emergente, este importantă cunoașterea sectoarelor de activitate și a categoriilor profesionale cel mai expuse la aceste riscuri, în scopul identificării și analizei factorilor de risc specifici și, mai mult, al stabilirii celor mai eficiente intervenții de reducere/eliminare a acestor factori de risc și de integrare a managementului acestora în contextul mai larg al managementului de securitate și sănătate al organizației.

A. Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Muncă și de Viață derulează, din 1990, din 5 în 5 ani, o anchetă¹ care oferă o imagine complexă asupra condițiilor de muncă. Scopul anchetei este de a oferi o imagine comprehensivă asupra condițiilor de muncă, a calității muncii și a vieții lucrătorilor europeni, în speranța că aceste date vor atrage atenția și vor favoriza adaptabilitatea și flexibilizarea lucrătorilor și companiilor, creșterea calității locurilor de muncă, cu impact aspra creșterii productivității muncii.

Principalele date statistice care au rezultat în urma prelucrării rezultatelor ultimei anchete, în raport cu anumiți factori profesionali, potențiali factori de ris ce pot determina stres la locul de muncă, sunt următoarele:

Organizarea muncii:

- *intensitatea muncii*: 12% dintre lucrători declară că rareori sau niciodată nu au suficient timp pentru a-și îndeplini toate sarcinile;
- *autonomia și controlul*: peste două treimi dintre lucrători consideră că pot să-și impună propriul ritm de muncă;
- *manageri femei*: unul din patru lucrători au o femeie drept șef ierarhic imediat superior și sunt mai numeroase cazurile în care grupuri de femei au drept șef o femeie decât grupuri de bărbați cu șef femeie (42% dintre femei sunt conduse de o femeie și doar 10% dintre bărbați sunt conduși de o femeie);
- *utilizarea computerului*: aproape jumătate dintre lucrători utilizează computerul cel puțin un sfert din timpul lor de lucru.

Timpul de lucru:

- *numărul de zile de lucru pe săptămână*: 65% dintre lucrători lucrează 5 zile pe săptămână, în timp ce 23% lucrează 6 sau chiar 7 zile pe săptămână;
- *numărul de ore de muncă*: 15% din totalul lucrătorilor muncesc mai mult de 48 ore pe săptămână;
- *programul de lucru*: două treimi dintre lucrători au programul de lucru stabilit de companie, fără posibilitatea de a fi schimbat. Doar 24% dintre angajați pot să-și adapteze timpul de lucru în funcție de nevoile lor

¹ Ancheta din anul 2005 a acoperit 31 de state europene: cele 25 de state membre, plus România, Bulgaria, alte două state candidate (Turcia și Croația) și, respectiv, Elveția și Norvegia. Ancheta din 2010 a cuprins 34 de state: cele 27 de State Membre (EU-27), plus Norvegia, Turcia, Croația, Republica Macedonia, Albania, Muntenegru și Kosovo.

personale.

- *munca plătită sau neplătită*: femeile angajate part-time lucrează un număr de ore mai mare decât bărbații angajați cu normă întreagă.

Tipul de contract de muncă, pregătirea/perfecționarea profesională:

- *contractul de muncă*: aproape 23% dintre lucrători au un contract de muncă altul decât cel standard, procentul ajungând la 50% în cazul persoanelor nou intrate pe piața muncii;
- *pregătirea/perfecționarea*: în ultimele 12 luni, peste 70% dintre angajați nu au beneficiat de un curs de pregătire plătit de angajator;
- *nivelul de competențe*: aproape jumătate dintre respondenți indică faptul că cerințele locului de muncă corespund abilităților personale.

Sănătatea și starea de bine:

- *efecte asupra sănătății*: 35% dintre lucrători consideră că munca le afectează starea de sănătate;
- *sănătatea și securitatea în muncă*: aproape unul din trei lucrători apreciază că există riscuri în ceea ce privește sănătatea și securitatea la locul de muncă.

Un studiu-pilot al Agenției asupra Stării de Securitate și Sănătate Profesională în Uniunea Europeană (2002) a dus la identificarea unor indicatori ai stresului în muncă și a profesiunilor expuse într-o măsură mai mare riscului la stres:

Tabelul nr. 7.1. Stresul.

Situația în Europa	28% dintre angajații intervievați au raportat faptul că sunt afectați de stresul în muncă.
Categorii de sectoare de activitate cu cel mai înalt grad de risc	▪ Sectoarele de sănătate și asistență socială ▪ Educație ▪ Transporturi rutiere și feroviare ▪ Administrație publică și apărare; securitate socială ▪ Agricultură, vânătoare și activitățile conexe acestora
Categorii de profesii cu cel mai înalt grad de risc	▪ Angajații din sănătate și științele sociale (medici, asistente, infirmieri) ▪ Cadrele didactice (profesori, învățători etc.).
Acțiuni preventive (de ordin general)	Există unele măsuri care pot fi implementate pentru reducerea riscului dependent de stresul în muncă; aceste măsuri includ: • implementarea unor proceduri de organizare a muncii; • promovarea participării angajaților; • introducerea rotației în muncă și a pauzelor reglementate; și • furnizarea de programe de informare și formare pentru angajați cu privire la tehnici de relaxare, în vederea reducerii stresului.

Tabelul nr. 7.2. Factor generator de stres: viteza crescută a muncii

Efecte potențiale asupra sănătății	Viteza crescută a muncii poate duce la afecțiuni legate de stres și, în final, la „burnout”(epuizare) individual. De asemenea, poate duce la o marjă mare de erori, care pot determina accidente.
Situația în Europa	56% dintre angajații intervievați au raportat o viteză foarte crescută a muncii pentru cel puțin 25% din timpul de lucru.
Categorii de sectoare de activitate cu cel mai înalt grad de risc	▪ Hoteluri și restaurante ▪ Poștă și telecomunicații ▪ Transporturi rutiere; transporturi pe căi ferate ▪ Construcții ▪ Anumite sectoare ale industriei, editurilor și imprimeriilor
Categorii de profesii cu cel mai înalt grad de risc	▪ Managerii de corporații ▪ Angajații care furnizează servicii clienților; ▪ Șoferi și operatorii pe platforme/instalații mobile ▪ Muncitorii din industria prelucrării metalelor și a construcțiilor de mașini.

Tabelul nr. 7.3. Factor generator de stres: ritmul muncii dependent de exigențe externe organizației

Efecte potențiale asupra sănătății	Ritmul muncii dependent de exigențele externe poate duce la tulburări ale stării de sănătate legate de stres.
Situația în Europa	69% dintre angajații intervievați au raportat faptul că sunt expuși la un ritm crescut al muncii, dependent de exigențele externe.
Categorii de sectoare de activitate cu cel mai înalt grad de risc	▪ Hoteluri și restaurante ▪ Servicii de personal sau de protecție ▪ Vânzări, cu excepția autoturismelor și motocicletelor; repararea bunurilor personale sau domestice
Categorii de profesii cu cel mai înalt grad de risc	▪ Angajații care furnizează servicii clienților ▪ Angajații care furnizează servicii de personal sau de protecție ▪ Angajații din sănătate sau biologie ▪ Angajații asociați din domeniile sănătății sau biologiei
Acțiuni preventive (de ordin general)	Există unele măsuri care pot fi adoptate și apoi dezvoltate, pentru reducerea riscului dependent de ritmul muncii determinat de exigențele externe. Aceste măsuri includ: • îmbunătățirea planificării și organizării muncii; • îmbunătățirea organizării muncii, incluzând rotația sarcinilor/locurilor de muncă, pauze la intervale regulate; și • furnizarea de programe de informare și formare.

Tabelul nr. 7.4. Factor generator de stres: *ritmul muncii dependent de mașini*

Efecte potențiale asupra sănătății	Ritmul muncii dependent de mașini poate duce la tulburări ale stării de sănătate legate de stres și la vătămări asociate cu reducerea capacității de concentrare.
Situația în Europa	20% dintre angajații intervievați au raportat faptul că sunt expuși la un ritm al muncii impus de mașini.
Categorii de sectoare de activitate cu cel mai înalt grad de risc	▪ Industrie.
Categorii de profesii cu cel mai înalt grad de risc	▪ Operatori la mașini și asamblori ▪ Muncitori în mine, construcții, industrie și transporturi ▪ Șoferi și operatori pe platforme/instalații mobile
Acțiuni preventive (de ordin general)	Există unele măsuri care pot fi implementate pentru reducerea riscului dependent de ritmul muncii determinat de mașini. Aceste măsuri includ: • îmbunătățirea aspectelor tehnice și de organizare; • inspecții la locul de muncă; • implementarea unor pauze în timpul de lucru; • rotația sarcinilor/locurilor de muncă; și • furnizarea de programe de informare și formare.

Tabelul nr. 7.5. Factor generator de stres: *hărțuirea sexuală*

Efecte potențiale asupra sănătății	Hărțuirea sexuală poate fi un alt factor care duce la tulburări ale stării de sănătate legate de stres.
Situația în Europa	2% dintre angajații intervievați au raportat faptul că au fost expuși la hărțuire sexuală.
Categorii de sectoare de activitate cu cel mai înalt grad de risc	▪ Hoteluri și restaurante ▪ Sectoarele de sănătate și asistență socială ▪ Vânzări, cu excepția autoturismelor și motocicletelor; repararea bunurilor personale sau domestice ▪ Educație ▪ Vânzări cu ridicata, cu excepția autoturismelor și motocicletelor
Categorii de profesii cu cel mai înalt grad de risc	▪ Angajații care furnizează servicii de personal sau de protecție ▪ Modele (manechine), angajații din vânzări ▪ Angajații care furnizează servicii clienților ▪ Angajații la ghișee
Acțiuni preventive (de ordin general)	Există unele măsuri care pot fi implementate pentru reducerea riscului dependent de hărțuirea sexuală la locul de muncă: • elaborarea unor programe de informare și de formare; • elaborarea unor programe de îmbunătățiri și încurajare a protecției sociale; • activitățile de inspecție trebuie să implice evaluarea politicilor de control ale organizației.

Tabelul nr. 7.6. Factor generator de stres: *munca monotona*

Efecte potențiale asupra sănătății	Munca monotona poate constitui unul dintre factorii majori care contribuie la afecțiunile legate de stres. De asemenea, poate determina reducerea capacității de concentrare a atenției, ducând la accidente. Sau poate duce la asumarea de riscuri din partea indivizilor, pentru a evita plictiseala.
Situația în Europa	40% dintre angajații intervievați au raportat faptul că au avut de executat munci monotone.
Categorii de sectoare de activitate cu cel mai înalt grad de risc	▪ Industria marochinăriei și încălțămintei ▪ Tăbăcărie și prelucrarea pielii ▪ Industria textilă ▪ Industria produselor alimentare și a băuturilor
Categorii de profesii cu cel mai înalt grad de risc	▪ Operatorii la mașini și asamblorii ▪ Vânzări și servicii elementare ▪ Angajații care furnizează servicii clienților
Acțiuni preventive (de ordin general)	Există unele măsuri care pot fi implementate pentru reducerea riscului dependent de munca monotona; aceste măsuri includ: • îmbogățirea sarcinilor și rotația locurilor de muncă; • introducerea de noi modele de organizare a muncii, care să includă și participarea angajaților; și • furnizarea de programe de informare și formare pentru forța de muncă.

Tabelul nr. 7.7. Factor generator de stres: *violența fizică*

Efecte potențiale asupra sănătății	Violența fizică poate conduce la o largă serie de vătămări fizice, de la rănilor minore la cele care pun în pericol viața. Anxietatea rezultată, fie din amenințarea cu violența, fie chiar din aplicarea violenței, poate duce la afecțiuni legate de stres.
Situația în Europa	4% dintre angajații intervievați au raportat faptul că au fost expuși la violență fizică la locul de muncă, din partea persoanelor provenite din afara locului lor de muncă.
Categorii de sectoare de activitate cu cel mai înalt grad de risc	▪ Sectoarele de sănătate și asistență socială ▪ Administrație publică și apărare; securitate socială ▪ Transporturi terestre și feroviare ▪ Hoteluri și restaurante
Categorii de profesii cu cel mai înalt grad de risc	▪ Angajații care furnizează servicii de personal sau de protecție ▪ Angajații din sănătate și științele sociale ▪ Angajații din vânzări și servicii

Tabelul nr. 7.8. Factor generator de stres: *terorizarea (bullying)* și *victimizarea (mobbing)*

Efecte potențiale asupra sănătății	Terorizarea și victimizarea pot conduce la afecțiuni legate de stres.
Situația în Europa	9% dintre angajații intervievați au raportat faptul că au fost subiecții intimidării la locul de muncă.
Categorii de sectoare de activitate cu cel mai înalt grad de risc	▪ Sectoarele de sănătate și asistență socială ▪ Hoteluri și restaurante ▪ Educație
Categorii de profesii cu cel mai înalt grad de risc	▪ Angajații din vânzări și servicii ▪ Angajații care furnizează servicii de personal sau de protecție
Acțiuni preventive (de ordin general)	Există unele măsuri care pot fi implementate pentru reducerea riscului dependent de terorizare și victimizare la locul de muncă; aceste măsuri includ: • furnizarea de programe de instruire și pregătirea de metode pentru a face față consecințelor; • necesitatea educării experților în sănătate profesională, inspectorilor de muncă, partenerilor sociali, dar și a personalului în vederea identificării fenomenelor de terorizare la locul de muncă și a victimelor acestor fenomene; • necesitatea dezvoltării cunoștințelor legate de relația dintre factorii mediului de muncă și identificarea responsabililor; • planificarea și conceperea relațiilor psihosociale; • intensificarea acțiunilor de protecție și supraveghere; și • furnizarea de programe de formare și informare pentru angajați.

Un studiu ulterior al Agenției Europene de Securitate și Sănătate în Muncă, realizat în 2005 /80/ (ale cărui rezultate sunt prezentate în tabelul de mai jos), ia în considerare, pentru analiza categoriilor profesionale expuse la stres, alături de unii factori prezenți și în studiul din 2002, și nivelul scăzut al controlului în propria activitate, nivelul scăzut de decizie și de utilizare a capacităților individuale în desfășurarea activității.

Profesiuni cu exigențe de nivel crescut și nivel scăzut al controlului (studiul OSHA 2005)						
Categorii de profesii	Nivel scăzut de decizie	Nivel scăzut de utilizare a capacităților	Exigențe emoționale de nivel crescut	Nivel crescut de informare	Ritm de lucru crescut	Efort crescut
Funcționari publici	Da	Da		Da	Da	Da
Asistente medicale	Da		Da	Da	Da	Da
Medici	Da		Da	Da		Da
Funcționari bancari	Da			Da	Da	Da
Secretare domeniul medical	Da		Da		Da	
Angajați poștali	Da	Da			Da	
Angajați vânzări	Da	Da			Da	
Personal hoteluri și restaurante	Da	Da			Da	
Angajați în abatoare	Da	Da			Da	
Infirmieri	Da		Da			
Asistenți persoane vârstnice în instituții sau la domiciliu	Da		Da			
Ofițeri de poliție și gardieni din penitenciare	Da		Da			

În mediul economic național și internațional au loc schimbări majore, structurale și relaționale ce au implicații directe asupra organizațiilor/firmelor active pe piața românească. Toate firmele se regăsesc în cadrul unui mediu extern, respectiv într-un sistem deschis, global. Mediul interacționează cu firmele, iar acestea din urmă se adaptează la schimbări și răspund la cereri. Relația dintre firmă și mediul extern este una reversibilă. Din punct de vedere istoric, tânărul mediu economic românesc a fost supus unor transformări importante, radicale chiar. Tranziția de la economia centralizată la economia de piață, accesarea și aderarea la piața comună europeană, adaptarea mediului de afaceri și armonizarea la principiile comunitare au fost, incontestabil, provocări majore cărora organizațiile românești au trebuit să le facă față. Există o legătură directă între amploarea schimbărilor mediului economico-social și nivelul de stres perceput de către populația țării respective.

Conform datelor statistice publicate de către **Fundația pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Muncă și Viață**, aproape jumătate dintre lucrătorii din organizațiile active pe piața muncii din **România** declară că munca lor este stresantă. Indicatorul studiat de instituția europeană se numește „*find work stressful*” și reprezintă procentul de persoane angajate care susțin că, de cele mai multe ori, munca pe care o desfășoară este stresantă; acest indicator este monitorizat în cadrul instrumentelor europene, precum Eurobarometrul și Chestionarul European privind Calitatea Vieții.

47,3% dintre lucrătorii români consideră că munca lor e stresantă, procent aflat la același nivel cu media europeană. Nu putem să nu observăm că în marea majoritate a statelor europene, nivelul de stres perceput de lucrători este în creștere.

Chiar dacă în unele cazuri, gradul de stres a fost mai redus în anul 2001 față de 1996, în anul 2003, stresul perceput la locul de muncă a crescut evident. Singurele excepții sunt statele nordice, Danemarca și Finlanda (Norvegia nefiind cuprinsă în studiu) urmate de Luxemburg. Cauza acestui fapt se află probabil tot în succesul și efectele „modelului de aur”, al modelului bunăstării („welfare state”) specifice, care asigură locuri de muncă sigure, dar și de calitate, promovând în special calitatea ocupării, lucru resimțit pozitiv de către lucrători.

Pe de altă parte, munca este foarte stresantă pentru lucrătorii din Turcia (76,5%), Italia (67,6%) și Bulgaria (62,8%). Acest lucru poate fi explicat prin instabilitatea mediului economic, dar și prin insuficienta aplicare a reglementărilor legislative privind munca și respectarea condițiilor de muncă.

Conform unor predicții primare, datorită tendințelor economico-sociale înregistrate la nivel global, ne așteptăm ca acest indicator să înregistreze o evoluție crescătoare și tot mai mulți lucrători europeni se vor confrunta cu acest flagel al lumii moderne.

Gradul de stres perceput de lucrători, în Uniunea Europeană
(Sursa: Eurobarometrul)

Țări	1996	2001	2002	2003	2006
Austria	39	33.4		43.6	
Belgia	26.8	25.7		37.3	
Bulgaria			33.2	62.8	
Croatia					51.4
Cipru			46.4	53.9	
Rep Cehia			33.2	40	
Danemarca	28.5	29		26.9	
Estonia			30.8	33.7	
Finlanda	31.8	32.6		19	
Franta	35.9	34.6		39.4	
Germania	35.1	31.2		51.1	
Grecia	57.4	47.8		62.7	
Ungaria			39	36.8	
Irlanda	26.2	20.9		32.6	
Italia	40.6	36.8		67.6	
Letonia			30.5	49.2	
Lituania			20.2	58.8	
Luxemburg	40.2	38.7		38.4	
Malta			38.1	52.6	
Olanda	23.2	21	37	22.2	
Portugalia	34.4	25.2		59.4	
RO			40.3	47.3	
Slovacia			33.2	55.1	
Slovenia			32.4	49.3	
Spania	24.4	28.4		43.3	
Suedia	39.7	40.5		47.6	
Turcia			40.2	76.5	
Marea Britanie	42	27.5		41.1	
EU-15	36.1	31		47	
EU-25				47.3	

B. Factori psihosociali de risc pentru majoritatea categoriilor profesionale

Studiile europene realizate după 1995 au relevat o serie de factori de risc psihosociali comuni mai multor categorii profesionale și alții specifici uneia sau alteia din categoriile profesionale.

Astfel, studiul Whitehall (realizat între anii 1986–1994, respectiv 1995–2000), pe mai mult de 30.000 de subiecți a identificat principalii factori de risc de natură psihosocială, ca și efectele consecutive acestora.

Dintre aceștia trebuie amintiți, **pentru majoritatea categoriilor profesionale** (Stansfeld și colab., 2000):

- **exigențele sarcinii** (predictor pentru starea de sănătate deficitară și pentru afecțiuni psihiatrice);

- nivel scăzut al **controlului în activitate** (asociat la un nivel moderat cu dependența de alcool);
- **suportul social** (cu efecte asupra stării de sănătate și performanței lucrătorilor, ca și asupra nivelului absenteismului în muncă);
- **dezechilibrul efort–recompensă în activitate** (care poate afecta starea de sănătate fizică, fiind asociat cu o incidență crescută a tulburărilor cardiovasculare);
- **relațiile interpersonale** (atât o sursă a suportului social în cadrul organizației, cât și o sursă de stres, în cazul unor aspecte negative);
- **ambiguitatea rolului** (furnizarea de informații neclare, confuze, cu privire la așteptările legate de responsabilitățile postului, relațiile ierarhice etc.).

Ce mai trebuie remarcat este faptul că, în general, **în cazul femeilor**, anumiți factori psihosociali (spre exemplu, **lipsa controlului în activitate**), înregistrează niveluri mai înalte, constituind factori de risc, cu mare capacitate de predicție a tulburărilor cardiovasculare (Williams și colab., 1997).

Pe de altă parte, ca o acțiune „circulară”, **percepția unui control scăzut de către femei**, era corelată cu niveluri crescute de anxietate, iritabilitate și dispoziții depresive care, implicit, determinau o **scădere a suportului social** – cu efect de factor de risc ulterior asupra angajatelor.

C. Principalii factori de risc psihosociali în raport cu diferite categorii de personal

Au fost realizate o serie de studii, în mai multe state ale UE, privind nivelurile exigențelor profesionale la diferite categorii de personal (Kristensen et al, 2002). În urma acestor studii, au fost înregistrate următoarele rezultate:

- **Exigențele temporale** (de constrângere temporală, lucru sub presiunea timpului) prezintă factori de risc pentru:
 - o manageri,
 - o angajații departamentelor de planificare și elaborare strategii de dezvoltare organizațională,
 - o angajații din domeniul bancar.
 Niveluri scăzute pentru această categorie de factori de risc au fost înregistrate în cazul personalului de asistență tehnică sau al celui din domeniul didactic.
- **Exigențele cognitive** (de atenție, memorie, gândire etc.) au înregistrat niveluri crescute și foarte crescute, adică reprezintă factori de risc, la:
 - o angajații din domeniul didactic (profesori, învățători),
 - o arhitecți,
 - o manageri.
 Niveluri scăzute au înregistrat angajații din sectorul construcțiilor, agriculturii și industriei alimentare.
- **Exigențele senzorial – perceptive** (de exemplu, vizuale, auditive etc.) au prezentat niveluri crescute și foarte crescute, reprezentând factori de risc pentru:
 - o conducători auto,

- o mecanici,
- o angajați din industrie
- o angajați din sectorul sanitar.

Această categorie de exigențe a înregistrat niveluri scăzute și foarte scăzute, (adică nu reprezintă factor de risc) în cazul angajaților din agricultură, din învățământul preșcolar și al asistenților sociali.

- **Exigențele emoționale** (de implicare emoțională în activitate) au prezentat niveluri crescute și foarte crescute pentru:

- o personalul din domeniul didactic,
- o asistenții sociali,
- o personalul din domeniul sanitar,

iar personalul din departamentele de planificare, din industria construcțiilor de mașini, agricultură sau din domeniul industriei alimentare au înregistrat niveluri scăzute.

- **Exigențele de ascundere a emoțiilor** au înregistrat niveluri crescute în următoarele cazuri:

- o asistenți sociali,
- o angajați din domeniul sanitar,
- o conducători auto.

Niveluri scăzute au fost înregistrate de angajații din industrie și de cei din domeniul didactic.

Prin corelație între ultimele categorii de exigențe analizate (cele emoționale și cele de ascundere a emoțiilor), putem concluziona următoarele:

- pentru **angajații din domeniile care presupun interacțiunea cu obiecte, echipamente tehnice**, exigențele emoționale și exigențele de ascundere a emoțiilor nu reprezintă factori de risc.
- pentru **angajații din domeniile care implică interacțiunea cu clienți sau cu alte categorii de personal**, se înregistrează niveluri scăzute ale exigențelor emoționale – nereprezentând, deci, un factor de risc, în timp ce exigențele de ascundere a emoțiilor prezintă niveluri crescute – reprezentând astfel factori de risc.
- pentru **angajații din domeniile care presupun interacțiuni cu clienți – pacienți**, se înregistrează niveluri crescute atât la exigențele emoționale, cât și la exigențele de ascundere a emoțiilor, ambele reprezentând factori de risc pentru aceste categorii profesionale.

D. Grupuri de indivizi vulnerabili la acțiunea factorilor de risc psihosociali

Indivizii sunt diferiți; fiecare persoană are caracteristici și particularități individuale, puncte puternice și slabe. Diferențele sunt determinate atât de caracteristici înnăscute, cât și dobândite sub influența unor factori sociali și educaționali.

Unii determinanți ai vulnerabilității individuale față de tulburările legate de stresul în muncă și problemele de sănătate sunt: „tipul A” (ostil) de personalitate, abilitățile de coping (strategiile individuale de adaptare), condițiile socio-economice, suportul social. Alți determinanți sunt: vârsta, genul, prezența unor deficiențe înnăscute sau dobândite, a unor afecțiuni cronice (conform Kompier și Levi, 1994).

➤ **Tinerii**

În tinerețe, schimbările situației sociale prezintă un risc crescut pentru unele categorii de persoane. Problemele de sănătate și sociale ale adolescenților tind să fie trecute cu vederea. Tranziția către vârsta adultă, începutul vieții profesionale – ocupația formală (sau un șomaj prelungit) și părăsirea familiei de origine, toate acestea determină schimbări sociale rapide și valori sociale conflictuale, deseori ambigue.

➤ **Părinții singuri**

Un alt grup aparent vulnerabil, dar din motive oarecum diferite, sunt părinții singuri. Numărul familiilor cu un singur părinte a crescut în Europa în decursul ultimelor două decade și probabil că această tendință va continua. Majoritatea părinților singuri sunt femei. Sănătatea membrilor familiilor cu un singur părinte poate fi precară ca rezultat al condițiilor variate care prevalează în organizarea acestui tip de familie (Consiliul Europei, 1998):

- Situația financiară a familiilor cu un singur părinte este deseori precară;
- Acumularea rolurilor sociale de către părinții singuri creează o suprasolicitare fizică și psihică, având repercusiuni și asupra copiilor;
- Viața socială și emoțională a membrilor familiilor cu un singur părinte poate fi afectată de anumite situații precum: separare, divorț sau deces.

➤ **Lucrătorii în vârstă**

Al treilea grup de risc cuprinde, în Europa, un număr în creștere de lucrători care se apropie de vârsta de pensionare. Lucrătorii în vârstă sunt supuși unor stresori multipli, psihologici și fizici, și pot fi lipsiți de unele disponibilități adaptative, prezente la colegii lor mai tineri.

Procesele actuale de scădere a numărului de copii și de îmbătrânire în UE se vor reflecta în evoluția forței de muncă. Populația cu vârsta de 40 de ani și peste reprezintă acum 45%. Până în 2015, acest număr va crește, probabil, spre 55%. Grupul de vârstă 50–64 de ani va crește de la 32% la 35% (Eurostat, 1998). Iar îmbătrânirea se caracterizează, într-o anumită măsură, printr-o pierdere progresivă a capacității de a face față stresului.

➤ **Persoanele cu deficiențe**

Aproape un sfert dintre persoanele cu ocupații casnice din UE au raportat faptul că au fost, cel puțin într-o oarecare măsură, „limitate” în activitățile lor zilnice, din cauza problemelor cronice de sănătate fizică sau mentală, îmbolnăvirilor sau deficiențelor diverse. 8% dintre aceste persoane au raportat „limitări severe”, iar 16% „limitări într-o oarecare măsură” (Eurostat, 1998).

Acest grup de risc – persoanele cu deficiențe – este relativ dificil de definit, deoarece „deficiența” trebuie întotdeauna considerată atât în raport cu ecosistemele psihosociale și fizice în care individul trebuie să funcționeze, dar și în raport cu potențialul compensator al acestuia. Deoarece aspectele ambientale diferă în foarte mare măsură de la întreprindere la întreprindere, conținutul

deficiențelor va varia în mod corespunzător.

Printre persoanele cu deficiențe se află cele cu deficiențe de vedere sau auz, cele handicapate fizic, retardate sau bolnave mental, dependenții de droguri și alcool, cei care provin din anumite grupuri minoritare – imigranți, transfugi. Nu există întotdeauna un suport adecvat pentru aceste categorii de persoane, astfel încât factorii sociali, economici și ambientali îi fac în mod special vulnerabili la expunerea acută și prelungită la stresori psihologici și fizici.

!!! Un aspect important îl reprezintă situațiile caracterizate prin vulnerabilitate și expunere crescute

Creșterea vulnerabilității coincide deseori cu o expunere crescută la stresori din medii profesionale sau de alt tip. În aceste situații, diferite forțe segregationale afectează în special pe acei indivizi care au cea mai mare nevoie de condiții de viață și muncă favorabile. În acest fel, vulnerabilitatea maximă se combină cu expunerea maximă la stresori ambientali, crescând riscul afectării sănătății și stării de bine a indivizilor (conform Levi și Andersson, 1974).

8. MĂSURI PREVENTIVE DE ASIGURARE A STĂRII DE CONFORT, SECURITATE ȘI SĂNĂTATE ÎN MUNCĂ PRIN ELIMINAREA/REDUCEREA EXPUNERII LUCRĂTORILOR LA RISCURI PROFESIONALE DE NATURĂ PSIHOSOCIALĂ

8.1. Măsuri la nivel național

La nivel european și internațional **s-au intensificat preocupările referitoare la evidențierea factorilor psihosociali și de stres ca factori de risc pentru confortul, securitatea și sănătatea personalului angajat în diferite activități profesionale moderne.** Preocupările antrenează organisme internaționale, naționale și locale, specialiști, manageri, sindicate și personal interesat.

Din rezultatele anchetelor, din rapoartele și programele de acțiuni ale diferitelor organisme europene, care acționează în domeniul securității și sănătății în muncă, rezultă o serie de concluzii, direcții și recomandări referitoare la politica de prevenire a factorilor de risc de natură psihosocială. Informațiile disponibile indică, totuși, că acțiunile întreprinse, în funcție de condițiile și procedurile naționale, nu sunt doar de dorit, ci chiar posibile.

De asemenea, la nivel european, există o multitudine de modele, ghiduri și bune practici referitoare la managementul factorilor psihosociali de risc și al stresului, care, pornind de la principiile generale ale managementului riscurilor profesionale, particularizează demersul de prevenire al riscurilor psihosociale, atât în funcție de specificul acestor riscuri, cât și de contextele științifice și socio-politice.

Principalele modele de management al riscurilor psihosociale (HSE, NIOSH, INRS etc.) /144 ...147/ includ sau recunosc cinci elemente sau principii importante:

- Evaluarea riscurilor reprezintă un prim pas important;
- Trebuie să existe o țintă declarată (o populație de angajați bine definită, un loc de muncă, un set de operații sau un tip particular de echipamente etc.);
- Acțiunile trebuie să se succedă în mod logic;
- Acțiunile trebuie evaluate utilizând o multitudine de măsuri;
- Întregul proces trebuie condus în mod activ.

Alegerea unui model sau a altuia presupune adaptarea acestuia în funcție de contextul socio-economic al țării sau regiunii respective, ca și de domeniul de activitate căruia i se adresează.

Managementul riscurilor psihosociale trebuie să fie parte integrantă a managementului general la nivelul unității / întreprinderii.

Sectorul micilor întreprinderi rămâne sectorul în primul rând interesat și vizat în toate țările. Lucrătorii sunt expuși la riscuri fizice, chimice, biologice, la suprasolicitarea diverselor organe și sisteme și la o serie de riscuri de natură psihosocială și nu sunt întotdeauna protejați adecvat prin politica națională de securitate socială.

Mediul psihosocial și factorii de stres au reprezentat subiectul centrului de interes atât al specialiștilor, practicienilor, cât și al autorităților publice, managerilor,

muncitorilor. Acest interes trebuie însă intensificat.

Obligativitatea acțiunii **într-un cadru tripartit**, trebuie să conducă la **elaborarea, implementarea și evaluarea periodică** a unei **politici naționale coerente** referitoare la securitatea și sănătatea profesională, la condițiile de muncă, luând în considerare condițiile și experiența (practica) națională și internațională în raport cu noi factori de risc, cum este cazul factorilor psihosociali. **Această politică** trebuie să indice **funcțiile și responsabilitățile** (în raport cu securitatea și sănătatea în muncă, cu condițiile de muncă), ale diferitelor autorități, ale patronilor, ale angajaților, luând în considerare și caracterul complementar al unor asemenea responsabilități.

Trebuie reamintit faptul că, în afară de cadrul legislativ general referitor la obligativitatea asigurării condițiilor de securitate și sănătate în muncă în raport cu toate riscurile profesionale, în România, reglementări oficiale referitoare la problematica stresului la locul de muncă au fost introduse pentru prima dată în **contractul colectiv de muncă unic la nivel național pe anii 2007-2010**.

Acesta prevedea obligativitatea angajatorului și a semnatarilor contractului colectiv de muncă de a depune împreună eforturi în direcția transpunerii la nivelul unității a standardelor de management pentru gestionarea stresului la locul de muncă, din punctul de vedere al:

- **conținutului muncii:**

- trebuie să se aibă în vedere numărul de ore de muncă, stabilite prin lege și contractele colective de muncă aplicabile atunci când se fundamentează normele de muncă pentru salariați;
- trebuie să se aibă în vedere ca nivelul de competență, aptitudinile și abilitățile salariaților să corespundă cerințelor locului de muncă;
- condițiile locului de muncă trebuie să fie adaptate ergonomic, salariaților;
- salariații trebuie să fie informați și consultați și trebuie să aibă la dispoziție toate informațiile necesare, care să le permită să înțeleagă care sunt responsabilitățile lor, conform fișei postului.

- **controlului asupra muncii** efectuate:

- angajatorul trebuie să încurajeze salariatul să-și utilizeze capacitățile și inițiativele la locul de muncă;
- împreună cu sindicatele sau, după caz, cu reprezentanții salariaților, angajatorul trebuie să stabilească un sistem de stimulente pentru ca salariații să fie motivați în îndeplinirea cât mai bună a sarcinilor de serviciu.

- **gestionării activității** la locul de muncă; prin contractele colective de muncă aplicabile trebuie să se stabilească intervalele de timp și modalitățile practice de informare a salariaților privind modificările apărute sau în curs de apariție, legate de condițiile de muncă.

- **relațiilor de muncă**; prin grija Comitetului de Sănătate și Securitate în Muncă și a Comisiei Paritare, se vor analiza informațiile legate de rele practici la locurile de muncă și se vor dispune măsuri corective.

➤ **În România,**

activitățile întreprinse în raport cu această categorie de factori profesionali trebuie integrate la diferite niveluri de acțiune și trebuie direcționate, de exemplu, spre:

- **luarea în considerare, în mod explicit, a riscurilor noi și emergente, respectiv riscurile psihosociale, stresul, hărțuirea și violența în muncă** în demersul de prevenire a riscurilor profesionale la nivelul întreprinderilor;
- **optimizarea activităților de formare și informare** (la diferite niveluri) în raport cu riscurile psihosociale existente în diferite domenii de activitate cu tehnici și tehnologii noi;
- **conceperea unui sistem de colectare și transmitere de date statistice** referitoare, de exemplu la domenii de activitate, categorii profesionale cu expunere crescută la riscuri psihosociale, tip de organizații (de stat sau private, mari, IMM-uri etc.) (de exemplu, anchete la nivel național, pe sector de activitate, domeniu etc. sau un sistem de raportare);
- **activități de organizare a unor întâlniri naționale, zonale sau locale** (manifestări științifice, consultări, schimburi de informații etc.) cu participarea tuturor actorilor implicați în asigurarea securității și sănătății la locurile de muncă;
- mai buna **utilizare, valorificare a cunoștințelor acumulate** din studiile și cercetările în domeniu, atât fundamentale, cât și aplicative;
- **dezvoltarea unor activități de formare** a specialiștilor la diferite niveluri;
- **crearea unei platforme naționale de informare cu privire la stresul în muncă.**

8.2. Măsuri generale la nivel de întreprindere

*** Identificarea și evaluarea factorilor de risc psihosociali, parte componentă a evaluării riscurilor la nivelul angajatorului**

Acțiunile preventive, corective și/sau de protejare a personalului presupun, într-o primă etapă, cunoașterea problemelor, situațiilor, identificarea și evaluarea factorilor profesionali de risc, precum și a efectelor acestora asupra stării de confort, securitate și sănătate.

Prezența condițiilor de muncă presupunând riscuri trebuie să fie detectată prin observarea reacțiilor individuale și de grup (a indicatorilor propuși).

Semnale de alertă, la nivel organizațional, care pot constitui puncte de plecare în inițierea unui demers de prevenire a riscurilor psihosociale:

- alertă din partea medicului de medicina muncii;
- plângeri recurente din partea reprezentanților salariaților privind ambianța generală a muncii (organizare, metode de muncă, mediu de muncă fizic și psihosocial etc.), acuze privind starea de sănătate;
- degradarea comunicării între colegi;
- un climat social tensionat (greve, violență etc.)

- scăderea performanțelor în activitate.

Indicatorii specifici sau semnele ce reflectă progresiv forme severe de stres - cu fenomene de **tulburare a stării individuale** pot fi:

- stări negative ale dispoziției individuale sau de grup - persistente sau recurente sau stări emoționale reflectând anxietate crescândă, depresie și iritabilitate;
- schimbare funcțională într-unul sau mai multe sisteme ale organismului indicând o activitate deviantă în raport cu limitele normale (de exemplu, frecvență cardiacă crescută);
- modificări comportamentale importante indicând modalități negative de coping - comportamente de evadare în raport cu experiențe profesionale neplăcute (de exemplu, indice crescut de absenteism fără cauze explicabile);
- modificări biochimice și/sau fiziologice cu o reversibilitate lentă, de natură nespecifică și posibil patogenă (tulburări digestive recurente, hipertensiune arterială);
- conduite aberante în detrimentul sănătății, relațiilor interpersonale, obiectivelor profesionale (de exemplu, consum excesiv de alcool);
- schimbări morfologice indicând boli somatice sau mentale (infarct de miocard, ulcer, nevroze).

Este necesară caracterizarea situației prin căutarea și găsirea indicatorilor adecvați situației concrete analizate, care pot să confirme prezența riscurilor psihosociale. În situația în care aceste riscuri au o presupusă origine colectivă, este necesară inițierea unui demers de prevenire.

Indiferent de metoda de colectare a datelor, trebuie obținute informații despre percepțiile angajaților asupra condițiilor lor de muncă și asupra nivelurilor de conștientizare și percepere a unor factori de risc psihosociali, asupra stresului, asupra stării de sănătate și satisfacției în muncă. Lista condițiilor de muncă potențial stresante, semnalele obiective de alarmă și efectele stresului asupra individului, furnizează punctele de plecare în decizia referitoare la informația care se va colecta.

Pot fi analizate, de asemenea, aspectele obiective, cum ar fi absenteismul, îmbolnăvirile și mobilitatea personalului sau problemele de performanță, în scopul stabilirii prezenței și dimensiunilor stresului la locul de muncă. În orice caz, aceste aspecte reprezintă, în cel mai bun caz, doar indicatori bruți ai stresului la locul de muncă.

Datele provenite din discuții, studii și alte surse trebuie să fie însumate și analizate, pentru a răspunde întrebărilor referitoare la condițiile de muncă și de organizare susceptibile a fi responsabile – de exemplu, există factori de risc psihosociali care să determine niveluri crescute de stres în întreaga organizație sau este o situație specifică unui singur departament sau anumitor locuri de muncă?

La procesul de evaluare participă un grup de lucru format atât din actori ai prevenirii din întreprindere, cât și experți din exteriorul acesteia, în funcție de complexitatea situației de muncă investigate. Grupul de lucru va alege din multitudinea instrumentelor, tehnicilor și indicatorilor disponibili, pe cei relevanți

pentru situația în cauză.

În continuare, după identificarea factorilor de risc și a efectelor acestora, se trece de fapt la adoptarea unor **programe de acțiuni preventive/corective**.

Aceste programe trebuie incluse în Planul de Prevenire și Protecție întocmit de angajator, conform obligațiilor din Legea nr. 319/2006, art. 7 alin. 3, pct. b și art. 13, pct. b), și conțin două grupe mari de acțiuni, având în vedere că stările de stres, de dezechilibrare, de tulburare a stării de sănătate rezultă din interacțiunea deficitară a unui cumul de factori – profesionali, extraprofesionali și individuali.

În mod prioritar, acțiunile vor viza două direcții:

- evitarea situațiilor de suprasolicitare și de stres prin eliminarea sau reducerea factorilor profesionali de risc;
- ajutarea, susținerea personalului pentru a face față factorilor și situațiilor de risc imposibil de eliminat.

*** Acțiuni de eliminare sau reducere a factorilor profesionali de risc**

Din punctul de vedere al direcțiilor de acțiune sunt vizate următoarele aspecte:

- modificările activității;
- exigențele muncii;
- conflictele de valori și exigențe;
- relațiile și comportamentele.

Astfel, acțiunile se referă la:

- **schimbarea organizațională:** realizarea de proiecte privind schimbările în întreprindere, cu implicarea persoanelor vizate; anticiparea impactului acestora asupra condițiilor de muncă; revenirea și corectarea unei schimbări care nu a dat rezultatele scontate;
- **reproiectarea activității:** modificarea conținutului activității, îmbogățirea sarcinilor, alternarea diferitelor sarcini, eliminarea activităților fracționate și simplificate; furnizarea de marje de manevră în procedurile de lucru; asigurarea corespondenței între competențe și exigențele posturilor;
- **măsuri organizatorice:** modificarea modului de organizare a activității - o mai mare autonomie în activitate, creșterea autonomiei echipelor de lucru în gestionarea sarcinilor și ritmului de lucru, atribuirea de responsabilități, organizarea rațională a timpului de muncă și de odihnă, program de lucru care să permită activități extraprofesionale (echilibru muncă – viața extraprofesională); adaptarea obiectivelor și a mijloacelor în relație cu efortul în muncă;
- **optimizarea ergonomică a mediului și locului de muncă:** optimizarea factorilor ambientali (microclimat, iluminat, colorit etc.) și de amenajare a posturilor de muncă, evitarea încărcării prea mari a spațiului de muncă sau, din contră, a muncii în condiții de izolare etc.;
- **informarea corespunzătoare privind procesul de muncă** (de producție), informare timpurie referitoare la orice modificare tehnologică și de introducere de noi tehnici și tehnologii;
- **antrenarea lucrătorilor, angajaților** la luarea unor decizii privind măsuri organizatorice, metode de muncă;

- **formarea și educarea corespunzătoare:** o educație în domeniul sănătății, cunoașterii și recunoașterii riscurilor psihosociale, a măsurilor preventive;
- **măsuri de ameliorare a mediului psihosocial:** participarea personalului la luarea deciziilor; aprecieri și încurajări din partea superiorilor; susținere din partea colegilor și subordonaților; favorizarea unui climat de încredere și de colaborare; prevenirea hărțuirii, a relațiilor degradate; garanția menținerii postului; perspective în promovarea profesională (parcurs profesional motivant și sigur); concilierea exigențelor muncii cu aspirațiile salariaților; elaborarea unei strategii de recunoaștere și de remunerare, a unor instrumente și criterii de evaluare a performanțelor corecte și transparente etc., toate acestea creând sentimentul controlului individual asupra mediului social.

★ **Acțiuni de formare a strategiilor de adaptare la stres și de „prim ajutor psihologic” în caz de distres:**

- **Acțiuni de formare a strategiilor de adaptare la stres.** Având în vedere faptul că prima cale de luptă împotriva riscurilor și factorilor de risc pentru sănătatea și securitatea în muncă nu poate conduce la eliminarea totală a factorilor și situațiilor care suprasolicite și/sau stresează personalul, sunt necesare și măsurile de protejare și susținere a acestuia din urmă. În primul rând, personalul trebuie învățat și ajutat **să-și formeze strategii de adaptare** la factorii și problemele respective (denumite strategii de "coping"), strategii care-i ajută să facă față diverselor probleme cu care se confruntă.

Pentru anumite situații, acestea pot fi incluse în Instrucțiuni proprii de securitate și sănătate în muncă.

- **Acțiuni de „prim-ajutor psihologic” în caz de distres.** A doua categorie de acțiuni desfășurate în scopul ajutorării personalului în raport cu situațiile stresante se referă la situațiile în care, deși s-au luat măsuri, fie de reducere a factorilor de risc, fie de formare a unor strategii eficiente de adaptare la acești factori, apar semne ale unor efecte negative asupra organismului. În aceste situații, se acționează printr-un ansamblu de tehnici denumite de anumiți autori „prim-ajutor psihologic în caz de distres".
- După aceasta se trece la alegerea și aplicarea uneia sau a mai multora dintre metodele și tehnicile enumerate în continuare, având ca scop final refacerea echilibrului interior al organismului și a echilibrului individ-exigențe profesionale:
 - ⇒ **Tehnici de relaxare:** trainingul autogen, metoda Jacobson, relaxarea musculară progresivă, meditația
 - ⇒ **Biofeedback** – metodă de autocontrol și/sau de relaxare
 - ⇒ **Terapie comportamentală și de desensibilizare**
 - ⇒ **Exercițiile fizice**
 - ⇒ **Regimul alimentar**
 - ⇒ **Ergoterapia**

★ **Actorii implicați în demersul de prevenire a riscurilor psihosociale:**

Un demers de prevenire eficient necesită acțiunea concertată a mai multor actori,

atât din interiorul, cât și din exteriorul întreprinderii.

Actori interni	Roluri
Conducătorul întreprinderii sau comitetul de direcție	- Integrarea sănătății în strategia întreprinderii; - Angajarea și implicarea întreprinderii în demers; - Desemnarea și sprijin acordat echipei care va realiza demersul; - Validarea acțiunilor ce trebuie întreprinse; - Informarea lucrătorilor.
Serviciul medical (medic de medicina muncii, asistent) și psiholog	- Realizarea unei evidențe clare privind starea de sănătate colectivă fizică și mentală; - Culegerea și analizarea plângerilor; - Furnizarea și analizarea indicatorilor de alertă privind starea de sănătate; - Contribuție din punct de vedere al sănătății în stabilirea soluțiilor.
Serviciul de prevenire și protecție/ Persoana desemnată/ Angajatorul/ Reprezentanții personalului	- Articularea acțiunilor cu prevenirea riscurilor; - Furnizarea și analizarea indicatorilor privind riscurile profesionale; - Asigurarea luării în considerare a punctului de vedere al lucrătorilor; - Culegerea și analiza plângerilor; - Participarea la stabilirea unui diagnostic și la alegerea soluțiilor; - Diseminarea informațiilor privind acțiunile întreprinse.
Conducătorul locului de muncă	- Furnizarea de informații, cerințe din partea conducătorilor locurilor de muncă; - Furnizarea de indicatori de alertă privind performanța; - Participarea la diagnostic, la alegerea soluțiilor; - Informarea subordonaților direcți privind acțiunile întreprinse.
Serviciul de resurse umane	- Furnizarea și analizarea indicatorilor de alertă privind datele sociale și umane; - Participarea la diagnostic, la alegerea soluțiilor.
Serviciul de calitate	- Furnizarea și analizarea indicatorilor de alertă privind calitatea și producția; - Participarea la diagnostic, la alegerea soluțiilor.
Lucrătorii vizați de demers	- Furnizarea punctului lor de vedere privind activitatea de muncă și exigențele acesteia; - Exprimarea percepției lor privind activitatea și a modului în care resimt riscurile psihosociale; - Participarea la stabilirea diagnosticului și la elaborarea soluțiilor.

Competențele interne nu sunt întotdeauna suficiente pentru parcurgerea tuturor etapelor unui demers de prevenire a riscurilor psihosociale, necesitând recurgerea la specialiști sau organisme competente din exteriorul întreprinderii.

Actori externi	Roluri
Servicii externe de prevenire și protecție și servicii medicale externe	- Urmărirea stării de sănătate și a condițiilor de muncă; - Realizarea unui diagnostic aprofundat; - Urmărirea acțiunilor și impactul lor asupra stării de sănătate.
Consultanți externi: ergonomi, psihologi, medici de medicina muncii	- Identificarea și evaluarea riscurilor psihosociale; - Realizarea diagnosticului; - Structurarea acțiunilor; - Urmărirea implementării, evaluarea rezultatelor.
Instituții de specialitate în domeniul prevenirii riscurilor profesionale	- Consiliere, formare și sprijin acordat întreprinderilor privind prevenirea riscurilor profesionale; - Formarea unor evaluatori interni; - Consiliere și formare privind bunele practici; - Sprijin acordat întreprinderilor în proiecte de schimbare în activitate.
Inspecția muncii	- Controlarea aspectelor reglementare; - Consiliere privind bune practici.

★ **Demersul de prevenire a riscurilor psihosociale necesită o abordare complexă, pluridisciplinară și participativă, ceea ce definește un demers ergonomic.**

★ Trebuie mobilizate cunoștințe:

- **Tehnice:** mașini, produse, procese de muncă etc.;
- **Umane:** interacțiuni între om și muncă, înțelegerea activității și a determinantilor săi;
- **Medicale:** legături între sănătatea fizică și mentală și muncă;
- **Psiho-sociologice:** înțelegerea scopurilor activității și a efectelor sale asupra indivizilor (aspecte sociale ale muncii, funcționarea colectivelor de muncă etc.);
- **Organizaționale:** alegerea modurilor operatorii individuale și colective etc.;
- **Manageriale:** delegare de responsabilități, susținere pe teren, mod de raportare, recunoaștere etc.;
- **Privind reglementările și gestionarea:** alegerea indicatorilor de performanță, a criteriilor de evaluare etc.

★ **Prima condiție de succes a demersului este angajamentul puternic și durabil al conducerii, care va fi un motor al acțiunilor de prevenire și a cărei formare privind riscurile psihosociale este deosebit de importantă.**

În continuare, este prezentat un exemplu de demers de prevenire a riscurilor psihosociale¹.

„DEMERS DE PREVENIRE A RISCURILOR PSIHOSOCIALE”

Demersul de prevenire a riscurilor psihosociale presupune parcurgerea unor etape cât mai bine adaptate caracteristicilor și mărimii fiecărei întreprinderi. Demersul global prezentat în continuare poate fi particularizat pe orice situație de muncă în care se dovedește prezența riscurilor psihosociale, caz în care, el va fi adaptat contextului particular respectiv.

În principal, acest demers cuprinde următoarele cinci etape:

1. Angajamentul conducerii privind politica în domeniul SSM, obiectivele și mijloacele, asocierea partenerilor sociali, serviciului de sănătate și securitate în muncă, informarea salariaților.

Obiectivul acestui demers, mai ales dacă acesta este condus în mod riguros și cu participarea tuturor actorilor implicați, este de a stabili soluții la problemele identificate cu impact, mai ales, asupra organizării muncii. Este important ca, prin angajamentul său, conducerea să-și exprime sprijinul pentru punerea în aplicare a măsurilor. Participarea lucrătorilor, a reprezentanților acestora, a sindicatelor în procesul de evaluare a riscurilor psihosociale este extrem de importantă pentru orice acțiune de prevenire care s-ar dovedi necesară. Serviciile medicale, medicul de medicina muncii, psihologul, în special, reprezintă actori indispensabili în acest demers.

2. Culegerea informațiilor: etapa de pre-diagnostic.

În materie de riscuri psihosociale informațiile vizează mai multe aspecte legate de:

- funcționarea întreprinderii: timp de lucru, programe atipice, situația concediilor, mișcarea personalului, absenteism, formare, evoluția remunerării etc.
- relații sociale: tensiuni, conflicte identificate, funcționarea structurilor reprezentative ale personalului etc.
- sănătatea și securitatea lucrătorilor: accidente de muncă, boli profesionale sau legate de profesie, stări de rău, de suferință în muncă, activitatea serviciilor medicale de sănătate a muncii, controale medicale la cerere etc.

Culegerea și analiza datelor se fac cu sprijinul serviciilor medicale și țin seama de opiniile partenerilor sociali. Urmărirea lor în timp permite o viziune evolutivă, inclusiv privind depistarea precoce a unor semne și simptome.

3. Evaluarea factorilor de risc psihosociali: etapa de diagnostic.

Scopul acestei etape este de a identifica factorii de stres pentru lucrători, ceea ce permite cunoașterea acelor factori asupra cărora trebuie acționat pentru a elimina/reduce stresul, fără implicații asupra vieții private. Factorii de risc importanți pot fi grupați în:

- exigențe ale activității și organizarea acesteia: cerințe privind volumul de activitate, presiunea temporală, calitatea, complexitatea și gradul de concentrare pe care-l necesită; cerințe contradictorii; autonomie în muncă: previzibilitate, marjă de manevră procedurală; exigențe

¹ adaptat după un model francez (ELVIE, 2009) /70/.

- emoționale: relații cu publicul, contactul cu suferința, teama;
- managementul și relațiile de muncă: natura și calitatea relațiilor cu colegii, superiorii: suport social, recunoaștere, remunerare, justiție organizațională;
- luarea în considerare a valorilor și așteptărilor lucrătorilor: utilizarea și dezvoltarea competențelor, conciliere între viața profesională și cea personală, conflicte de etică;
- schimbări ale muncii: conceperea modificărilor de orice tip, tehnologii noi, lipsa de siguranță a locului de muncă, restructurări etc.

Diagnosticul poate fi construit pornind de la date cantitative la care trebuie asociate date calitative rezultate din discuții, interviuri, observații pe teren etc., date fără de care diagnosticul n-ar fi suficient de precis.

4. Elaborarea unui plan de acțiune conținând măsuri concrete²

Parcurgerea etapei de diagnostic și rezultatele acesteia permit identificarea direcțiilor de ameliorare din planul de acțiuni de prevenire: acțiuni asupra organizării muncii, suport pentru lucrători, luarea în considerare a persoanelor în suferință:

- acțiuni vizând suprimarea sau reducerea riscului la sursă din punctul de vedere al organizării muncii: organizarea mediului fizic, proceduri, sarcini, timp de lucru, relații cu publicul, volumul de muncă; analiza în amonte a schimbărilor, restructurare și cuantificarea impactului asupra organizației și persoanelor, circuit de informații, relații de muncă, etc. = **prevenire primară**;
- acțiuni care vizează reducerea sau limitarea riscului prin furnizarea de mijloace adecvate lucrătorilor, individual sau colectiv, pentru a face față mai eficace stresului și diferitelor riscuri: formarea lucrătorilor privind situațiile de muncă ce pot să-i expună la riscuri psihosociale și a situațiilor când acțiunile lor pot crea riscuri psihosociale, privind gestiunea stresului, a violenței externe, tehnici de relaxare, de coping; formarea managerilor privind înțelegerea și exercitarea rolului lor în relație cu aceste situații de muncă, punerea în aplicare de proceduri de alertă etc. = **prevenirea secundară**;
În această etapă, tensiunile sunt considerate ca inevitabile sau, în orice caz, prezente, și întreprinderea acționează asupra consecințelor lor, pentru a învăța să le gestioneze. Întreprinderea trebuie să ajute salariații să înțeleagă riscurile și caracteristicile lor și să-i sprijine pentru a face față mai bine situațiilor critice.
- acțiuni de remediere a efectelor riscurilor care nu au putut fi evitate: analiză, remedierea disfuncționărilor, a conflictelor; acțiuni privind ameliorarea stării de sănătate și diminuarea suferinței psihologice a persoanelor afectate; monitorizare, urmărirea reintegrării în activitate etc. = **prevenirea terțiară**.

Acțiunile care vizează modificarea organizării muncii sunt esențiale; ele vizează determinanții activității și au impact direct asupra calității muncii.

Planul de acțiune va viza măsuri privind toți factorii de risc menționați, măsuri stabilite de comun acord cu sindicatele, reprezentanții lucrătorilor, reprezentând, de fapt, rezultatul unui demers de prevenire global, participativ și multidisciplinar.

5. Implementarea măsurilor și auditul privind rezultatele acestei

² parte componentă a Planului de Prevenire și Protecție.

implementări pentru a urmări eficiența demersului. În situația în care condițiile se schimbă, demersul trebuie reluat.

În continuare este prezentată o metodologie de intervenție privind riscurile psihosociale care poate fi aplicată în una din următoarele situații:

- dacă se dorește să se contureze o imagine precisă și obiectivă a situației, primul pas care trebuie făcut este de a lua pulsul lucrărilor, a realiza un prim diagnostic, a repera factorii de tensiune prezenți în diferite sectoare ale întreprinderii;
- dacă este cazul unei intervenții pe o situație existentă reperată plecând de la semnale de alertă, de criză individuală sau colectivă;
- în cazul unei intervenții preventive, așa cum este de fapt de dorit.

În fiecare din cazuri trebuie să se răspundă la următoarele întrebări: Ce este de făcut? Cine acționează? Cu ce mijloace?

În tabelul următor sunt prezentați pașii care trebuie urmați.

Demers de prevenire și acțiuni de intervenție în raport cu riscurile psihosociale

Acțiune privind	Tip de intervenție	Soluție	Tip de acțiune posibilă	Persoane responsabile	Modalități de realizare
Exigențele muncii și organizarea sa	Prevenire <i>Sarcina de muncă este bine repartizată</i> <i>Responsabilitățile sunt clar identificate</i> <i>Lucrătorii au marje de manevră și sarcini variate</i>	Trebuie echilibrate exigențele sarcinii în funcție de mijloacele disponibile	Supravegherea sarcinii de muncă Verificarea competențelor disponibile	Angajatorul Responsabilii cu organizarea muncii Responsabilii cu producția, conducătorii locurilor de muncă Reprezentanții salariaților	Măsurarea volumului muncii Diagnosticul organizării întreprinderii Fișe de post – Planificarea producției și a resurselor umane Stabilirea de obiective ce țin cont de competențele fiecăruia Fixarea, realizarea și evaluarea periodică a obiectivelor Asigurarea posibilității de control a lucrătorilor asupra ritmului de lucru și incidentelor Asigurarea rotării și polivalenței în activitate la locurile de muncă Luarea în considerare a opiniilor lucrătorilor privind îmbogățirea sarcinilor lor de muncă Indicatori de sănătate Indicatori de gestiune Formarea lucrătorilor în relația cu clienții

Acțiune privind	Tip de intervenție	Soluție	Tip de acțiune posibilă	Persoane responsabile	Modalități de realizare
	Intervenție pe o situație existentă Acuze: Stare de epuizare a lucrătorilor Personal insuficient Violență la locul de muncă etc.	Trebuie gestionate problemele și reglate tensiunile individuale și colective rezultate din organizarea activității	Acțiune asupra conținutului activității prin: - îmbogățirea sarcinilor - adaptarea posturilor de lucru pentru persoanele în dificultate - promovarea polivalenței în activitate, a rotației la locurile de muncă, a muncii în echipă Evitarea sau reducerea instrucțiunilor contradictorii prin: - stabilirea adecvată a timpului de lucru - oferirea de marje de manevră lucrătorilor pentru a-și gestiona volumul muncii și efortul în muncă - asigurarea unor perioade de recuperare - revizuirea obiectivelor	Angajatorul Responsabilii cu producția și organizarea muncii Medicul de medicina muncii, serviciile de prevenire Reprezentanții salariaților	Pregătirea întoarcerii la serviciu a unei persoane după o perioadă de absență de lungă durată Căutarea de posturi adecvate pentru persoanele inapte temporar Organizarea de dezbateri privind practicile de muncă în compartimente expuse la situații critice Analizarea rezultatelor diferitelor soluții implementate pentru a identifica și a pune în valoare bune practici Organizarea planificării prin consultarea tuturor factorilor interesați Măsuri de asigurare a integrării noilor angajați Amenajarea corespunzătoare a locurilor și posturilor de muncă Indicatori de producție Instrumente de comunicare adecvate

Acțiune privind	Tip de intervenție	Soluție	Tip de acțiune posibilă	Persoane responsabile	Modalități de realizare
			• utilizarea adecvată a competențelor personalului • gestionarea de către conducătorii locurilor de muncă a tensiunilor care pot apărea între cerințele angajatorului și echipa de lucru Asigurarea cooperării și comunicării prin: • acțiune asupra sistemului de informare și a mijloacelor de comunicare • formarea lucrătorilor privind munca în echipă, amenajarea posturilor de lucru și cerințele de performanță		

Acțiune privind	Tip de intervenție	Soluție	Tip de acțiune posibilă	Persoane responsabile	Modalități de realizare
Managementul relațiilor de muncă	Prevenire <i>Munca este recunoscută</i> <i>Domnește un spirit de echipă bun</i> <i>Condițiile de viață în întreprindere sunt plăcute</i> <i>Condițiile de muncă sunt subiectul unui dialog social deschis și echilibrat</i>	Relațiile de muncă trebuie organizate astfel încât să fie eficiente și armonioase	Conceperea, implementarea și formarea privind: gestionarea relațiilor și a conflictelor printr-un management eficient și bazat pe respect pentru oameni	Angajatorul Conducătorii locurilor de muncă Psihologul Reprezentanții lucrătorilor	Formarea managerilor Grupe de lucru Participarea lucrătorilor la elaborarea unei politici de prevenire Prevenirea hărțuirii Procedură de alertă în ceea ce privește stările de rău sau comportamentele ce aduc atingere integrității fizice și/sau psihice Gestionarea diversității culturale, a relațiilor între generații, a egalității de șanse în exercitarea activității Implementarea unor indicatori privind: - satisfacție/insatisfacție; - acuze; - climat social; - rezultate.

Acțiune privind	Tip de intervenție	Soluție	Tip de acțiune posibilă	Persoane responsabile	Modalități de realizare
	Intervenție pe o situație existentă Indicatori: <i>Există dispute, nu există într-ajutorare</i> <i>Lipsă de respect</i> <i>Fluctuație de personal</i> <i>Injustiție la locul de muncă</i> <i>Există persoane în criză, se manifestă tendințe suicidale</i>	Trebuie gestionate disfuncționările și conflictele individuale și colective	• Asigurarea reinte-grării individului în colectivul de muncă • Dezvoltarea rolului de susținere al conducerii • Asigurarea unui cadru de încredere și de dialog între actorii implicați • Asigurarea echilibrului între tratamentul individual și cel colectiv • Promovarea colaborării între lucrători • Promovarea dialogului social • Prevenirea degradării relațiilor între angajați	Angajatorul Medicul de medicina muncii, serviciile de sănătate în muncă Psihologul Cei ce se ocupă cu prevenirea Reprezentanții lucrătorilor	Suport asigurat persoanelor implicate în situații de hărțuire morală Supravegherea lucrătorilor după un incident violent (stres post-traumatic) Recuperare Sfaturi privind conduita în cazul unei tentative de suicid Acțiune asupra factorilor organizaționali în cazul unei crize individuale sau colective Formare privind „gestionarea conflictelor” Facilitarea întâlnirilor formale și informale în cadrul aceluiași serviciu și între servicii Redefinirea obiectivelor Formarea personalului privind gestionarea stresului Formarea personalului care vine în contact cu clienți, utilizatori privind gestionarea situațiilor de violență

Acțiune privind	Tip de intervenție	Soluție	Tip de acțiune posibilă	Persoane responsabile	Modalități de realizare
			Prevenirea violenței în muncă, a hărțuirii, discriminărilor, dependențelor de orice fel		Analiza cauzelor în cazul creșterii incidentelor Bilanț privind mediul social al muncii Gestionarea situațiilor de criză Suport medico-social
Luarea în considerare a valorilor și așteptărilor lucrătorilor	Prevenire <i>Munca permite concilierea vieții personale cu cea profesională</i> <i>Condițiile de muncă sunt atractive</i> <i>Perspectivă de angajare și de ascensiune în carieră sunt satisfăcătoare</i>	Trebuie realizat echilibrul între așteptările individuale și obiectivele întreprinderii	Organizarea și asigurarea: - echilibrului vieții personale cu viața profesională - gestionării stresului - gestionării rutei profesionale - sprijinirii individualizate a noilor angajați în vederea integrării - suportului din partea șefilor direcți	Conducătorul locului de muncă Medicul și serviciul de sănătate în muncă Psihologul Reprezentanții lucrătorilor	Oportunități pentru dezvoltarea carierei Monitorizarea individuală Propunerea de posturi de lucru cu timp parțial la alegere Orare flexibile Promovare pe plan intern Concedii de studii Plan de formare profesională Servicii și facilități la dispoziția salariaților (creșă, transport, cantină) Activități fizice sau de destindere Acțiuni de promovare a sănătății (relativ la alimentație, fumat, consumul de alcool)

Acțiune privind	Tip de intervenție	Soluție	Tip de acțiune posibilă	Persoane responsabile	Modalități de realizare
					Amenajarea încăperilor (iluminat, zgomot, ventilație, plante decorative)
	Intervenție pe o situație existentă Indicatori: <i>Program prelungit</i> <i>Lipsa de speranță pentru viitor</i> <i>Lipsa recunoașterii</i> <i>Tratament necorespunzător din partea clienților</i> <i>Lipsa posibilității de ocupare a unui post de conducere</i>	Trebuie furnizate mijloace de acțiune persoanelor implicate și trebuie acordat suport de la primele simptome	Reglarea eventualelor tensiuni privind implicarea individuală a lucrătorului în raport cu cerințele activității Căutarea echilibrului între muncă și viața personală Asigurarea unor rute profesionale motivante și sigure	Angajatorul Medicul de medicina muncii, serviciile medicale Psihologul Reprezentanții lucrătorilor	Gestionarea crizei Susținere medico-socială Susținere post-traumatică Planificarea programului, a pauzelor, a concediilor Instaurarea unei perioade de preaviz în caz de modificare a planificării Susținere pe ruta profesională individuală Sensibilizarea clienților în ceea ce privește respectul față de salariați Dezvoltarea de instrumente de evaluare a salariaților ținând seama de realitatea muncii Dezvoltarea unei politici de remunerare și de recunoaștere a muncii Formarea salariaților privind gestionarea relației cu clienții

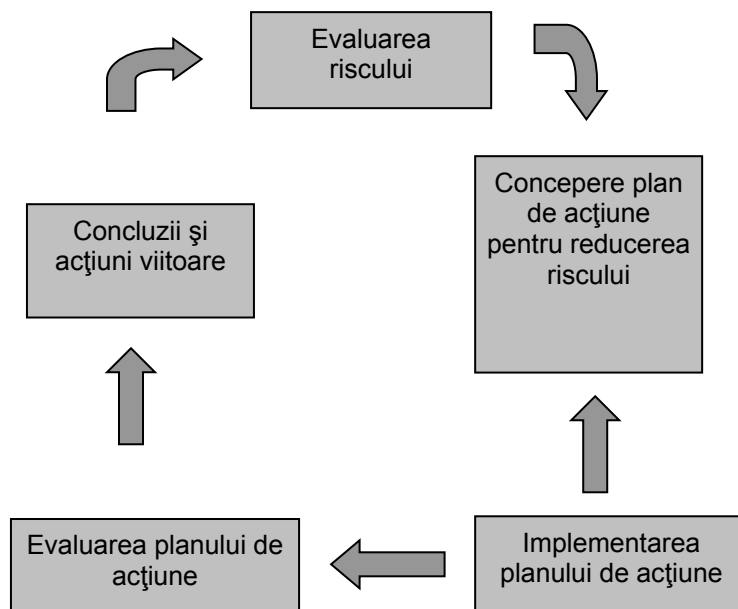
Acțiune privind	Tip de intervenție	Soluție	Tip de acțiune posibilă	Persoane responsabile	Modalități de realizare
Schimbări în activitate	Prevenire <i>Sunt anticipate consecințele schimbărilor tehnice sau organizatorice asupra angajatului și condițiilor de muncă</i> <i>Salariații au un punct de vedere asupra viitorului lor profesional</i>	Trebuie anticipate și explicate schimbările și trebuie oferit suport adecvat	Să se asigure la fiecare nivel o informare și o consultare cât se poate de precoce și de precise Să se aibă în vedere nevoile persoanelor afectate de schimbare	Angajatorul împreună cu reprezentanții lucrătorilor și toate eșaloanele ierarhice succesive Responsabilii cu schimbarea la nivel organizațional	Comunicare privind viitorul întreprinderii, schimbările tehnologice și economice Urmărirea modului de implementare a schimbărilor Formarea utilizatorilor Formarea elaboratorilor de proiecte
	Intervenție pe o situație existentă Indicatori: <i>Salariații își pun întrebări referitoare la:</i> - ce se va întâmpla în viitor - dacă-și vor păstra locul de muncă - dacă vor avea același șef și dacă vor face parte din aceeași echipă - dacă nu era mai bine înainte	Trebuie oferit sprijin adecvat pentru depășirea dificultăților datorate schimbărilor	Elaborarea unui plan de măsuri pentru asigurarea suportului în vederea depășirii dificultăților datorate schimbării	Angajatorul Actorii restructurării Psihologul Reprezentanții lucrătorilor	Planificarea acțiunilor de suport Suținere post-traumatică, psihiatrică (daca este cazul) Monitorizare Comunicare privind viitorul întreprinderii, schimbările tehnologice și economice Formarea utilizatorilor

9. RECOMANDĂRI PENTRU ANGAJATORI. RECOMANDĂRI PENTRU LUCRĂTORI

9.1. Recomandări pentru angajatori

- Managementul riscurilor, deci și al celor psihosociale, reprezintă în mod esențial o abordare de rezolvare a problemelor de sănătate și securitate și oferă un vehicul pentru îmbunătățirea continuă a activității și condițiilor de muncă și astfel, a sănătății lucrătorilor și a sănătății organizațiilor lor.
- Asigurați-vă că managementul riscurilor se desfășoară pe baza următoarelor cinci acțiuni:
 1. o analiză a situației și o evaluare a riscurilor,
 2. conceperea unui plan de acțiune pentru reducerea riscului de stres în muncă,
 3. implementarea aceluia plan de acțiune, și
 4. evaluarea sa, și
 5. concluzii și acțiuni viitoare pe baza rezultatelor acelei evaluări, monitorizare, reevaluare.

Ciclul managementului riscurilor



Etapele de bază pe care trebuie să le urmați în managementul stresului:

- Gândiți-vă la diferitele grupuri de muncă sau locuri de muncă ce alcătuiesc organizația dv. Întrebați-vă care ar putea fi cele mai stresate sau cele mai stresante.

!!! Cel mai bun mod de a afla dacă angajații dumneavoastră au probleme în activitate și de ce este de a sta de vorbă cu ei.

- *Trebuie să-i întrebați pe lucrători direct care sunt problemele lor în legătură cu munca și dacă își simt sau nu securitatea și sănătatea amenințate de muncă;*
 - *Puteți să le cereți lucrătorilor să descrie trei din „cele mai bune” și trei din „cele mai proaste” aspecte ale activității lor și să spună dacă ei cred că vreunul dintre aceste aspecte îi face să se simtă într-o stare de tensiune prea mare;*
 - *Puteți să le cereți lucrătorilor să răspundă la un set de întrebări mai detaliate, bazate pe o listă alcătuită anterior și care inventariază cauzele, situațiile care pot fi surse posibile de stres, întrebându-i dacă vreuna dintre acele posibile probleme se pot aplica propriei lor activități;*
 - *Întrebările formulate special pentru contextul de muncă respectiv par să fie mai utile în proiectarea acțiunilor viitoare decât oricare întrebare luată de-a gata.*
- Ce dovezi aveți pentru aceasta? (de exemplu, numărul mare al absențelor, starea de sănătate precară, număr mare de accidente, moral scăzut, plângeri din partea lucrătorilor sau a sindicatelor, productivitate scăzută etc.).
 - Investigați modul în care este proiectată și condusă activitatea acestor grupuri sau locuri de muncă și examinați condițiile lor de muncă.
 - Identificați, colectați și discutați asupra dovezilor de care dispuneți. Lucrați în echipă cu alte persoane care cunosc și înțeleg grupurile de muncă și locurile de muncă respective. Consultați-vă cu lucrătorii sindicatele, reprezentanții lucrătorilor și CSSM-ul, în discuții de grup.
 - Identificați problemele principale și efectele lor.
 - Discutați aceste informații cu conducătorii responsabili și cu alte persoane relevante, cum ar fi specialiștii în sănătate și securitate în muncă și sindicatele.
 - Realizați un plan de acțiune care să fie adecvat, rezonabil și practic, integrat în Planul de Prevenire și Protecție.
 - Discutați modul în care acest plan poate fi implementat și făcut să funcționeze. Informați lucrătorii în legătură cu planul și modul în care va fi implementat.
 - Înainte de implementare, stabiliți în ce fel acest plan poate fi cel mai bine evaluat.

- Implementați și evaluați planul de acțiune.
 - Discutați rezultatele evaluării. Ce învățăminte se pot trage din succesele și eșecurile planului de acțiune? Ce se poate face în momentul respectiv?
 - Revizuiți planul de acțiune și implementați unul nou care să se orienteze către riscurile care nu au fost luate în considerare.
- Un bun angajator proiectează și conduce activitatea în așa fel încât să evite factorii comuni de risc pentru stres și previne, pe cât posibil, problemele ulterioare.

Activitatea bine concepută trebuie să includă:	
Structură organizatorică și practici clare	Angajații trebuie să fie informați clar despre structura, scopul și practicile organizației.
Selecția adecvată, formarea și dezvoltarea personalului	Pregătirea fiecărui angajat, cunoștințele și abilitățile sale trebuie să se potrivească, pe cât posibil, nevoilor fiecărei activități Candidații pentru fiecare loc de muncă trebuie evaluați pentru a face față cerințelor activității Atunci când este necesar, trebuie să se ofere o formare adecvată Este important să existe o supraveghere și o îndrumare efectivă pentru a proteja personalul de stres.
Conținut al activității care să permită angajatului înțelegerea activității întreprinderii și a propriului rol în cadrul acesteia	Descrierea activității se va baza pe înțelegerea politicii, obiectivelor și strategiei organizației, pe scopul și organizarea muncii și pe modul în care se va măsura performanța. Este important ca managerul să fie conștient de detaliile relevante ale activității și să se asigure că cerințele sunt adecvate. Cu cât angajații înțeleg mai bine ce au de făcut, cu atât ei vor putea să-și canalizeze eforturile pentru a-și face bine munca.
Comunicare	Conducătorii trebuie să vorbească cu personalul, să-l asculte și să se asigure că au fost înțeleși. Comunicarea clară și pe înțelesul tuturor a ceea ce se așteaptă de la lucrători, precum și în legătură cu conținutul activității.

Mediul social	Angajamentele conducerii față de personal trebuie să fie clare și să fie respectate. Un nivel rezonabil de socializare și muncă în echipă este adesea productiv, deoarece ajută la creșterea implicării față de muncă și față de grupul de lucru.
----------------------	---

- Sistemele de management al factorilor de risc psihosociali și al stresului, ca efect al acțiunii acestor factori, trebuie dezvoltate în organizațiile unde a fost identificată această necesitate și trebuie elaborate astfel încât să acopere atât strategiile preventive, cât și intervenții pentru implementarea soluțiilor de corecție. Aceste sisteme fac parte din Sistemul de management general al unității / întreprinderii.

Aplicarea unor bune practici de management, care să includă o organizare adecvată a muncii, o atitudine colectivă corectă și un stil managerial adecvat, va contribui la reducerea nivelurilor nedorite de stres la locul de muncă și al expunerii la factorii psihosociali determinanți.

Organizațiile trebuie să dezvolte o cultură a locului de muncă, în care importanța factorilor satisfacției în muncă (flexibilitate, autonomie, securitate, recunoaștere, dreptul de proprietate, participare și implicare) este egală cu importanța relațiilor industriale stabile.

Angajatorii din astfel de organizații trebuie să fie siguri că sănătatea, securitatea și moralul angajaților sunt legate direct de satisfacția în muncă a acestora, de productivitate și de satisfacerea clienților.

Managementul factorilor psihosociali de risc trebuie să acorde prioritate schimbării la nivel organizațional, în scopul îmbunătățirii condițiilor de muncă.

Dar o combinație între schimbarea la nivel organizațional și managementul stresului (altfel spus, acționarea simultană asupra cauzelor și a efectelor identificate) reprezintă, deseori, cea mai utilă abordare în reducerea/eliminarea factorilor psihosociali de risc și a stresului în muncă.

- Asigurați-vă că efortul în muncă este compatibil cu capacitățile și resursele angajaților.
- Proiectați posturile de muncă astfel încât să prezinte sens, stimulare și oportunități de utilizare a capacităților angajaților.
- Definiți clar rolurile și responsabilitățile angajaților.
- Dați angajaților posibilitatea să participe la decizii și acțiuni care le influențează munca.
- Îmbunătățiți comunicarea – reduceți incertitudinea referitoare la dezvoltarea în carieră și la planurile de angajare viitoare.
- Furnizați angajaților oportunități de interacțiune socială.

- Stabiliți programe de muncă astfel încât să fie compatibile cu cerințele și responsabilitățile extraprofesionale.

➤ **Acordați atenție pașilor ce trebuie urmați în demersul de management al factorilor psihosociali de risc și de prevenire a stresului profesional**

Moralul scăzut, acuzele de sănătate și plângerile în raport cu munca și randamentul scăzut al angajaților reprezintă, deseori, primele semne ale expunerii personalului la factori psihosociali de risc și ale prezenței stresului la locul de muncă. Dar uneori, acestea nu sunt semne – cheie, în special în cazul în care angajații se tem să nu-și piardă locurile de muncă. Lipsa semnelor evidente nu reprezintă un motiv corect pentru respingerea preocupărilor referitoare la stresul la locul de muncă sau pentru minimalizarea importanței unui program de prevenire.

Pasul 1 – Identificarea problemei

Cea mai bună metodă de explorare a existenței unor factori de risc de natură psihosocială, ca și a sursei unei probleme de stres în cadrul organizației depinde, în parte, de mărimea organizației și resursele disponibile.

Discuții de grup între manageri, conducători ai locurilor de muncă și angajați pot reprezenta surse importante de informații. Asemenea discuții pot reprezenta tot ce este nevoie pentru a remedia problema într-o companie mică. Într-o companie mai mare, asemenea discuții pot fi utilizate ca ajutor în studiile formale de proiectare pentru culegerea de informații asupra condițiilor de muncă stresante, de la un număr mare de angajați.

N.B. Conceperea studiului, analiza datelor și alte aspecte ale unui program de management al factorilor psihosociali de risc pot necesita ajutorul din partea unor experți din cercetare, de la nivel universitar sau de la o firmă de consultanță. În orice caz, autoritatea supremă în programul de prevenire va rămâne organizația dumneavoastră.

Deci, asigurați:

- Discuții de grup cu angajații.
- Proiectarea unui studiu al angajaților.
- Măsurarea percepțiilor angajaților în raport cu condițiile de muncă, stres, sănătate și satisfacție.
- Colectarea datelor obiective.
- Analiza datelor pentru identificarea și localizarea problemei și a condițiilor de muncă stresante.

Pasul 2 – Conceperea și implementarea intervențiilor

Odată ce au fost identificați factorii psihosociali de risc și a fost înțeleasă dimensiunea problemei, este pregătită trecerea la stadiul de concepere și implementare a unei strategii de intervenție.

În organizațiile mici, discuțiile informale, care au ajutat la identificarea problemelor, pot produce și idei fructuoase pentru prevenire. În organizațiile mari, poate fi necesar un demers formalizat. În mod frecvent, este constituită o echipă care să elaboreze recomandări, pe baza unei analize a datelor provenite din Pasul 1 și prin consultare cu experți din afară.

Anumite probleme, cum ar fi mediul de muncă, pot prevala în cadrul organizației și pot necesita intervenții la nivelul întregii organizații. Alte probleme, cum ar fi suprasolicitarea în muncă, pot exista numai în anumite departamente și, astfel, să necesite soluții mai înguste, cum ar fi reproiectarea modului de executare a sarcinilor.

Există și probleme care pot fi specifice anumitor angajați și rezistente la orice tip de schimbare organizațională, cerând în schimb intervenții de management al factorilor psihosociali și al stresului la nivelul indivizilor sau de asistență acordată angajaților. Unele intervenții pot fi implementate rapid (de exemplu, îmbunătățirea comunicării, instruire cu privire la factorii psihosociali de risc și stres), dar altele pot necesita o durată mai mare de timp pentru a fi puse în practică (de exemplu, reproiectarea unui proces de fabricație).

Înainte să survină orice intervenție, angajații trebuie informați și consultați asupra acțiunilor care vor fi întreprinse și asupra momentelor când vor surveni acestea. O ședință sau o altă întâlnire a membrilor organizației este o ocazie utilă pentru acest scop.

Deci:

- **Stabiliți ținta: factorii de risc care trebuie eliminați/reduși.**
- **Propuneți și stabiliți prioritățile strategiilor de intervenție.**
- **Comunicați angajaților intervențiile planificate.**
- **Implementați intervențiile.**

Pasul 3 – Evaluarea intervențiilor

Evaluarea reprezintă un pas esențial în cadrul procesului de intervenție. Evaluarea este necesară pentru a stabili dacă intervenția produce efectele dorite și dacă sunt necesare schimbări pentru a le optimiza.

Trebuie stabilite calendare de timp pentru evaluarea intervențiilor. Intervențiile care implică schimbare organizațională necesită validare atât pe termen scurt, cât și pe termen lung.

Evaluările pe termen scurt pot fi făcute trimestrial pentru a identifica eficacitatea programului sau posibilele nevoi de redirectionare. Multe intervenții produc efecte inițiale care nu persistă în timp. Evaluările pe termen lung sunt deseori realizate anual și sunt necesare pentru a stabili dacă intervențiile produc efecte de lungă durată.

Evaluările trebuie să se focalizeze asupra acelorași tipuri de informații colectate pe parcursul fazei din cadrul intervenției referitoare la identificarea problemei, incluzând informații provenite de la angajați asupra: condițiilor de muncă, nivelurilor percepute ale stresului, problemelor de sănătate și satisfacție în muncă. Percepțiile angajaților reprezintă, de obicei, cea mai sensibilă măsurare a existenței unor factori de risc de natură psihosocială și, deseori, furnizează prima indicație asupra eficienței intervenției.

Poate fi utilă, de asemenea, adăugarea unor măsurări obiective, de exemplu, a absenteismului și costurile alocate problemelor de sănătate.

În orice caz, efectele intervențiilor au tendința să fie mai puțin clare la început și să necesite un timp mai îndelungat pentru manifestare.

Atenție! Procesul de management al factorilor psihosociali de risc nu se finalizează prin evaluare. Mai corect spus, prevenirea stresului în muncă trebuie văzută nu ca un proces continuu, ci ca unul cu evoluție ciclică, în care sunt utilizate datele de evaluare pentru a perfecționa sau a redirectiona strategia de intervenție.

Prin urmare:

- Realizați evaluări atât pe termen scurt, cât și pe termen lung.
- Măsurați percepțiile angajaților asupra condițiilor de muncă, a stresului, sănătății și satisfacției în muncă.
- Includeți măsurări obiective.
- Perfecționați strategia de intervenție și reveniți la Pasul 1.

➤ Resurse pentru gestionarea factorilor psihosociali de risc

Toți angajatorii trebuie să trateze cu multă atenție sistemele pe care le au implementate pentru evaluarea, gestionarea factorilor psihosociali de risc și prevenirea stresului în muncă.

!!! Pentru managementul factorilor psihosociali de risc trebuie să fiți conștienți de sistemele și resursele de care dispune organizația dv.

Resursele interne pot include serviciile de sănătate ocupațională, managementul resurselor umane (personal), departamentele de formare sau alte persoane cu responsabilități în ceea ce privește confortul și sănătatea personalului.

Problemele individuale care sunt complexe, dificile și nu pot fi gestionate la nivel intern cel mai bine ar fi să fie adresate unui psiholog de consiliere, unui psiholog clinic, unui consilier sau unui medic de medicina muncii, care se poate consulta cu un medic generalist sau cu alți specialiști, după cum consideră necesar.

Este foarte importantă identificarea oricărui grup de risc din cadrul organizației dv. și care trebuie să însoțească examinarea resurselor organizaționale disponibile pentru gestionarea factorilor psihosociali de risc.

EXEMPLU PRACTIC:

„Managerul care acordă sprijin”

Rolurile de bază ale managerului și conducătorului locului de muncă sunt:

Stabilirea obiectivelor	să informeze personalul asupra a ceea ce are de făcut
Antrenare	să se asigure că personalul știe cum să-și îndeplinească sarcinile de serviciu
Urmărire	să țină evidențe privind performanța personalului
Feedback	să informeze personalul asupra rezultatelor
Suținere pozitivă	să recompenseze performanțele bune

Un mediu de muncă de susținere a personalului poate fi obținut prin:

- ☐ tratarea personalului cu înțelegere și atenție
- ☐ monitorizarea regulată a satisfacției și stării de bine a personalului
- ☐ asigurarea că personalul știe cu cine să vorbească despre problemele sale
- ☐ dezvoltarea spiritului de echipă și a relațiilor bune între membrii personalului

➤ **Checklist pentru promovarea unui bun management de sprijin al lucrătorilor**

Comunicare	☐ Aveți o comunicare regulată, în dublu sens, cu personalul dvs.? Există întâlniri formale? Există oportunități pentru discuții informale? ☐ Împărtășiți informațiile? ☐ Cereți părerea personalului? ☐ Aveți întâlniri frecvente față în față? ☐ Comunicați și discutați pe marginea obiectivelor, misiunii și valorilor echipei?
Feedback	☐ Există un feedback regulat? ☐ Recunoașteți când o treabă este bine făcută? ☐ Recunoașteți și recompensați realizările individuale sau de grup, munca și eforturile importante? ☐ Când este necesar, critica dv. este constructivă și utilă?
Îndrumare	☐ Utilizați abilitățile angajaților? ☐ Susțineți și recunoașteți calitățile unui angajat în întâlnirile cu conducătorul locului lui de muncă? ☐ Vă asigurați ca realizările individuale să fie recunoscute în întâlnirile cu conducătorii mai experimentați? ☐ Vă exprimați încrederea în posibilitățile personalului de a realiza bine o activitate dificilă? ☐ Ajuțați personalul să învețe din greșeli?
Acordarea autonomiei	☐ Încurajați angajații să ia decizii de unii singuri? ☐ Încurajați munca independentă? ☐ Îi lăsați pe angajați să-și facă munca de la început până la sfârșit, ori de câte ori este posibil?
Ușurarea muncii	☐ Asigurați-vă că personalul are uneltele/echipamentele/formarea necesară pentru a-și îndeplini sarcinile de muncă ☐ Încurajați formarea adecvată a personalului? ☐ Sunteți disponibil pentru a răspunde la întrebări și a oferi îndrumare?
Recunoașteți personalul ca fiind compus din indivizi	☐ Vă faceți timp pentru fiecare membru al personalului? ☐ Oferiți personalului oportunități ca să discute problemele care-l preocupă? Le ascultați cu simpatie problemele și acționați când este cazul? ☐ Pregătiți personalul atunci când se fac schimbări de personal, de sarcini de muncă și responsabilități?
Planificare	☐ Vă gândiți la impactul pe care acțiunile și deciziile dv. îl au asupra personalului de care sunteți responsabil? ☐ Înțelegeți și sunteți sensibil la fluctuațiile de la locul de muncă în termenii mișcării de personal, a încărcării în activitate și a fluctuațiilor cererilor externe? ☐ Planificați în avans fluctuațiile privind încărcarea în muncă. Nu mergeți din „criză” în „criză”

Recunoașteți că personalul are și o viață extraprofesională	☐ Faceți în așa fel ca angajații dv. să-și poată aranja după nevoi programul de lucru ☐ Permiteți personalului să aibă program de lucru flexibil
Tratați personalul în mod corect	☐ Tratați-i pe toți membrii personalului în mod corect și promovați echitatea ☐ Recunoașteți și tratați cu înțelegere diferențele culturale și de orice altă natură ☐ Nu lăsați antipatiile personale sau prejudiciile să influențeze susținerea sau recunoașterea acordate personalului
Conceperea activității	☐ Rolurile și responsabilitățile sunt clare pentru tot personalul? ☐ Analizele periodice recunosc presiunile datorate muncii, cum ar fi încărcarea excesivă, termene prea strânse, necesarul de personal, necesitatea dezvoltării abilităților personalului? ☐ Identificați locurile de muncă unde stresul a fost sau este o problemă și vedeți ce se poate face pentru reducerea riscului de stres? ☐ Vă asigurați că instrucțiunile și cerințele sunt clare pentru personal și nu sunt obiect de conflict? ☐ Ori de câte ori este posibil, asigurați-vă că personalul are control asupra sarcinilor de muncă și că munca are varietate
Sănătate, securitate și stare de bine	☐ Luați în serios sănătatea și securitatea? ☐ Acolo unde există probleme de relații le abordați din timp, identificați problemele și cădeți de acord asupra etapelor pentru a încerca să rezolvați problema? ☐ Vă vizitați personalul la locul de muncă? ☐ Știți cât de mult lucrează angajații dv.? ☐ Încurajați angajații să-și ia tot concediul în fiecare an? ☐ Oferiți un mediu de muncă cât se poate de bun, cu echipamente adecvate pentru ca munca să fie eficientă?
Checklist pentru acțiuni de susținere a persoanelor care se simt stresate	☐ Tratați persoanele stresate în același fel ca pe cele cu probleme de sănătate fizică? ☐ Discutați problema cu persoanele respective și le arătați că sunteți preocupat de sănătatea lor? ☐ Dacă munca este afectată, discutați problema cu personalul mai experimentat, care poate trimite persoana respectivă la Serviciul de sănătate? ☐ Întrebați dacă puteți face ceva ca să ajutați? ☐ Aveți în vedere orice mică modificare a activității? ☐ Sfătuiți persoanele privind posibilitățile de ajutor din interior și din exterior? ☐ Urmăriți persoanele cu probleme de stres și continuați să le arătați că doriți să le ajutați? ☐ Analizați, și dacă este nevoie, modificați sarcinile de muncă și responsabilitățile indivizilor care au avut absențe din motive de boală datorată stresului sau depresiei și continuați să le monitorizați progresele în recuperare?

➤ **Atenție la factorii psihosociali de risc/factorii de stres legați de muncă!**

	Probleme ce pot duce la stres	Ce poate face managementul
Cultura	☐ lipsa de comunicare și consultate ☐ o cultură de blamare atunci când lucrurile merg prost, de negare a problemelor potențiale ☐ cerințe care fac ca angajații să lucreze în mod obișnuit prea mult, multe ore sau să-și ia de lucru acasă	☐ să ofere oportunități personalului să contribuie cu idei, mai ales în legătură cu planificarea și organizarea muncii lor ☐ să introducă obiective clare, să existe o bună comunicare și o strânsă implicare a angajaților, mai ales în perioadele de schimbare ☐ să fie onest cu el însuși, să fie un bun exemplu, să-i asculte și să-i respecte pe ceilalți ☐ să fie apropiat – să creeze o atmosferă în care oamenii să simtă că pot să discute despre orice problemă pe care o au ☐ să evite să-i încurajeze pe oameni să lucreze prea multe ore suplimentare
Cerințele activității	☐ prea mult de făcut într-un timp prea scurt ☐ prea puțină/prea multă formare pentru activitate ☐ activitate plictisitoare sau repetitivă, cu un volum de muncă redus ☐ întreruperi aleatorii ☐ întârzieri în ocuparea locurilor vacante ☐ o adaptare proastă sau inadecvată pentru activitate ☐ mediul de muncă (căldură, frig, zgomot)	☐ să facă o listă de priorități a sarcinilor, să elimine activitățile de care nu este nevoie, să încerce să avertizeze care sunt activitățile urgente sau importante ☐ să se asigure că indivizii sunt potriviți pentru activitate, să ofere formare pentru cei care au mai multă nevoie de ea, să crească importanța activităților pentru cei ce sunt super antrenați ☐ să modifice felul în care se desfășoară activitatea prin rotarea personalului, prin a oferi indivizilor mai multă responsabilitate, prin creșterea importanței activității, creșterea varietății sarcinilor, oferind unui grup de lucrători mai multă responsabilitate pentru performanța eficientă a grupului ☐ să se asigure că alte riscuri de la locul de muncă, cum ar fi zgomotul, substanțele periculoase și amenințarea cu violența sunt controlate în mod adecvat

Controlul	☐ lipsa controlului asupra activităților de muncă ☐ lipsa de consultare sau aducere la cunoștință prealabilă a modificărilor privind locul de muncă sau încărcarea în muncă	☐ să ofere mai mult control personalului permițându-i să-și planifice propria muncă, să ia decizii în legătură cu modul în care trebuie realizată activitatea și ce probleme trebuie abordate ☐ să se consulte cu personalul în legătură cu schimbările ☐ să fie onest cu personalul în legătură cu responsabilitatea de a lua decizii. Consultarea nu înseamnă acord prin consens
Rolul	☐ personalul simte că activitatea îi cere să se comporte în mod conflictual în același timp ☐ confuzie în legătură cu modul în care se încadrează fiecare ☐ contactul constant și solicitant cu personalul sau studenții	☐ să vorbească periodic cu oamenii pentru a se asigura că fiecare a înțeles ce are de făcut ☐ să se asigure că fiecare are clar definite obiectivele și responsabilitățile legate de obiectivele afacerii și este format pentru locul pe care îl ocupă
Relațiile	☐ relații proaste cu ceilalți ☐ lipsă de încredere – politica de birou vicioasă perturbă comportamentul pozitiv ☐ agresiune, hărțuire rasială sau sexuală	☐ să ofere formare în ceea ce privește abilitățile interpersonale ☐ să urmeze procedurile de prevenire a agresiunii și hărțuirii ☐ să ia parte la activitățile de cultură ale organizației ☐ să încurajeze și să susțină construcția echipei
Susținerea în raport cu individul	☐ lipsa de susținere din partea conducătorilor și colegilor ☐ lipsa de recunoaștere, de apreciere ☐ lipsa echilibrului între viața profesională și cea extraprofesională ☐ lipsa corectitudinii privind performanța în muncă și așteptări	☐ să susțină și să încurajeze personalul chiar atunci când lucrurile merg prost ☐ să încurajeze echilibrul pentru o viață sănătoasă ☐ să vadă dacă există posibilități pentru programe de lucru flexibile (de ex., program flexibil, lucrul de acasă) ☐ să țină seama de faptul că fiecare este diferit și să repartizeze munca astfel încât fiecare să muncească cât mai bine
Schimbarea	☐ teama privind securitatea muncii ☐ îndoieli – personalul este nesigur în legătură cu ce se întâmplă și încotro se îndreaptă lucrurile pentru el	☐ să asigure o bună comunicare cu personalul ☐ să ofere un suport efectiv pentru personal de-a lungul întregului proces

Viitorul	☐ lipsa oportunității de a face carieră ☐ direcții și politici organizaționale neclare ☐ management al performanței lipsit de consistență – bonusuri, dar nu analiză. Feedback pozitiv și apoi critică sau stat deoparte fără a înțelege de ce	☐ să identifice nevoile individuale ☐ să ofere oportunități corecte de dezvoltare ☐ să informeze personalul în legătură cu ceea ce se întâmplă în întreaga organizație ☐ să informeze personalul privind deprinderile și atribuțiile de care organizația are nevoie în viitor și să ajute personalul să-și dezvolte abilitățile pentru a corespunde noilor cerințe
-----------------	---	---

9.2. Recomandări pentru lucrători

- Nu sunteți singur dacă vă simțiți foarte stresat sau extrem de stresat. În Uniunea Europeană, una din patru persoane se poate simți la fel ca dv. Abordarea ideală a stresului profesional este un parteneriat între dvs., șeful dvs. și întreprindere/instituție/unitate: un parteneriat bazat pe onestitate și încredere.
- Stresul nu este un semn de slăbiciune și nu este ceva pentru care trebuie să suferiți. Întreprinderea are responsabilitatea de a vă proteja sănătatea și securitatea în muncă, iar un bun angajator ar trebui să aprecieze orice sugestie pe care o aveți pentru reducerea stresului legat de muncă.

Identificați simptomele stresului!

Simptomele stresului se pot manifesta în diverse moduri în timp și, bineînțeles, se pot combina. Există trei categorii mari de simptome:

Simptome la nivel comportamental	■ Adesea poate crește consumul de stimulente, cum ar fi alcoolul sau țigările. ■ Obişnuințele alimentare se schimbă frecvent. ■ Puteți deveni o persoană pe care nu se mai pune bază, prezentând întârzieri la program, absențe de la serviciu și chiar o susceptibilitate pentru accidente. ■ Relațiile personale deseori devin încordate, adesea fără motive evidente. ■ Deseori sunteți deosebit de iritabil și de retras.
Simptome la nivel mental	■ Anxietatea și depresia merg împreună cu stresul. ■ În mod obișnuit vi se pare dificil să vă concentrați și uitați tot mai mult. ■ Somnul devine dificil.

Simptome la nivel fizic	■ Pentru persoanele stresate durerile în general, chiar neînsemnate, par să dureze mai mult și dezvoltă o tensiune musculară generală și o stare de slăbiciune. ■ Durerile de cap și migrenele devin mai frecvente. ■ Persoanele stresate sunt mai susceptibile la răceli și viroze.
--------------------------------	--

Există și alte simptome și pot fi probleme pe termen lung care să ducă la simptome mai complicate.

De asemenea, oricare din aceste puncte pot să nu reprezinte nimic prin ele însele, dar dacă recunoașteți unele dintre caracteristicile vieții dvs. subliniate mai sus este timpul să vedeți care este cauza.

➤ **Checklist personal – Cât de bine vă gestionați stresul?**

Răspundeți la întrebările de mai jos pentru a înțelege cât de bine vă gestionați stresul în momentul de față.

Cunoașteți care sunt principalele cauze ale stresului dv.?
 Puteți recunoaște la dvs. semnele precoce ale stresului?
 Faceți câteva exerciții fizice în fiecare zi?
 În timpul liber desfășurați vreo activitate care să vă facă plăcere?
 Faceți exerciții simple de relaxare?
 Sunteți mulțumit de propria persoană și de realizările dvs.?
 Sunteți o persoană hotărâtă?
 Puteți să vă planificați timpul?
 Vă place munca pe care o faceți?
 Vă limitați cantitatea de grăsimi ingerate și mâncați legume și fructe proaspete zilnic?
 Dormiți suficient?
 Există un echilibru între muncă și timpul liber?

Nimeni nu poate să controleze toți factorii de stres din viața lui, dar putem învăța cum să-i gestionăm mai bine.

➤ **Ce puteți face la serviciu?**

La serviciu vă puteți ajuta prin:

- ☐ „a face partea dv.” pentru gestionarea stresului legat de muncă discutând cu șefii dv.: dacă ei nu știu că aveți o problemă, nu vă pot ajuta. Dacă nu puteți să discutați direct cu șeful dv., rugați un reprezentant al angajaților să ridice problema în numele dv.;
- ☐ a-i ajuta pe colegii care au probleme legate de stresul în activitate. Încurajați-i să discute cu șeful sau cu reprezentanții angajaților;
- ☐ a încerca să vă canalizați energia spre rezolvarea problemelor nu spre a vă face griji în legătură cu acestea.

La ce vă așteptați de la șeful dv.?

- ☐ să trateze personalul cu probleme de stres în același mod ca pe cel cu probleme de sănătate fizică;
- ☐ să discute problema cu dv. și să demonstreze că este preocupat de sănătatea dv.;
- ☐ să întrebe dacă poate fi de ajutor cu ceva;
- ☐ să vă sfătuiască în legătură cu posibilitățile de ajutor din interiorul sau din exteriorul unității;
- ☐ să urmărească activ problemele de stres și să continue să demonstreze că dorește să vă susțină;
- ☐ să analizeze și, dacă este necesar, să vă schimbe sarcinile de muncă și responsabilitățile. Să aibă în vedere orice modificare simplă ce poate funcționa;
- ☐ să realizeze o întoarcere la planul de lucru dacă ați avut concediu medical datorat stresului sau depresiei;
- ☐ să vă urmărească refacerea și să revină la progresul în activitate.

➤ Ce puteți face în afara serviciului?

Există mai multe domenii decât ne-am putea gândi în care putem să preluăm controlul propriilor noastre vieți. Sfaturile următoare nu vor preveni stresul legat de muncă, dar vă vor ajuta să aveți grijă de dv. înșivă și vă vor asigura că nu vă veți înrăutăți situația.

Puteți:

Să vă schimbați modul de gândire

Dintre toate tehnicile, cea mai productivă și mai benefică este schimbarea modului de gândire în legătură cu unele situații. Micile schimbări pot elibera rapid energia creatoare și vă cresc opțiunile. Atunci când aveți moralul scăzut este dificil să gândiți în afara problemei.

Să aveți o atitudine pozitivă

O atitudine pozitivă față de viață este o abilitate importantă în gestionarea stresului. Încrederea și starea de bine în legătură cu propria persoană vă vor ajuta să faceți față situațiilor și să dezvoltați aptitudini care au legătură cu munca.

Împărtășiți cu familia și prietenii ceea ce simțiți – se poate ca ei să vă ajute și să vă sprijine în problemele legate de muncă.

Să căutați susținere

Fiți activi fizic – vă stimulează și vă dă mai multă energie. Persoanele sănătoase și cu condiție fizică sunt capabile să facă față stresului mai bine decât celelalte. Un stil de viață sănătos include exerciții regulate, o dietă ușoară, un somn adecvat și timp pentru relaxare și petrecerea timpului liber.

Să vă mențineți în formă	O componentă cheie a oricărei abordări este reprezentată de schimbare, de a face ceva diferit. Aceasta implică adesea o activitate fizică, nu neapărat să faceți jogging sau să mergeți la sala de gimnastică. Chiar și un mers rapid timp de 20 de minute vă poate fi de folos și poate fi ceva cu care să vă începeți ziua.
Să aveți grijă de alimentație	Pe termen lung, trebuie să aveți grijă de alimentație. Trecerea la o dietă sănătoasă este un lucru bun, dar un avantaj în plus este să învățați să vă faceți timp pentru pregătirea și prepararea hranei proaspete. Aceasta poate fi o activitate care vă relaxează.
Să vă relaxați	Încercați să învățați tehnici de relaxare – unele persoane consideră că le ajută să facă față presiunii pe termen scurt. Faceți ceva care să vă oblige să vă gândiți la altceva decât la muncă, ceva care necesită implicarea dv. activă.
Să vă odihniți	Somnul este, de asemenea, foarte important și un sfat bun este acela de a merge la culcare atunci când sunteți pregătiți, nu la o anumită oră, pentru a evita să stați prea mult în pat treji. Încercați să evitați medicamentele atunci când sunteți foarte stresați.
Să vă consultați medicul și psihologul	Dacă sunteți îngrijorați în legătură cu starea de stres pe care o resimțiți, mergeți la medic sau psiholog. Aceasta poate reprezenta o parte importantă a planului dv. de control al stresului.

REZULTATELE ANCHETEI ȘI EXPERIMENTĂRILOR DE TEREN EFECTUATE LA NIVELUL ȚĂRII NOASTRE CU AJUTORUL CHESTIONARULUI COPENHAGA, DE CĂTRE O ECHIPĂ DE CERCETĂTORI AI I.N.C.D.P.M. „ALEXANDRU DARABONT”

Reamintim faptul că, în activitatea practică, de asigurare a condițiilor de securitate și sănătate la locul de muncă este absolut necesară și de aceea și obligatorie, conform legislației în domeniu – o primă etapă de identificare a factorilor profesionali de risc precum și a eventualelor efecte pe termen scurt și lung asupra organismului personalului. Atât pentru a identifica și monitoriza riscurile / factorii de risc profesionali și individuali, pe de o parte, cât și pentru a evalua și monitoriza starea de sănătate a personalului (inclusiv eventuale efecte negative ale nocivităților profesionale) pe de altă parte, **trebuie să dispunem de două categorii mari de indicatori**: o categorie de indicatori ai existenței factorilor profesionali de risc și o a doua pentru eventualele efecte nocive.

În acest scop a fost selecționat, tradus, experimentat și adaptat **Chestionarul Copenhaga de Evaluare a Factorilor Psihosociali (CCEFPs)**, considerat ca unul dintre cele mai cuprinzătoare chestionare utilizate la nivel european, acesta acoperind cele mai multe dintre categoriile de indicatori necesari.

În urma prelucrării rezultatelor anchetei realizate (rezultate prezentate în Figurile 1 – 4), s-au constatat următoarele:

- Nivelul mediu al **factorilor psihosociali** investigați prin CCEFPs, pentru toate categoriile profesionale investigate, se situează în intervalul **20 – 40%**, adică un **nivel scăzut / submediu de risc**.
- La acest nivel contribuie o serie de factori psihosociali, dintre care unii prezintă niveluri mai scăzute, iar alții niveluri mai crescute ca factori de risc.
 - Astfel, **niveluri crescute prezintă, în cazul tuturor categoriilor profesionale investigate: exigențele cognitive și exigențele senzorial-perceptive**, ultimele situându-se chiar la un nivel foarte crescut pentru electricieni, electricieni PRAM și dispeceri.
 - Factorii **gradul de libertate în luarea pauzelor și posibilitățile de comunicare** prezintă **niveluri crescute** în cazul dispecerilor și niveluri medii în cazul personalului de conducere.
 - **Exigențele cantitative/temporale** prezintă niveluri medii pentru majoritatea categoriilor profesionale, cu excepția electricienilor, în cazul cărora nivelul este scăzut spre mediu.

- ***Exigențele emoționale și de ascundere a emoțiilor*** prezintă niveluri medii pentru personalul de conducere și dispeceri, și scăzut pentru celelalte categorii.
- ***Influența în activitate, posibilitățile de dezvoltare, importanța activității, implicarea afectivă în activitate, claritatea rolului, conflictele de rol, stilul de conducere, suportul social, spiritul de echipă, lipsa siguranței locului de muncă*** – nivel scăzut și foarte scăzut de risc.
- ***Posibilitățile de anticipare și conflictele de rol*** prezintă niveluri medii de risc în cazul electricienilor PRAM, respectiv a personalului de conducere.

În cazul **factorilor / parametrilor care definesc starea de stres**, rezultatele obținute se prezintă astfel:

- Satisfacția în muncă, sănătatea generală, sănătatea mentală, vitalitatea – **niveluri scăzute ale stării de stres;**
- Stresul comportamental, stresul somatic și stresul cognitiv prezintă **niveluri scăzute și foarte scăzute;**
- ***Nivelul de stres este scăzut în cazul tuturor categoriilor profesionale investigate în cadrul anchetei.***

Figura nr. 1 - Scorurile factorilor psihosociali rezultați din experimentarea CCEFPs

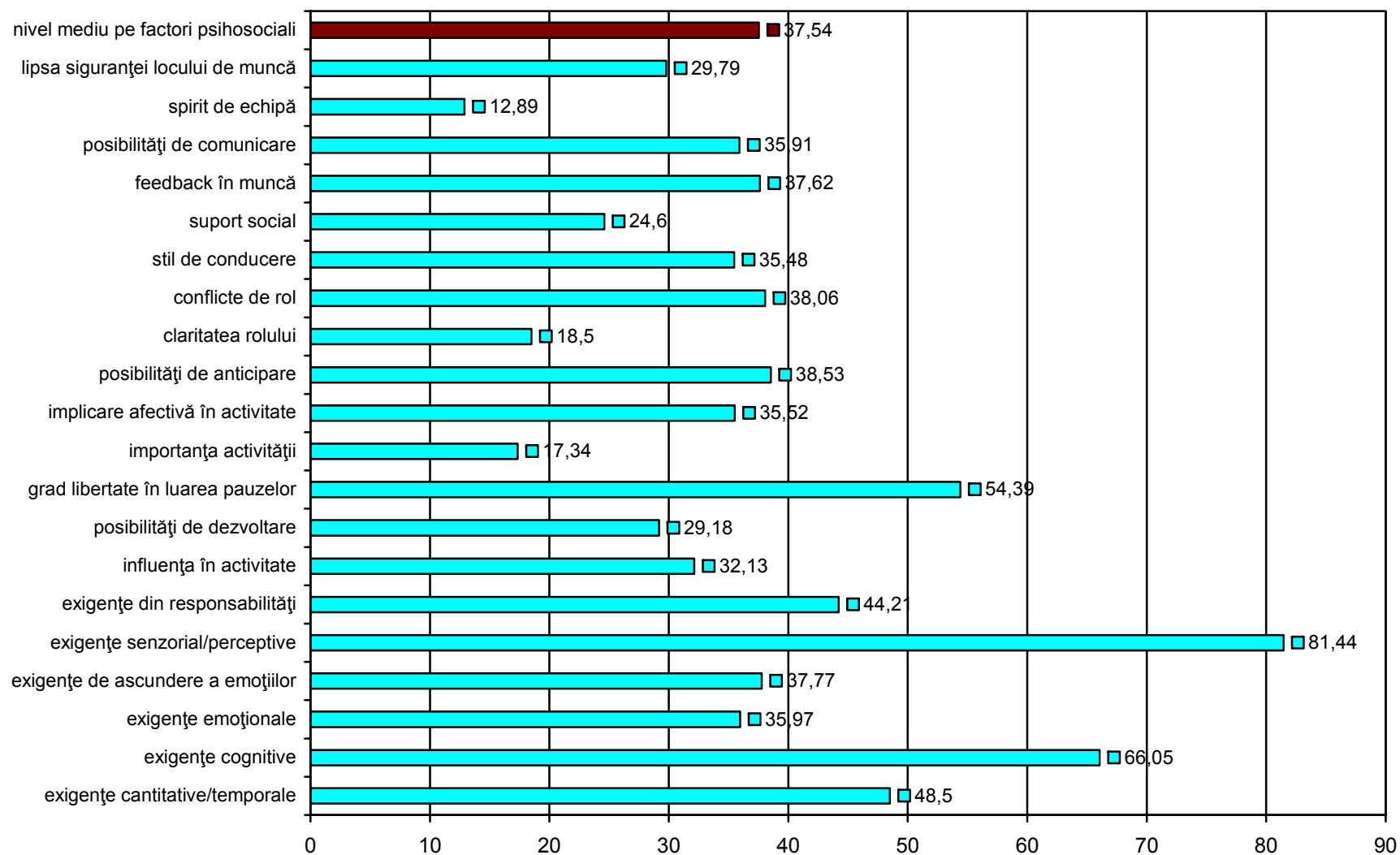


Figura nr. 2 - Scorurile factorilor care definesc starea de stres, scoruri rezultate din experimentarea CCEFPs

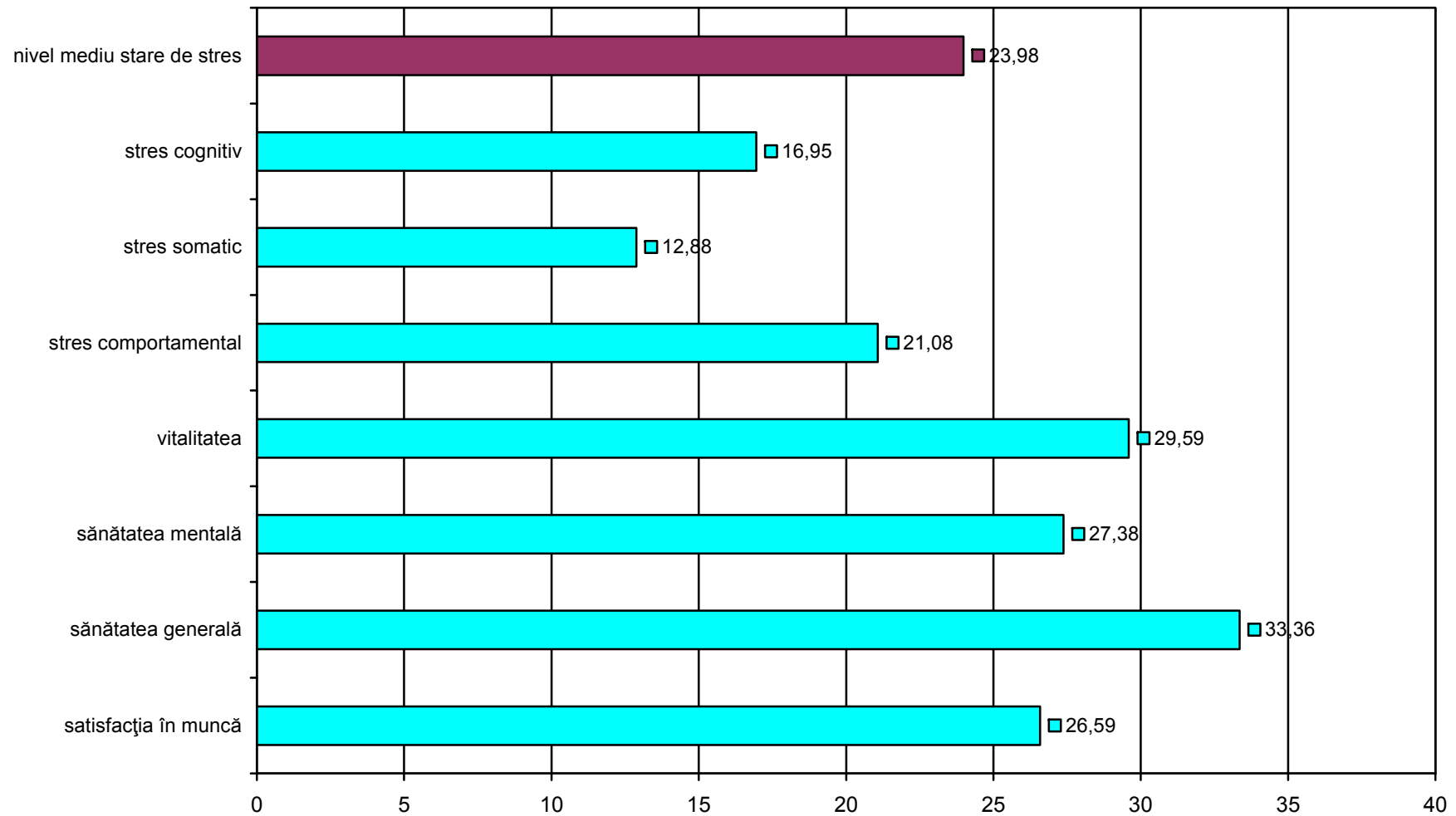


Figura nr. 3 - Scorurile factorilor psihosociali rezultați din ancheta de teren cu ajutorul CCEFPs

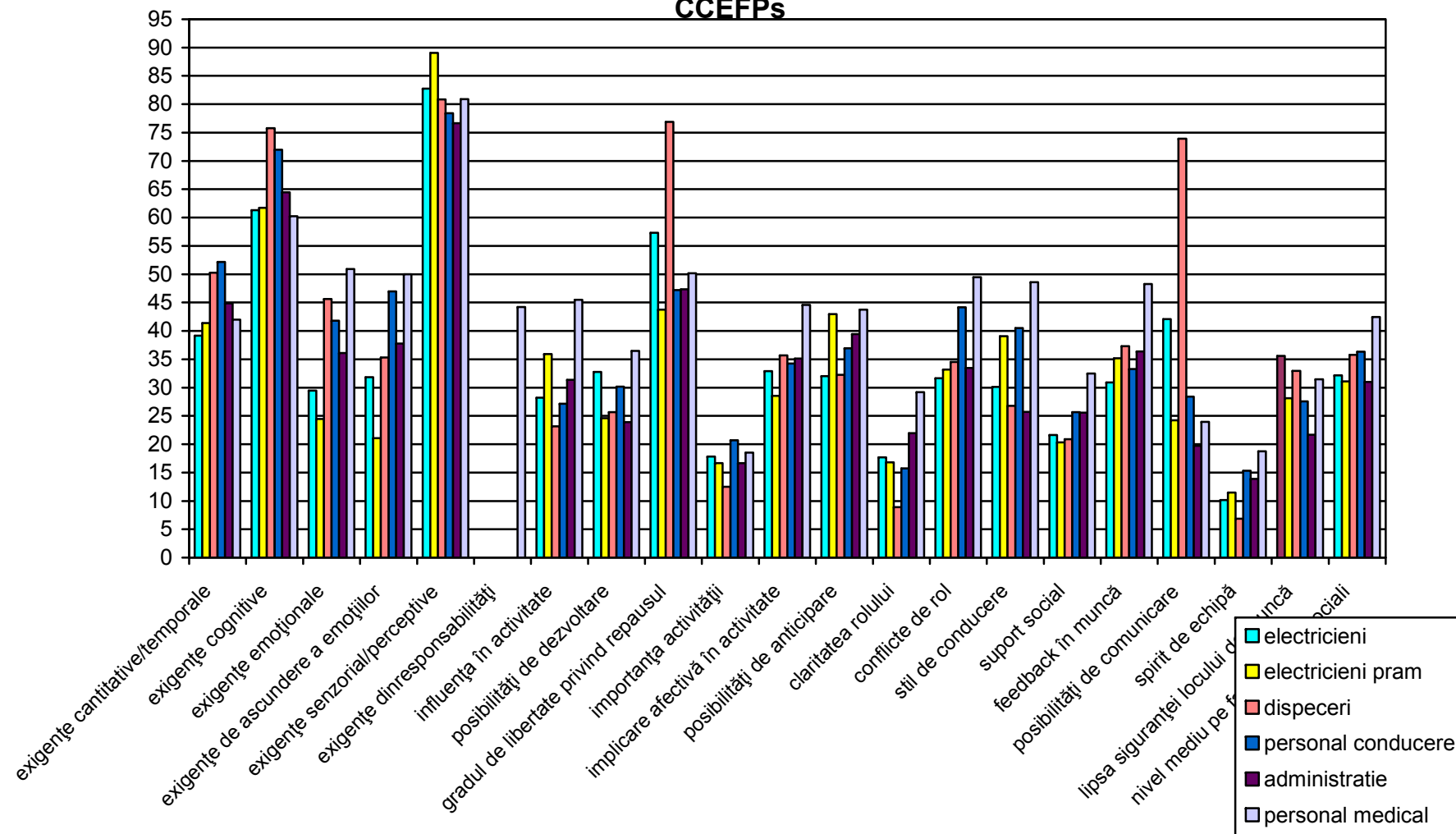
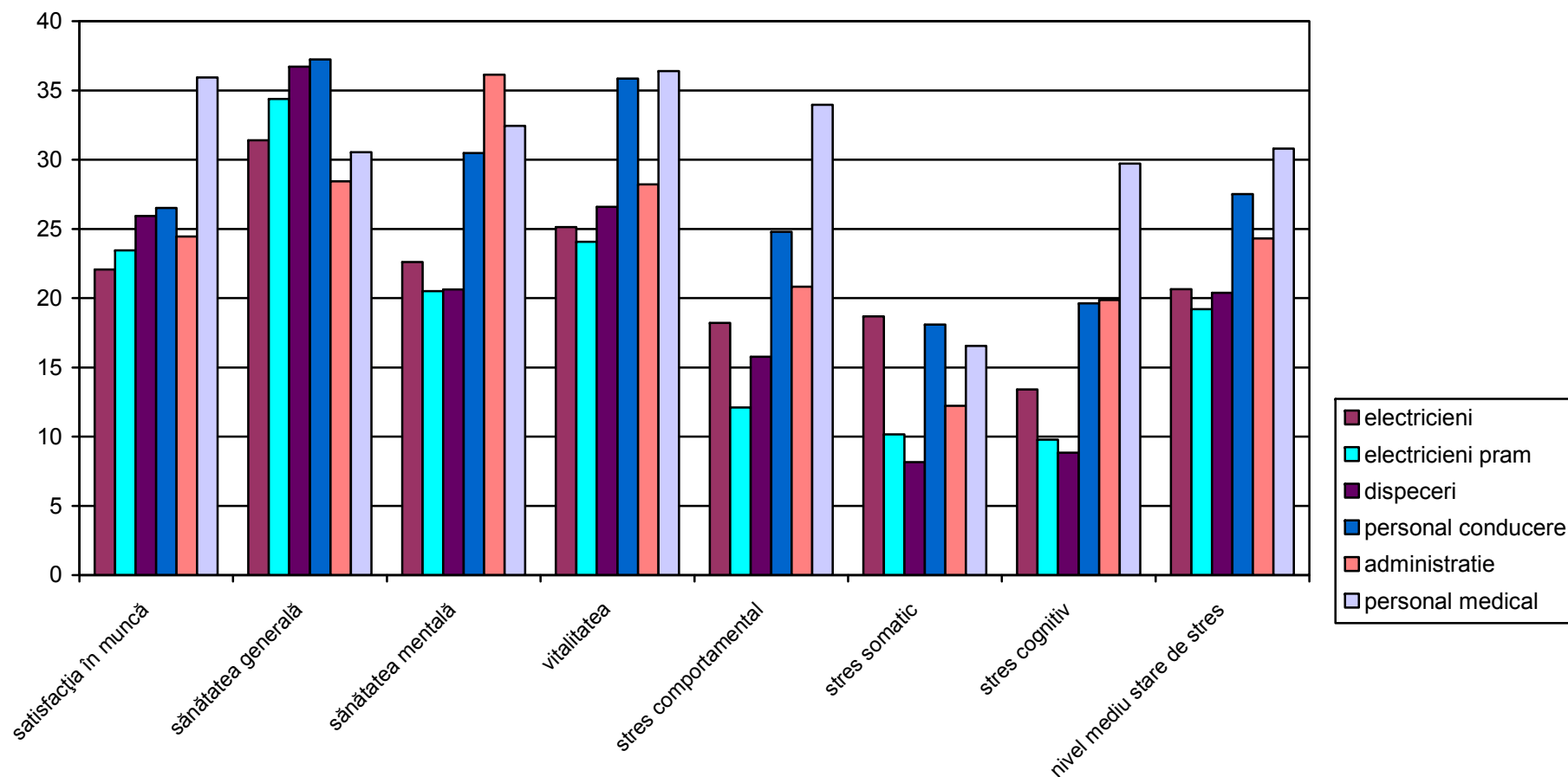


Figura nr. 4. Scorurile factorilor care definesc starea de stres, scoruri rezultate din ancheta de teren cu ajutorul CCEFPs



- Scopul experimentărilor l-a constituit corelarea datelor rezultate din ancheta efectuată cu ajutorul Chestionarului Copenhaga cu cele obținute din experimentările de teren urmărind:

- ⇒ identificarea și evaluarea factorilor profesionali și individuali potențial stresanți și respectiv favorizanți (factori individuali de vulnerabilitate la stres)
- ⇒ evaluarea stării de stres

Dintre **riscurile și factorii psihosociali de risc** investigați, rezultatele experimentărilor de teren au indicat următoarele caracteristici și exigențe profesionale, care implică un efort mental crescut și prezența stării de stres psihic:

- efortul mental crescut pentru toate activitățile investigate ;
- exigențele mentale sunt crescute în toate activitățile, dar nivelul cel mai ridicat îl prezintă în cea de dispecerat;
- toate cele trei tipuri de conduite profesionale (bazate pe deprinderi, pe reguli și pe cunoștințe) pentru electricienii din stații;
- frecvența ridicată a conduitelor bazate pe reguli și cunoaștere, ca urmare a situațiilor problemă ce necesită decizii pentru rezolvare, determinând un nivel spre crescut în toate activitățile;
- precizia cerută în activitate, în realizarea diferitelor tipuri de lucrărieste, de asemenea, foarte crescută;
- necesitatea comunicării și cooperării cu diferite tipuri de persoane este crescută în toate activitățile, dar spre foarte crescută în cea de dispecerat;
- responsabilitatea crescută în raport cu riscul de a cauza incidente, avarii, accidente de muncă;
- dificultatea unor lucrări mai ales a celor neprevăzute;
- ritmul de lucru în activitatea de dispecerat este apreciat ca fiind dependent de factori exteriori, mai mult decât în cazul celorlalte categorii;
- situațiile de supraîncărcare apar mai ales la dispeceri, prezentând un nivel crescut ca factor de risc;
- caracterul repetitiv al unor operații este apreciat ca mai frecvent (nivel crescut) la electricienii defectoscopie;
- posibilitățile de autocontrol (feedback) sunt, evident, mai mari în cazul dispecerilor;
- dispecerii apreciază izolarea, ca factor de risc la un nivel mai important decât în cazul altor categorii profesionale.

- Evaluarea **nivelului de stres psihic** a indicat faptul că:

- deși există factori profesionali de solicitare / stres psihic cu nivel crescut (cei enumerați mai sus), relația dintre stresul profesional și **reacția individuală la stres** este **mediată** de o serie de **factori moderatori** (spre exemplu, posibilitățile de control), care prezintă un **nivel scăzut spre mediu** (ca factor suplimentar de stres, dar cu efecte benefice ca factor moderator);

- de asemenea, evaluarea expresă a **reacțiilor la stresul psihic** conduce la concluzia că, deși există anumite scoruri care depășesc nivelul mediu, subiecții lotului cuprins în cercetare **nu prezintă**, totuși, o **simptomatologie severă** pe nicio direcție cuprinsă de chestionar;
- evaluarea **stării de frustrare** reflectă **accent pe reacții impunitive ca direcție a agresiunii, și pe persistența și rezolvarea problemei - aproape în egală măsură de către altcineva, de către sine și în funcție de timp și împrejurări**;
- de asemenea, în condițiile exigențelor profesionale specifice fiecărei activități și factorilor psihosociali de risc asociați, sunt semnalate ca principale **simptome de stres**, cele de natură comportamentală și cognitivă și mai puțin cele de natură somatică. Această situație poate fi considerată ca un aspect optimist, deoarece simptomele de tip comportamental sunt relativ mai ușor de remis, în comparație cu celelalte categorii de simptome.
- evaluarea **trăsăturilor generale de personalitate** prezintă subiecții ca **personalități echilibrate**, în general active, cu o bună stăpânire de sine, având capacități de restabilire a forțelor în urma unui travaliu fizic sau intelectual epuizant;
- deși există anumiți factori care pot constitui premise sau condiții sine qua non ale unei stări de anxietate, subiecții prezintă **structuri echilibrate de personalitate**, care le vor permite controlarea unei asemenea stări anxioase, ca și a situațiilor existențiale anxiogene;
- din punct de vedere al **nivelului diverselor capacități psihofiziologice și mentale** implicate în realizarea activităților studiate, în momentul actual, nu se pot decât constata **unele capacități cu niveluri mai scăzute** (în special în plan psihomotor); acestea nu pot fi însă considerate ca efecte ale uzurii premature, neavând date de referință.

Chestionarul Copenhaga de Evaluare a Factorilor Psihosociali reprezintă un instrument util atât cercetătorilor, cât și practicienilor în domeniul securității și sănătății în muncă, în demersul de analiză teoretică, dar și de evaluare a factorilor profesionali de natură psihosocială.

PROGRAMUL PRIORITĂȚII STRESULUI. MANAGEMENTUL FACTORILOR PSIHOSOCIALI DE RISC. STANDARDE DE MANAGEMENT
Health and Safety Executive (Marea Britanie)

Plecând de la importanța crescândă a factorilor psihosociali la locul de muncă și, implicit, a managementului acestora în cadrul managementului mai larg al întreprinderii, trebuie avut în vedere un cadru conceptual implicând atât legislația de securitate și sănătate în muncă, literatura științifică relevantă, studiile privind stresul în muncă și natura acestuia, cât și eficiența programelor de management al stresului.

În cadrul demersului mai larg de studiere și combatere a factorilor psihosociali de risc / stres la locul de muncă, Health and Safety Executive (Marea Britanie) a inițiat, în 2004, Programul Priorității Stresului. Unul dintre obiectivele declarate ale acestui program l-a reprezentat elaborarea unor standarde clare de bună practică managerială, pentru o largă gamă de stresori.

Ideea care a stat la baza acestei abordări a fost aceea că o „unitate de măsură” a securității și sănătății în muncă, bine precizată și controlată, poate să permită o mai clară imagine pentru angajatori asupra a ceea ce se așteaptă de la ei. De asemenea, aceasta ar permite angajaților să-și poată monitoriza propria performanță în managementul individual al stresului la locul de muncă, atât în termeni de sănătate și stare de bine în muncă a angajatului, cât și în termeni de eficiență organizațională.

Principalele provocări cărora a trebuit să facă față programul au fost constituite din următoarele întrebări și teme care necesitau răspunsuri:

- Ce se înțelege prin standard de management al factorilor psihosociali (stresului)? (Un proces de management al problemei, un obiectiv de a fi atins sau ambele?)
- Cum se poate asigura aplicarea standardelor la o mare varietate de angajatori și locuri de muncă?
- Elaborarea unei taxonomii a principalilor factori psihosociali de risc / stres și a relațiilor dintre aceștia.
- Procesul prin care vor fi elaborate standardele, inclusiv rolul – cheie al factorilor interesați.
- Mecanismele prin care organizațiile își pot evalua performanța în raport cu standardele.

Punctul de plecare l-a constituit concepția lui Cox (1993) care, la rândul lui, a dezvoltat o mai veche abordare tranzacțională a stresului (Cox & Mackay, 1981).

El a subliniat faptul că există un consens din ce în ce mai solid în a considera stresul în muncă drept o stare psihologică, ale cărei componente sunt atât de natură cognitivă, cât și emoțională.

Concret, se consideră că stresul implică o secvență de evenimente / fenomene care includ prezența unor exigențe, a unui set de procese evaluative prin care acele exigențe sunt percepute ca semnificative (în termenii temerilor sau în termenii impactului acestora asupra resurselor individuale sau printr-o suprasolicitare adresată individului), și generarea unui răspuns care, în general, afectează starea de bine a individului. La acestea se mai pot adăuga importanța evaluării percepției (subiective) ale individului, importanța pentru individ a eșecului de adaptare la cerințe (Lazarus & Folkman, 1984), ca și consecințele eșecului de adaptare (Sells, 1970).

Analize mai recente susțin că sistemele organizaționale de management al stresului trebuie să facă apel și la abilitățile de optimizare a resurselor individuale, cum ar fi eficacitatea personală, importantă, spre exemplu, în sarcinile cu autonomie crescută și în situațiile de schimbare la nivel organizațional.

Ca o rezumare a acestor concepții, se poate afirma că ideea principală se referă la importanța percepută a unui dezechilibru sau unei discrepante identificate între nivelurile preferate sau de dorit ale factorilor de mediu de muncă, inclusiv psihosocial, și nivelurile concrete sau raportate ale acestor factori.

Perspectiva lui Cox integrează stresorii fizici și psihologici și dezvoltă o taxonomie bazată pe risc, centrată pe aspectele legate de conținutul sarcinii și contextul desfășurării acesteia; de asemenea, introduce conceptul de abordare ciclică de control a managementului factorilor de risc.

Aceste idei au format baza ghidului HSE „*Stress at Work – A Guide for Employers*” (1995), care prezintă o serie de mesaje fundamentale referitor la exigențele de nivel foarte înalt care pot conduce la incapacitatea lucrătorilor de a se adapta și introduce conceptul de sarcini „fezabile”, rezultate dintr-o combinației a proiectării generale a sarcinii cu o mai eficientă instruire individuală, spre a conduce la o mai bună „potrivire” între lucrător și sarcina de muncă.

Taxonomia elaborată de Cox, ca și rezultatul altor studii, au constituit baza abordării HSE de elaborare a standardelor de management al stresului la locul de muncă.

Aspectele de care depinde, în principal, managementul factorilor psihosociali sunt următoarele:

- **Exigențele** (inclusiv aspecte care contribuie la efortul în muncă, și cele decurgând din caracteristicile mediului de muncă)
- **Controlul** (asupra realizării sarcinii de muncă)
- **Suportul** (incluzând suportul social, financiar și alte resurse furnizate de organizație, conducere și colegi)
- **Relațiile la locul de muncă** (prin promovarea unor practici pozitive la locul de muncă, pentru evitarea conflictului și prevenirea comportamentelor inadecvate)
- **Rolul** (dacă lucrătorul își înțelege locul în organizație și dacă organizația asigură roluri neconflictuale pentru angajații săi)
- **Schimbarea** (modul în care schimbarea în organizație, indiferent de tipul și nivelul acesteia, este manageriată și comunicată angajaților)

- **Cultura** (modalitatea în care organizația își demonstrează realizarea obligațiilor și alte proceduri de transparență și corectitudine organizațională)

Standardele de management stabilite au fost grupate pe categorii, în funcție de factorii psihosociali de risc abordați, astfel:

I. EXIGENȚELE ACTIVITĂȚII:

inclusiv exigențele care determină efortul în activitate, cele adresate de mediul de muncă.

Standarde:

- *Angajații exprimă capacitatea de a face față exigențelor activității pe care o desfășoară; și*
- *Sistemul organizațional este proiectat astfel încât doleanțele angajaților sunt identificate și rezolvate.*

Obiective de atins:

1. Organizația asigură ca angajaților să li se adreseze exigențe adecvate și posibil de atins, în funcție de durata zilei de lucru.
2. Capacitățile lucrătorilor corespund exigențelor sarcinii de îndeplinit.
3. Sarcinile sunt proiectate astfel încât să corespundă capacităților generale ale lucrătorilor.
4. Plângerile angajaților referitoare la mediul lor de muncă sunt luate în considerare.

II. CONTROLUL ÎN ACTIVITATE:

Standarde:

- *Angajații indică faptul că au posibilitatea de a controla modul în care își desfășoară activitatea; și*
- *Sistemul organizațional este proiectat astfel încât doleanțele angajaților sunt identificate și rezolvate.*

Obiective de atins:

1. Acolo unde este posibil, lucrătorii trebuie să aibă control asupra ritmului de lucru.
2. Angajații sunt încurajați să-și utilizeze toate capacitățile și inițiativele în desfășurarea sarcinii de muncă.
3. Acolo unde este posibil, angajații sunt încurajați să-și dezvolte noi deprinderi care să-i ajute într-o adaptare mai bună la noile provocări determinate de evoluția tehnologică.
4. Organizația încurajează angajații să-și dezvolte capacitățile și deprinderile profesionale.
5. Angajații trebuie să poată hotărâ asupra regimului pauzelor.
6. Angajații sunt consultați asupra programului de lucru.

III. SUPORTUL

Standarde:

- *Angajații indică faptul că primesc suficient suport social la locul de muncă; și*
- *Sistemul organizațional este proiectat astfel încât doleanțele angajaților sunt identificate și rezolvate.*

Obiective de atins:

1. Managementul organizațional prevede politici și proceduri de suport adecvat pentru angajați.
2. Managerii au posibilitatea și sunt încurajați să sprijine angajații subalterni.
3. Angajații au posibilitatea și sunt încurajați să își sprijine colegii.
4. Angajații cunosc tipul de suport de care beneficiază, cum și când să facă apel la acesta.
5. Angajații cunosc cum să acceseze resursele necesare realizării sarcinii de muncă.
6. Angajații primesc feedback regulat și constructiv.

IV. RELAȚII INTERPERSONALE:

Standarde:

- *Angajații indică faptul că sunt satisfăcuți de comportamentul celorlalți colegi;*
- *Riscurile decurgând din comportamentele necorespunzătoare sunt manageriate corespunzător; și*
- *Sistemul organizațional este proiectat astfel încât doleanțele angajaților sunt identificate și rezolvate (aceasta incluzând atât angajații, cât și organizația în ansamblu).*

Obiective de atins:

1. Organizația promovează comportamentele pozitive la locul de muncă, în scopul evitării conflictelor și asigurării corectitudinii în colectivele de muncă.
2. Angajații își comunică informațiile relevante pentru activitatea desfășurată.
3. Managementul organizațional cuprinde politici și strategii agreeate de prevenire sau rezolvare a comportamentelor inadecvate.
4. Managerii au posibilitatea și sunt încurajați să găsească soluții la comportamentelor nedorite la locul de muncă.
5. Angajații au posibilitatea și sunt încurajați să raporteze comportamentele inadecvate la locul de muncă.

V: ROL:

Standarde:

- *Angajații indică faptul că rolurile și responsabilitățile adresate lor sunt clare și compatibile cu capacitățile;*

- *Sistemul organizațional este proiectat astfel încât doleanțele angajaților sunt identificate și rezolvate.*

Obiective de atins:

1. Organizația asigură, în măsura posibilităților, ca diferitele cerințe adresate angajaților să fie precise și compatibile cu capacitățile acestora;
2. Organizația furnizează suficientă instruire angajaților, pentru ca aceștia să înțeleagă rolurile și responsabilitățile adresate lor.
3. Organizația se asigură, în măsura posibilului, ca exigențele adresate angajaților să fie clar exprimate și înțelese.
4. Există politici și strategii prin care angajații sunt încurajați să raporteze orice incertitudine sau conflicte de rol sau responsabilități.

VI. SCHIMBAREA ÎN ORGANIZAȚII:

Standarde:

- *Angajații indică faptul că au oportunitatea de a participa și sunt consultați în raport cu schimbările din organizație, în general, și de la locul lor de muncă, în special;*
- *Sistemul organizațional este proiectat astfel încât doleanțele angajaților sunt identificate și rezolvate.*

Obiective de atins:

1. Organizația furnizează angajaților informații oportune, pentru a le facilita înțelegerea rațiunilor schimbărilor.
2. Organizația asigură consultanța angajaților asupra schimbărilor și furnizează oportunități pentru aceștia de a influența propunerile de schimbare.
3. Angajații cunosc impactul probabil al oricărei schimbări asupra locurilor lor de muncă.
4. Angajații cunosc graficul de timp al schimbărilor.
5. Angajații beneficiază de suport relevant pe durata schimbărilor în organizație.

Evaluarea îndeplinirii Standardelor de Management al factorilor psihosociali de risc se realizează prin stabilirea procentului angajaților care concluzionează că organizația a atins „obiectivele” prescrise de standard. Aceasta se constituie într-o metodologie de evaluare novatoare pentru domeniu, elaborată de HSE, metodologie care este flexibilă și permite compararea situației curente cu cea de dorit, așa cum este ea stipulată în cele 6 standarde.

În acest context, Standardele de Management sunt considerate ca fiind de două tipuri:

1. **Standardele referitoare de sarcină și colectivul de muncă:** *Exigențe, Control și Suport social.*

Există o puternică evidență documentară legată de faptul că acești stresori au importante efecte asupra stării de sănătate. Populația de angajați este expusă permanent la acțiunea acestor factori de risc și, deci, este evident că trebuie considerați indispensabili de a fi analizați, evaluați și integrați managementului de SSM în cadrul oricărei intervenții eficiente din orice organizație.

Procentul stabilit pentru îndeplinirea acestor standarde este de **85%**.

2. Standardele referitoare la *contextul activității*: Rol, Relații interpersonale și Schimbare.

Nu există foarte multe referințe în literatura de specialitate legate de efectele precise ale acestor factori de risc asupra stării de sănătate a angajaților.

Pe de o parte, pentru că studiile au fost axate pe efectul cumulat al unui complex de factori psihosociali de risc asupra stării de sănătate și, pe de altă parte, pentru că măsurile care ar trebui luate pentru reducerea influenței acestor factori de risc legați de contextul activității sunt foarte complexe și cu impact lent asupra acestora.

Astfel, procentul stabilit pentru îndeplinirea acestor standarde este de **65%**.

Există numeroase referințe în literatura de specialitate legate de eficiența diferitelor tipuri de intervenții la nivel organizațional, pentru optimizarea calității managementului factorilor de risc, în special al celor de natură psihosocială.

Majoritatea studiilor au ca obiect dezvoltarea de strategii aplicabile angajaților (Jordan *et al*, 2003), dar din ce în ce mai multe organizații tind să adopte politici complexe, mai cuprinzătoare, în care să fie implicați atât angajații, cât și nivelurile de management.

De aceea, Standardele de Management stabilite de HSE presupun o abordare multistadială, în sens de analiză, evaluare, management, în vederea prevenirii expunerii angajaților la factori psihosociali de risc.

Termenul „standard”, *per se*, implică un set de principii general acceptate, care pot și trebuie să fie aplicate pentru îmbunătățirea managementului securității și sănătății în muncă, prin identificarea și reducerea factorilor de risc.

Fiecare dintre cele 6 Standarde de Management constă într-o serie de specificații care, împreună, definesc o stare de a fi atinsă. Acestea sunt generice și reprezintă, astfel, o abordare „top-down” („de sus în jos”).

Principala caracteristică a acestei abordări este aceea că participarea angajaților și implicarea lor în procesul de evaluare sunt cruciale, iar cunoștințele și experiența angajatorului influențează comportamentul și performanța în muncă ale angajaților și, în parte, starea lor de sănătate.

Expunerea la un risc potențial este evaluată prin gradul de consens al angajaților asupra existenței aceluși risc, asigurându-se astfel că identificarea unui stresor potențial este corectă *pentru un grup specific de angajați, la un anumit moment și într-un context dat*.

Acest fapt permite prioritizarea etapelor procesului de intervenție la nivel organizațional și, deci, o mai mare eficiență în optimizarea managementului general al securității și sănătății în muncă.

GLOSAR

Absenteism	Neprezentarea la locul de muncă atunci când prezența este planificată sau așteptată. Cele mai multe absențe se datorează, în general, unei boli sau incapacități, însă și altor motive. Lipsă de implicare în muncă; comportament al celui care este adesea absent.
Activare	Stare generală în care diferite sisteme fiziologice sunt activate simultan, incluzând frecvența cardiacă, activitatea metabolică și cea electrică a creierului.
Amenajarea locului de muncă	Structurare spațială a locului de muncă, astfel încât să conducă la creșterea securității și sănătății în muncă, prin eliminarea sau reducerea posibilității de contact al lucrătorului cu echipamentele tehnice, materiile prime și materialele și atenuarea sau eliminarea influenței factorilor de risc din mediul fizic de muncă. ALM urmărește adaptarea utilajului la datele antropometrice ale executantului și organizarea locului de muncă astfel încât obiectele supuse prelucrării și aparatele de măsură să fie ușor de perceput, lucrătorii să aibă o poziție corectă, să fie avertizați asupra deficiențelor, iar economia de mișcări să fie maximă. /52/
Angajator	Persoană fizică sau juridică ce se află în raporturi de muncă ori de serviciu cu lucrătorul respectiv și care are responsabilitatea întreprinderii și/sau unității. (<i>Legea 319/2006 a securității și sănătății în muncă</i>)
Burnout	Stare de epuizare și de diminuare a interesului pentru viață, în general, de lungă durată. Grup de tulburări legate de dificultatea managementului evenimentelor de viață. /112/
Cerințe de securitate și sănătate în muncă	Ansamblu de condiții impuse elementelor procesului de producție pentru menținerea sănătății și integrității anatomo-funcționale a executantului. Se stabilesc prin legi, norme, normative, documentații tehnice, recomandări și instrucțiuni a căror respectare asigură prevenirea accidentelor și a îmbolnăvirilor profesionale. /52/
Chestionar	Metodă de investigare, de evaluare, de tipul întrebări – răspunsuri standardizate.
Condiții de muncă	Totalitatea condițiilor în care se desfășoară procesul de muncă. Cuprind condiții de muncă tehnice, organizatorice și de mediu. /52/
Cultură organizațională	„Colecție specifică de valori și norme împărtășite de angajații și grupurile dintr-o organizație și care controlează modalitățile de interacțiune în interiorul organizației și între organizație și factorii interesați din afara acesteia” /23/

Distimie	Modificare în sens depresiv a tonusului afectiv; anxietate, angoasă, neliniște. (<i>Marele Dicționar de neologisme, 2000</i>)
Efort în muncă	Intensitate a solicitării organismului în procesul de muncă. Poate fi preponderent fizic sau psihic. /52/
Ergonomie	Disciplină științifică care se preocupă de înțelegerea interacțiunilor dintre indivizi și celelalte elemente ale sistemului de muncă și care aplică teorii, principii, date și metode de proiectare în scopul optimizării confortului individului și performanței generale a sistemului de muncă. (<i>Asociația Internațională de Ergonomie</i>).
Expunere profesională	Expunerea executanților unei sarcini de muncă la acțiunea unui factor de risc de accidentare și îmbolnăvire profesională. /52/
Factor de risc de accidentare și /sau îmbolnăvire profesională	Însușire, stare, proces, fenomen, comportament propriu elementelor implicate în procesul de muncă și care poate provoca accidente de muncă și/sau îmbolnăviri profesionale. Prin urmare, factorii de risc sunt cauze potențiale ale accidentelor de muncă și bolilor profesionale./52/
Factor de risc psihosocial	Aspect al proiectării, organizării și managementului muncii, al contextului social și ambiental al muncii, care poate duce la vătămări psihologice, sociale sau fizice /97/
Formare	Acțiune de a pregăti, instrui, educa și rezultatul ei. /52/
Hărțuire în muncă	Comportamentul repetat, nejustificat, față de un angajat sau un grup de angajați, care vizează victimizarea, umilirea, subminarea sau amenințarea persoanei în cauză.
Loc de muncă	Locul destinat să cuprindă posturi de lucru, situat în clădirile întreprinderii și/sau unității, inclusiv orice alt loc din aria întreprinderii și/sau unității la care lucrătorul are acces în cadrul desfășurării activității. (<i>Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă</i>)
Lucrător	Persoană angajată de către un angajator, potrivit legii, inclusiv studenții, elevii în perioada efectuării stagiului de practică, precum și ucenicii și alți participanți la procesul de muncă, cu excepția persoanelor care prestează activități casnice. (<i>Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă</i>)
Pericol de accidentare și îmbolnăvire profesională	Sursă a unei posibile leziuni sau afectări a sănătății executantului, unui proces de muncă. /52/
Post de lucru	Cea mai simplă subdiviziune organizatorică a muncii, constând în ansamblul obiectivelor, sarcinilor, autorității și responsabilităților care, în mod regulat, revin spre exercitare unui component al unei unități economico-sociale. /52/
Prevenire	Asamblul de dispoziții sau măsuri luate ori prevăzute în toate etapele

procesului de muncă, în scopul evitării sau diminuării riscurilor profesionale. (*Legea 319/2006 a securității și sănătății în muncă*)

Prezenteism	Prezentarea unui angajat la locul de muncă chiar și atunci când se simte prea bolnav pentru a-și putea desfășura activitatea în mod eficient. Motivele prezenteismului includ simțul datoriei față de clienți sau colegi sau dependența de muncă.
Recompensă	Forma de stimulare individuala sau colectiva, materiala si morala a angajatilor care se disting prin rezultate deosebite in munca, prin respectarea exemplara a disciplinei muncii si a normelor de comportare.
Risc	Combinație într eprobabilitatea și gravitatea unei posibile leziuni sau afectări a sănătății într-o situație periculoasă. /52/
Securitate și sănătate în muncă	Asamblul de activități instituționalizate având ca scop asigurarea celor mai bune condiții în desfășurarea procesului de muncă, apărarea vieții, integrității fizice și psihice, sănătății lucrătorilor și a altor persoane participante la procesul de muncă (<i>Legea 319/2006 a securității și sănătății în muncă</i>)
Solicitare	Mobilizare a funcțiilor și capacităților fizice și psihofiziologice ca efect al acțiunii cerințelor externe asupra executantului, în funcție de nivelul capacității sale de muncă. /52/
Stres	Stare de tensiune, încordare și disconfort determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrarea sau reprimarea unor stări de motivație (trebuințe, dorințe, aspirații), de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme. /21/
Stres la locul de muncă	Stres determinat de dezechilibrul dintre capacitățile individuale și cerințele profesionale specifice unui loc de muncă. «un model de reacții emoționale, cognitive, comportamentale și fiziologice la aspecte negative și dăunătoare ale conținutului muncii, organizării muncii și mediului de muncă» (<i>Comisia Europeană, 1999</i>)
Violența la locul de muncă	Exercitarea agresiunii fizice sau psihologice, încercarea de exercitare sau orice alt comportament care poate fi interpretat ca agresiune fizică sau psihologică asupra unei persoane, la locul de muncă, având drept consecințe lezarea acesteia. Alte consecințe: tulburările post-traumatice pe bază de stres, absențe din motive medicale și proasta realizare a sarcinilor. (OSHA)

BIBLIOGRAFIE. WEBSITE-URI DE INFORMARE

1. Amiel, R. *Stress et psychopathologie du travail*. In: Arch. mal.prof., 1989, 50, no. 7, 696-704.
2. Aubert, N., Pages, M. *Le stress professionnel*, Éditions Klincksieck, 1989.
3. Bickford, M., 2005. *Stress in the workplace: A general overview of the causes, the effects and the solutions*. Canadian Mental Health Association, Newfoundland and Labrador Division, Canada
4. Brun, C., 2005. *Risques psychosociaux... Stress, mal-être, souffrance. Guide pour une démarche de prévention pluridisciplinaire*.ARACT Aquitaine, France
5. Cannon, W.B., Stresses and strains of homeostatis, Am. J. Med. Scie, 1935; 189: 1-4
6. Chandron, B. *Vie quotidienne et psychopathologie de stress*, Congrès a Paris, 28-29 apr. 1990.
7. Chanlat, J.F. *Théories du stress et psychopathologie du travail*. Revue Prévenir, no.20, 1-er sem. 1990.
8. Cheng, Y, 2011. *Regulation of psychosocial risk factors at work: An international overview*. In *Safety Science*, 49, 2011. At: http://homepage.ntu.edu.tw/~ycheng/index/PDF/reading_report/Safety%20Science49_2011.pdf
9. Chouanière, D., Langevin, V., Guibert, A., Montagnez, A., 2009. *Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention. Repères pour le préventeur en entreprise*. INRS, ED 6011, France
10. Cohen, S. *After Effects of Stress on Human Performance and Social Behaviour: A Review of Research and Theory*, Psychosocial Bulletin, vol.88, 1, 1980, p.82-108.
11. Compier M. Editorial – “Assessing the psychological work environment – «subjective» versus «objective» measurement”, Scand J Work Environ Health, 2005, vol. 31, no. 6
12. Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzalez, E., *Research on work-related stress*. European Agency for Safety & Health at Work. 2000, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
13. Dantchev, N., Stratégies de coping et patterne A coronarogène. *Revue de médecine Psychosomatiques*, 17 (18), 1989, 21-30.
14. Dantzer, R. Neuroendocrine correlates of control and coping. In Steptoe, Andrew (Ed); Appels, Ad (Ed), (1989). *Stress, personal control and health.*, (pp. 277-294). Oxford, England: John Wiley & Sons, x, 323
15. Dejours, C., Abdoucheli,E. *Itinéraire théorique en psychopathologie du travail*. Revue Prévenir, no.20, 1-er sem. 1990.

16. Dejours, C. *Aspects psychopathologiques du travail*. in: "Traité de psychologie du travail" (Lévy-Leboyer, C. și Sperandio, J.C. - sub red.), PUF, Paris, 1987.
17. Dejours, C., Collot, T Godard, P., Logeay, P. *Syndromes psychopathologiques consécutifs aux accidents du travail incidences sur la reprise du travail*. in: Le travail humain, tom 49, no.2, 1986.
18. Diène, E., Fouquet, A., Esquirol, Y. *Cardiovascular diseases and psychosocial factors at work. Maladies cardiovasculaires et facteurs psychosociaux au travail*. Archive of Cardiovascular Disease (2012), 105, 33-39, Elsevier Masson, France
19. Ertel, M., Stilijanow, U., Iavicoli, S., Natali, E., Jain, A., Leka, S. *European social dialogue on psychosocial risks at work: Benefits and challenges*. In: European Journal of Industrial Relations, June 2010; vol. 16, 2: pp. 169-183
20. Fraisse, P. Traité de Psychologie Expérimentale, Vol 5, 1963, 83-153.
21. Golu, M. *Dicționar de Psihologie Socială*, Editura Enciclopedică, București, 1981
22. Hassett, J., White, M.K. *Psychology in Perspective*. Harper and Row, New York, 1989
23. Hill, C.W.L., Jones, G.R. (2001), *Strategic Management*, Houghton Mifflin, Boston, MA
24. Hurrell J.J., Nelson D.L., Simmons B.L. *Measuring job stressors and strains: where we have been, where we are and where we need to go*, J Occup Health Psychol, 1998; 3(4): 368/89
25. Iamandescu, I.B. *Stresul psihic și bolile interne*. Ed. All, 1993
26. Jeammet Ph, Reynaud M, Consoli SM (1996) *Psychologie Médicale, Abrégés*, Paris
27. Jonas C. , Crocq L. , Les conséquences cliniques du traumatisme psychique, Nervure, vol.9, nr.6, 1996, p.23–28
28. Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., and Rosenthal, R. A. 1964. *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*. New York: Wiley.
29. Kahn, R.L., Quinn, R.P., "Role stress: a framework for analysis", in McLean, A. (Ed.), *Occupational Mental Health*, 1970, Rand-McNally, New York, NY
30. Kalimo R. *Stress in Work*, in Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, vol.6, Supplement 3, 1980
31. Kompier M. „*Job design and well-being*”. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, editors. *The handbook of work and health psychology*. Chichester (UK): John Wiley & Sons; 2003. p. 429-454.
32. Kristensen T.S. *From Research to Practice: The „Soft Guidelines” of The Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, paper 27th International Congress on Occupational Health, Brazil, 2005

33. Kristensen T.S., Hannerz H., Høgh A., Borg V. Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment, *Scand J Work Environ Health*, 2005; 31(6):438-449
34. Kristensen T.S. Copenhagen Psychosocial Questionnaire. In: Hagberg M. et al, eds. *Exposure assessment in epidemiology and practice*. Arbete och Hälsa, 2001:10: 210-213.
35. Kristensen T.S., Borg V., Hannerz H. Socioeconomic status and psychosocial work environment: results from a Danish national study. *Scand J Public Health* 2002; 30:41-48.
36. Lazarus, R S and Launier, R, (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L A Pervin and M Lewis (Eds), (1978). *Perspectives in Interactional Psychology* (pp. 287–327). New York,: Plenum.
37. Lazarus R. S., Folkman S. , *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer, New York, NY, USA, 1984
38. Legeron P. (2003) - *Cum sa te aperi de stres*, Editura Trei, Bucuresti.
39. Leka, S., Cox, T. (Eds.), *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*, I-WHO Publications, Nottingham, UK (2008), pp. 1–16
40. Leka, S., Jain, A. , Iavicoli, S., Vartia, M., Ertel, M. *The role of policy for the management of psychosocial risks at the workplace in the European Union*. In: *Safety Science*, 49 (2011), pp. 558–564
41. Leka, S., Jain, A., Widerszal-Bazyl, M., Żołnierczyk-Zreda, D., Zwetsloot, G. *Developing a standard for psychosocial risk management: PAS 1010*. In: *Safety Science*, vol. 49, Issue 7, August 2011, pp. 1047-1057
42. Levi, L. Définitions et aspects conceptuels de la santé en milieu professionnel - OMS, *Facteurs psycho-sociaux en milieu de travail et leurs rapports a la santé*, 1988.
43. Levi, L., 2002. *Spice of life or kiss of death*. In: *Working on Stress*, Magazine of the European Agency of Safety and Health at Work No. 5. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg.
44. Logeay P., Gadbois C. *Les astreintes psychiques des situations dangereuses de travail*. in: "Psychologie et psychopathologie du travail" - Documents pour le médecin du travail, no.44, 4-e trim. 1990 - INRS, França.
45. Mayer, H. Les travailleurs et le stress. in: *Stress physique et psychologique du travail*, Dublin, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 1982.
46. McGrath, J. E. (Ed.), *Social and Psychological Factors in Stress*. 1970, New York: Holt, Rinehart & Winston.
47. Moline, A.F. *Travail et Santé Mentale-Dossier Documentaire*, ANACT, aug.1991.
48. Murphy, L.R. (1995). Occupational stress management: Current status and future direction. *Trends in Organizational Behavior*, 2, 1-14.

49. Nadeau D., Vezina M. Vinet A., Brisson C. Travail parcellaire et altération de la santé mentale chez les opératrices de machines à coudre. *Arch.mal.prof.*, 1990, 51, no.7, p.479-487.
50. Nübling, M., Stößel, U., Hasselhorn, H. M., Michaelis M., Hofmann F. Measuring psychological stress and strain at work: Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany, *GMS Psychosocial Medicine*, 2006; 3: Doc 05.
51. Paulhan, I. Le concept de coping. *L'Année Psychologique*, 1992, 92, 545-557.
52. Pece, Ș., Dăscălescu A., DEX Securitate și sănătate în muncă. Dicționar explicativ, GENICOD Ltd. General Advertising & Printing House, București, 2001.
53. Peiró J. M. Assessment of Psychosocial Risks and Prevention Strategies, *Psychology in Spain*, 2000, Vol. 4. No 1, 139-166
54. Popescu Neveanu P., Dictionar de psihologie, Editura Enciclopedica, Bucuresti, 1978.
55. Poschen P., Juntunen M.-L. Psychosocial Factors, in in ILO – Encyclopaedia. <http://www.ilo.org/encyclopaedia/>
56. Rat de Cocquard M. Bregliano M. Peur dans l'industrie des explosifs. In: "Psychopathologie du travail", *Entreprise Moderne d'Édition* 17, Viète, 75017 Paris, 1985.
57. Sauter S.L., Hurrell J.J., Murphy L.R., Levi L. Psychosocial and Organizational Factors, in ILO – Encyclopaedia. <http://www.ilo.org/encyclopaedia/>
58. Selye, H., A syndrome produced by diverse noxious agents, *The journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 1936
59. Semmer N.K., Grebner S., Elfering A. Beyond self – report: using observational, psychological and situation / based measures in research on occupational stress, In Perrewe P.L., Ganster D.C., editors. *Research in occupational stress and wellbeing: emotional and physiological processes and positive interventions strategies*. Amsterdam: Elsevier; 2004. p 205-63
60. Sharit J., Salvendy G. Occupational Stress; Review and Reappraisal. *Human Factors*, 24, 1982, p.129-162.
61. Sonnentag S., Fritz C. Endocrinological processes associated with job stress: catecholamine and cortisol responses to acute and chronic stressors. In Perrewe P.L., Ganster D.C., editors. *Research in occupational stress and wellbeing: emotional and physiological processes and positive interventions strategies*. Amsterdam: Elsevier; 2005.
62. Toma, I. *Medicina muncii*, Editura SITECH, Craiova, 2004
63. Ursu, M.A. *Stresul organizațional*, 2007, Editura Lumen, Iași
64. Vandenberg, R.J., Park, K.O., DeJoy, D.M., Wilson, M.G., & Griffin-Black, C.S. (2002). The healthy work organization model: Expanding the view of individual health and well-being in the workplace, in Professor Pamela Perrewe, Professor Daniel Ganster (ed.) *Historical and Current Perspectives on Stress and Health (Research in Occupational Stress and Well-Being, Volume 2)* Emerald Publishing Group Limited, pp. 57-115.

65. Widerszal-Bazyl, M., Żołnierczyk-Zreda, D., Jain, A., 2008. PRIMA-EF. Guidance on the European Framework Psychosocial Risk Management. Chapter 3: Standards Related to Psychosocial Risks at Work. pp. 37-59, PRIMA-EF, Leka, S. and Cox ,T. (Eds.), I-WHO Publications, Nottingham, UK.
66. Wisner, A. Ergonomie et psychopathologie du travail. Revue Prévenir no.20, 1-er sem. 1990.
67. Zlate, M., Tratat de psihologie organizațional managerială, Vol.II, 2007, Editura Polirom, Iași.
68. Commission européenne - Santé et Sécurité sur le lieu de travail. Programme communautaire 1996-2000.
69. EEF: Work Organization Assessment Questionnaire: a tool for the risk management of stress, 2004
70. ELVIE. Une méthode de diagnostic et de prévention des risques psychosociaux au travail. Guide d'utilisation, 2009, Franța
71. ETUC, UNICE, UEAPME, CEEP, Social Dialogue – „Framework Agreement on Work – related Stress”, 2002
72. European Commission (EC), 1985. A new approach to technical harmonization and standards. Council Resolution 85/C 136/01. C 136/2 – *Official Journal of the European Communities*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
73. European Commission (EC), 1995. *The broader use of standardisation in community policy*. Communication from the Commission. COM(1995) 412 final. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
74. European Commission (EC), 1999. *Guidance on work-related stress – Spice of life or kiss of death?* Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
75. European Commission (EC), 2001. *European Policy Principles on International Standardisation. Commission staff working paper – SEC (2001) 1296*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
76. European Commission (EC), 2002. Council conclusions on standardisation. C66 – *Official Journal of the European Communities*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
77. European Commission (EC), 2004a. *The role of European standardisation in the framework of European policies and legislation. Communication from the Commission*. COM (2004) 674 final. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
78. European Commission (EC), 2004b. *The practical implementation of the provisions of the health and safety at work directives 89/391 (Framework), 89/654 (Workplaces), 89/655 (Work Equipment), 89/656 (Personal Protective Equipment), 90/269 (Manual Handling of Loads) and 90/270 (Display Screen Equipment)*. Communication from the Commission COM/2004/0062 final. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

79. European Commission (EC), 2006. Decision on the financing of European standardisation Decision No 1673/2006/EC. L 315/9 – *Official Journal of the European Union*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
80. European Agency for Safety and Health at Work - Report Priorities for Occupational Safety and Health Research in the EU25, 2005
81. European Agency for Safety and Health at Work - Research on Work – related Stress, 2000
82. European Agency for Safety and Health at Work - Future Occupational Safety and Health Research Needs and Priorities, 2000
83. European Agency for Safety and Health at Work – Magazine 5 – „Working on Stress”, 2000
84. European Agency for Safety and Health at Work – Future occupational safety and health research needs and priorities in the Member States of the European Union, 2000
85. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), 2002. *How to Tackle psychosocial issues and reduce work-related stress*. Report of European Agency for Safety and Health at Work. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
86. European Agency for Safety and Health at Work - Working on Stress, Prevention of Psychosocial Risks and Stress at Work in Practice, 2002
87. European Agency for Safety and Health at Work - Systems and Programmes, How to Tackle Psychosocial Issues and Reduce Work – related Stress 2002
88. European Agency for Safety and Health at Work – Work – related Stress, Facts, 22, 2002
89. European Agency for Safety and Health at Work – Violence at Work – Facts, 24, 2002
90. European Agency for Safety and Health at Work – Bullying at Work, Facts, 23, 2002
91. European Agency for Safety and Health at Work – Adapting to change in work and society: a new Community strategy on health and safety at work 2002 – 2006
92. European Agency for Safety and Health at Work – Including gender issues in risk assessment, Facts, 43, 2003
93. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), 2007. *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. European Risk Observatory Report. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
94. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), 2009. *OSH in figures: stress at work – facts and figures*. European Risk Observatory Report. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
95. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), 2010a. *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks: managing safety and health at work*. European

- Risk Observatory Report. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
96. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), 2010b. *Mainstreaming OSH into business management*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
 97. European Agency for Safety and Health at Work – Risk Observatory Report – „Expert Forecast on Emerging Psychosocial Risks Related to Occupational Safety and Health”, 2007.
 98. European Agency for Safety and Health at Work – Annual Report 2009
 99. European Agency for Safety and Health at Work – ESENER, Drivers and barriers for psychosocial risk management, 2012
 100. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – Report – „Work – related Stress”, 2003
 101. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Work related stress, 2005
 102. European Pact for Mental Health and Well-being, 2008. *EU high level conference ‘Together for mental health and wellbeing’*, Brussels, 12–13 June 2008.
 103. European Parliament 2009. *European Parliament resolution of 19 February 2009 on Mental Health* T6-0063/2009, Reference 2008/2209(INI). At: <http://www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=en&procnum=INI/2008/2209> (accessed 15.07.10).
 104. European Risk Observatory Report – OSH in figures: Stress at work – facts and figures, European Communities, 2009
 105. European Social Partners, 2004. *Framework agreement on work-related stress. European social partners – ETUC, UNICE (BUSINESSEUROPE), UEAPME and CEEP*, Brussels. At: http://ec.europa.eu/employment_social/news/2004/oct/stress_agreement_en.pdf (accessed 15.07.10).
 106. European Social Partners, 2007. *Framework agreement on harassment and violence at work. European social partners – ETUC, BUSINESSEUROPE, UEAPME and CEEP*, Brussels. At: http://ec.europa.eu/employment_social/news/2007/apr/harassment_violence_at_work_en.pdf (accessed 25.07.10).
 107. European Social Partners, 2008. *Implementation of the European autonomous framework agreement on work-related stress*. Report adopted by the European Social Partners – Adopted at the Social Dialogue Committee on 18 June 2008. European social partners – ETUC, BUSINESSEUROPE, UEAPME and CEEP, Brussels.
 108. Government of Western Australia, Consumer and Employment Protection – Stress at Work: A Fact Sheet, 2002

109. Health and Safety Executive, Robens Centre for Health Ergonomics, 2004, *The role of work stress and psychological factors in the development of musculoskeletal disorders*.
110. HSE – Beacons of Excellence in Stress Prevention, 2003
111. HSE – BFAWU Guide to Work Related Stress, 2003
112. ICD-10: International Classification of Diseases. Geneva: World Health Organization, 1994.
113. International Labour Office (ILO), 1986. *Psychosocial factors at work: recognition and control*. Report of the Joint International Labour Office and World Health Organization on Occupational Health, Ninth Session, Geneva, 18–24 September 1984. *Occupational Safety and Health Series* No. 56. International Labour Office, Geneva.
114. International Labour Office (ILO), 2006. *Violence at work-third edition*. International Labour Office, Geneva.
115. International Labour Office (ILO), 2010. *Recommendation concerning the list of occupational diseases and the recording and notification of occupational accidents and diseases ILO recommendation R194 revised annex*, 2010. International Labour Office, Geneva.
116. International Organisation for Standardisation (ISO), 1991. *EN ISO 10075-1: Ergonomic principles related to work-load – General terms and definitions*. International Organisation for Standardisation, Geneva.
117. International Organisation for Standardisation (ISO), 1996. *EN ISO 10075-2: Ergonomic principles related to work-load – Design principles*. International Organisation for Standardisation, Geneva.
118. Le stress dans le monde du travail - Le travail dans le monde. BIT, 1993 - T 6, p.73-85.
119. Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei – Politica și Strategia României în Domeniul Securității și Sănătății în Muncă, pentru Perioada 2004 – 2007.
120. Mouvement des Entreprises de France (MEDEF), 2010. *Guide pratique. Prévenir le stress au travail. Guide d'aide aux entreprises*. Franța
121. Program Național „Parteneriate în domeniile prioritare” – proiect coord. INCDPM: „Sistem de evaluare a influenței stresului asupra productivității muncii în firmele din mediul economic românesc”
122. Report of the Joint ILO/WHO, Committee on Occupational Health, Ninth Session, Geneva, 18-24 sept.1984.
123. Tratat de psihiatrie, ed. a IIa. Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Geneva Initiative Publishers, 1994.
124. World Health Organization (WHO), 2003a. *Work organization and stress. Protecting workers' health series*; no. 3. World Health Organization, Geneva.

125. World Health Organization (WHO), 2003b. *Raising awareness to psychological harassment at work. Protecting workers' health series*; no. 4. World Health Organization, Geneva.
126. World Health Organization (WHO), 2007. *Raising awareness of stress at work in developing countries: a modern hazard in a traditional working environment: advice to employers and worker representatives. Protecting workers' health series*; no. 6. World Health Organization, Geneva.
127. World Health Organization (WHO) 2008. *PRIMA-EF: Guidance on the European framework for psychosocial risk management: a resource for employers and worker representatives. Protecting workers' health series*; no. 9. World Health Organization, Geneva.
128. World Health Organization (WHO), 2010. *Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners*. World Health Organization, Geneva.
129. Comunicarea Comisiei către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social și Comitetul Regiunilor – *Îmbunătățirea calității și productivității în muncă: Strategia comunitară 2007-2012 privind sănătatea și securitatea în muncă*, 2007. www.eur-lex.europa.eu
130. R 194 – List of Occupational Diseases Recommendation, 2002 (No. 194): Recommendation concerning the List of Occupational Diseases and the Recording and Notification of Occupational Accidents and Diseases, Annex, revised 2010. www.ilo.org
131. European Agency for Safety and Health at Work – Risk Observatory Report – *Workplace Violence and Harassment: a European picture*, 2010

Website-uri de informare:

132. <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Comment-agir.html>
133. <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2007112/article/10466-eng.pdf>
134. <http://deakin.edu.au/hr/assets/resources/ohs/managers-guide2.pdf>
135. <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2001/11/study/tn0111109s.htm>
136. http://www.cipd.co.uk/NR/rdonlyres/1B504994-F40F-4801-B93D-8FA4DE73E1FD/0/5233Stress_and_Law_guide.pdf
137. http://osha.europa.eu/en/legislation/directives/provisions-on-workload-ergonomical-and-psychosocial-risks/index_html
138. http://osha.europa.eu/en/press/press-releases/stress_workplace_to_rise_say_8_out_of_10_in_major_pan-european_opinion_poll
139. <http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Domenii/Relatii%20bilaterale-organizatii/Conventii-OIM/183.pdf> (convenții OIM ratificate de România)

- 140. <http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm> (convenții OIM)
- 141. <http://eur-lex.europa.eu/ro/treaties/index.htm> (Tratatul de la Amsterdam)
- 142. <http://www.dae.gov.ro/articol/1724/comisia-european-public-un-nou-raport-privind-implementarea-acordului-cadru-autonom-privind-stresul-la-locul-de-munc-incheiat-in-2004>
- 143. www.inrs.fr
- 144. www.hse.gov.uk/
- 145. <http://osha.europa.eu/ro/front-page>
- 146. <http://www.cdc.gov/niosh/>