

Anna Cybula-Fujiwara<sup>1</sup>

Dorota Merecz-Kot<sup>2</sup>

Jolanta Walusiak-Skorupa<sup>3</sup>

Andrzej Marcinkiewicz<sup>4</sup>

Marta Wiszniewska<sup>3</sup>

## PRACOWNIK Z CHOROBAŁ PSYCHICZNĄ – MOŻLIWOŚCI I BARIERY W PRACY ZAWODOWEJ

EMPLOYEES WITH MENTAL ILLNESS – POSSIBILITIES AND BARRIERS IN PROFESSIONAL ACTIVITY

<sup>1</sup> Szpital im. J. Babińskiego / Babiński Memorial Hospital, Łódź, Poland  
Oddział Psychiatryczny D / Department of Adult Psychiatry D

<sup>2</sup> Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland  
Zakład Psychologii Zdrowia i Pracy / Department of Health and Work Psychology

<sup>3</sup> Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland  
Klinika Chorób Zawodowych i Toksykologii / Department of Occupational Diseases and Toxicology

<sup>4</sup> Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland  
Zakład Epidemiologii Środowiskowej / Department of Environmental Epidemiology

### STRESZCZENIE

Osoby z zaburzeniami psychicznymi stanowią w Polsce liczną grupę. W 2010 r. psychiatryczną opieką ambulatoryjną objętych było prawie 1,5 mln osób, natomiast w całodobowych oddziałach psychiatrycznych leczono około 200 tys. chorych. Jedynie 17% osób niepełnosprawnych psychicznie jest aktywnych zawodowo. Badania dowodzą, że mimo niekorzystnego wpływu zaburzeń psychicznych na zatrudnienie (np. obniżona produktywność, absentyzm, prezentyzm, zwiększone ryzyko wypadków w pracy), praca może mieć kluczowe znaczenie dla stabilizacji stanu psychicznego, a także może pomóc w powrocie do zdrowia. Osoby z zaburzeniami psychicznymi są grupą społeczną najbardziej narażoną na wykluczenie z rynku pracy. Wśród pracodawców przeważa opinia, że osoby chorujące psychicznie mają ograniczoną zdolność do pracy zawodowej, a społeczne postawy wobec nich cechuje tendencja do naznaczania i piętnowania. W artykule omówiono korzyści dla zdrowia wynikające z podjęcia pracy w przebiegu choroby psychicznej, bariery napotymane przez chorych w podejmowaniu i kontynuowaniu pracy oraz zawodowe funkcjonowanie osób z rozpoznaną depresją (będącą przykładem zaburzeń afektywnych) i schizofrenią (będącą przykładem zaburzeń psychotycznych). Analiza dostępnych danych wskazuje, że w celu polepszenia sytuacji osób chorujących psychicznie na rynku pracy konieczna jest ścisła współpraca przedstawicieli różnych specjalności medycznych i ich aktywne zaangażowanie w proces rehabilitacji społeczno-zawodowej osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Med. Pr. 2015;66(1):57–69

**Słowa kluczowe:** zaburzenia psychiczne, schizofrenia, depresja, zatrudnienie, aktywność zawodowa, powrót do pracy

### ABSTRACT

In Poland patients with psychiatric problems form a large group; in 2010 there were almost 1.5 million people for whom outpatient psychiatric care was provided, whereas approximately 200 thousand ill individuals were treated in 24-h psychiatric wards. Only 17% of the mentally disabled are professionally active. The results of many researches show that despite the detrimental influence of mental disorders on the employment (e.g., lower productivity, absenteeism, presenteeism, increased risk of accidents at the workplace), professional activity can play a key role in the stabilization of the mental state, it can also help in disease recovery. People with mental disorders are a social group that is at the higher risk of exclusion from the job market. The opinion prevailing among employers is that mentally ill individuals have decreased ability to conduct professional activity, and social attitudes towards them tend to be based on marking and stigmatizing. This review tackles the advantages of working during the illness, barriers which people with mental disorders face on the job market when they want to either start or continue work, and professional functioning of people with diagnosed depression (e.g., affective disorders) and schizophrenia (representing psychotic disorders). The analysis of existing data show that to improve the situation of mentally ill people present on the job market close cooperation between the representatives of various medical specializations is necessary, as well as their active participation in the process of social and professional rehabilitation of people affected by mental disorders. Med Pr 2015;66(1):57–69

**Key words:** mental disorders, schizophrenia, depression, employment, professional activity, return to work

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Anna Cybula-Fujiwara, Szpital im. J. Babińskiego, Oddział Psychiatryczny D, ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź, e-mail: annacybulafujiwara@op.pl  
Nadesłano: 3 grudnia 2014, zatwierdzono: 4 lutego 2015

## WSTĘP

Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) choroby psychiczne do 2020 r. staną się jednym z poważniejszych problemów zdrowotnych występujących w populacji europejskiej [1]. Wyniki badań przeprowadzonych w Europie (UE 27, Szwajcaria, Islandia i Norwegia), opublikowane w 2011 r. w formie raportu, wskazują, że każdego roku 164,8 mln (38,2%) mieszkańców Europy cierpi z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego [2]. Według ww. raportu do najczęstszych zaburzeń psychicznych należą, zgodnie z klasyfikacją DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Fourth edition – Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Wydanie 4) [3]:

- zaburzenia lękowe – ogółem 12%;
- zaburzenia afektywne – 7,8%, w tym zaburzenia depresyjne – 6,9%, zaburzenia dwubiegunowe – 0,9%;
- zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi – 3,8–5,6%;
- schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne – 1,2%;
- zaburzenia odżywiania – 0,3–1,4%.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi są grupą społeczną najbardziej narażoną na wykluczenie z rynku pracy. Z uwagi na powszechne uprzedzenia, stygmatyzację i stereotypizację mają szczególne trudności w samodzielnym funkcjonowaniu na rynku pracy oraz problem z uzyskaniem podstawowego prawa do pracy [4]. Jednocześnie ludzie doświadczający chorób psychicznych są szczególnie wrażliwi na negatywne skutki zdrowotne bezrobocia i związaną z tym utratę jakości (m.in. poziomu) życia, celów i ról.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie sytuacji osób chorujących psychicznie na rynku pracy, ze szczególnym uwzględnieniem Polski. W publikacji omówiono korzyści zdrowotne podejmowania pracy w przebiegu choroby, bariery w podejmowaniu i kontynuowaniu pracy zawodowej, wpływ choroby na pracę oraz oddziaływanie zagrożeń psychospołecznych w środowisku pracy na zdrowie psychiczne pracowników.

## METODY PRZEGLĄDU

Przeglądu piśmiennictwa dokonano z użyciem internetowej bibliograficznej bazy danych PubMed z zastosowaniem następujących słów kluczowych: zaburzenia psychiczne (mental disorders), zdrowie psychiczne (mental health), praca (work), rehabilitacja zawodowa (vocational rehabilitation), zatrudnienie i schizofrenia (schizo-

phrenia and employment), zatrudnienie i depresja (depression and employment) w różnej konfiguracji.

Głównym kryterium doboru publikacji była problematyka poruszająca temat pracy w kontekście choroby psychicznej. Dokonano przeglądu publikacji w języku polskim i angielskim. Ponieważ w Polsce temat jest rzadko poruszany w opracowaniach naukowych (znaleziono niewiele artykułów w języku polskim), w artykule opierano się głównie na publikacjach w języku angielskim. W niniejszym artykule wykorzystano również informacje z podręczników medycznych oraz tematycznych monografii.

Przedział czasowy opublikowanych prac objął lata 1990–2014. W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania problemami osób z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy, temat jest szeroko eksplorowany w publikacjach naukowych.

## WYNIKI PRZEGLĄDU

### Zalety pracy dla osób z chorobą psychiczną

Praca jest ważna dla zdrowia psychicznego, ponieważ pozwala zaspokoić potrzeby samorealizacji, szacunku, uznania i afiliacji, które stanowią kluczowe elementy w hierarchii potrzeb ludzkich Masłowa [5]. Mimo negatywnego wpływu choroby psychicznej na zatrudnienie praca może mieć kluczowe znaczenie dla stabilizacji stanu psychicznego, a także dopomóc w powrocie do zdrowia. Możliwość uczestnictwa w rynku pracy przyczynia się do poczucia przynależności społecznej i jest niezbędna dla zdrowia psychicznego.

Wśród korzyści związanych z pracą należy wymienić również ustrukturyzowanie czasu i czynności dnia codziennego, kontakty społeczne, wspólne wysiłki i cele, tożsamość i status społeczny, osobiste osiągnięcia oraz regularną aktywność i zaangażowanie. Wykazano również, że poprawa zawodowego funkcjonowania pacjentów wiązała się z redukcją objawów chorobowych [6].

Praca wzmacnia zasoby jednostki potrzebne zarówno do radzenia sobie z chorobą, jak i dobrego funkcjonowania w społeczeństwie, zapobiega społecznemu i ekonomicznemu wykluczeniu chorych.

W badaniu opublikowanym przez Koletsi i wsp. w 2009 r. [7] obserwowano 48 pacjentów objętych programem rehabilitacji zawodowej przez 18 miesięcy (29 ze zdiagnozowaną schizofrenią, 15 z chorobą afektywną dwubiegunową, 4 z innymi zaburzeniami psychotycznymi). Badani jako pozytywne aspekty pracy wskazywali: stabilność finansową (N = 28), poprawę życia towarzyskiego (N = 27), większe poczucie

własnej wartości i satysfakcji (N = 16), integrację społeczną, poczucie akceptacji (N = 15), samodoskonalenie (N = 8), poprawę sposobów radzenia sobie z problemami (N = 6), poprawę samopoczucia (N = 5) i redukcję poczucia samotności (N = 5).

### **Barriere osób chorych psychicznie na rynku pracy**

Mimo że większość osób ze schorzeniami psychicznymi chce podjąć pracę [8], muszą się one zmierzyć z licznymi barierami, które ograniczają ich możliwości i perspektywy zatrudnienia.

Wyróżniono 3 wymiary niepełnosprawności spowodowane chorobami psychicznymi [9,10]:

- deficyty pierwotne (wewnętrzne) – bezpośredni wpływ choroby na daną osobę (np. zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia nastroju, zaburzenia koncentracji, pozytywne oraz negatywne objawy schizofrenii, dezorganizacja spowodowana psychozą, działania niepożądane leków przeciwpsychotycznych, leków przeciwdepresyjnych i stabilizujących nastroj, strach przed porażką, obawa przed nawrotem choroby itp.);
- deficyty wtórne – negatywne reakcje otoczenia (rodziny, profesjonalistów, osób publicznych) na chorobę;
- ograniczenia zewnętrzne – bariery systemowe utrudniające zatrudnienie (tj. charakter rynku pracy i dostępność odpowiedniej pomocy w znalezieniu zatrudnienia).

Ponadto określono przyczyny prowadzące osoby chorujące psychicznie do wykluczenia z rynku pracy [9,11]:

- niedostateczną liczbę miejsc pracy przystosowanych do indywidualnego zapotrzebowania osób z zaburzeniami psychicznymi,
- zjawisko dyskryminacji i stygmatyzacji,
- długotrwałą zależność od pasywnych form pomocy społecznej (renty, zasiłki),
- zależność od własnych rodziców,
- niskie oczekiwania ze strony lekarzy psychiatrów.

Na przykład Mallick i wsp. [12] wykazali, że zasoby finansowe (niezbędne do wywiązywania się ze zobowiązań takich, jak czynsz, zakup żywności i inne codzienne wydatki), zasoby pracy (możliwość zatrudnienia oraz środki niezbędne do uzyskania i utrzymania zatrudnienia), a także umiejętności zawodowe stanowiły największe przeszkody w integracji społecznej osób chorych psychicznie. Umiejętności zawodowe obejmowały zdolność do podejmowania kontaktów międzyludzkich i wykonywania czynności zawodowych wymaganych na danym stanowisku pracy, takich jak przestrzeganie

instrukcji, współpraca z innymi przy realizacji zadań grupowych, szybkie i dokładne wypełnianie zadań oraz przestrzeganie zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Warto także zwrócić uwagę, że sam moment pojawienia się choroby może przerwać proces edukacji i szkolenia, utrudnić przejście z etapu nauki do zatrudnienia oraz zakłócić wczesne stadia tworzenia się ścieżki zawodowej, nabywanie systemu wartości związanego z pracą, etyki zawodowej i kluczowych umiejętności zawodowych.

Ponadto czynnikiem negatywnie wpływającym na funkcjonowanie zawodowe osób chorych psychicznie jest częste współwystępowanie podstawowej jednostki chorobowej z innymi zaburzeniami psychicznymi (głównie uzależnieniem od alkoholu lub/i substancji psychoaktywnych [13], zaburzeniami funkcji poznawczych [14,15]) oraz schorzeniami somatycznymi [16]. Stwierdzono, że deficyty poznawcze związane są z obniżeniem efektywności i jakości pracy, czego następstwem są problemy z utrzymaniem zatrudnienia i bezrobocie [17–19].

Również system świadczeń społecznych może stanowić przeszkodę w podjęciu pracy. Pacjenci w obawie przed utratą korzystnych dla nich zasiłków i innych form wsparcia oraz niepewni, czy są w stanie długookresowo utrzymać zatrudnienie, mogą powstrzymać się przed podejmowaniem aktywności zawodowej. Zjawisko to zostało nazwane pułapką świadczeń [20].

### **Sytuacja osób**

#### **z zaburzeniami psychicznymi w Polsce**

Z danych zawartych w raporcie „Sytuacja zdrowotna ludności Polski” z 2012 r. [21], opublikowanym przez Narodowy Instytut Zdrowia wynika, że w 2010 r. opieką ambulatoryjną objętych było ok. 1396 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi, natomiast w całodobowych oddziałach psychiatrycznych leczono 209 tys. osób.

Interesujące dane na temat sytuacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce zawarto w raporcie autorstwa agencji badawczej TNS Pentor pt. „Perspektywa osób chorych psychicznie” [22]. Badaniem objęto 479 osób niepełnosprawnych z powodu schorzeń psychicznych. Wykazano, że odsetek osób niepełnosprawnych psychicznie nigdy niepracujących wynosił 37% i był on najwyższy spośród badanych grup niepełnosprawności (wyłączając upośledzenie umysłowe). Stwierdzono także, że jedynie 17% osób niepełnosprawnych psychicznie było aktywnych zawodowo w trakcie badania. Odpowiedzi „nigdy nie pracowałem(-am)” udzieliło 48% osób ze znacznym

stopniem niepełnosprawności i 32% osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z powodu zaburzeń psychicznych. Ponad połowa (62%) osób niepełnosprawnych psychicznie odrzucała możliwość pracy, a co 3. niepełnosprawny nie podjąłby pracy z uwagi na obawę utraty renty.

Z innej jednak strony Wciórka i wsp. [23] w badaniu „Osoby chore psychicznie w społeczeństwie”, przeprowadzonym na liczącej 1107 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych Polaków, wykazali, że społeczne postawy wobec osób chorych psychicznie cechuje tendencja do społecznego naznaczania i piętnowania. Wobec osób z chorobami psychicznymi używa się pejoratywnych określeń – aż 61% respondentów zetknęło się z negatywnym określeniem osób dotkniętych chorobą psychiczną, najczęściej są to obraźliwe epitety lub opisy ich zachowań i reakcji (39%).

Wykazano również [23] stereotypowe postrzeganie zachowania osób z zaburzeniami psychicznymi (odmienność, problemowość, ofensywna gwałtowność), natomiast pozytywne jest, że w porównaniu z wcześniejszymi badaniami widoczna jest zmiana trendu w kierunku urealnionego wizerunku osób chorych psychicznie. Życzliwy stosunek do chorych psychicznie deklarowało 65% ankietowanych, jednak przejawiali oni dystans, kiedy pytano o zgodę na pełnienie ról społecznych przez osoby, które kiedyś chorowały psychicznie i leczyły się w szpitalu psychiatrycznym.

Większość respondentów byłaby przeciwko temu, żeby osoba, która leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, była ich szefem (51%), nauczycielem, proboszczem (po 54%), posłem w okręgu osoby ankietowanej (65%), burmistrzem lub wójtem w gminie (68%), lekarzem (69%). Najwyższy poziom dystansu dotyczył zawodów: nauczyciel dziecka respondenta (76%) i opiekun dziecka (81%). Ankietowani ocenili, że osoby chore psychicznie są gorzej traktowane niż inni obywatele, oraz uważali, że osoby te doświadczają dyskryminacji w zakresie prawa do pracy i zatrudnienia (80%), poszanowania godności osobistej (68%) oraz wykształcenia i edukacji (65%) [23].

Z kolei Kaszyński i Cechnicki [24] analizowali opinie polskich pracodawców o zatrudnianiu osób chorujących psychicznie. Badanie zostało przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej i objęło ogólnopolską, reprezentatywną grupę 503 pracodawców małych i średnich przedsiębiorstw. Jedynie 6,8% respondentów kiedykolwiek współpracowała z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Wśród ankietowanych przeważała opinia, że przebyta choroba psychiczna ogranicza zdolność

pracy zarobkowej (56,4%). Według pracodawców ograniczenia związane z pracą dotyczą samodzielnego wykonywania pracy (74,5%), bezpośredniej pracy z klientem (80,3%), odpowiedzialności finansowej (84,3%), pracy zmianowej (56,5%), kierowania innymi pracownikami (85,1%), opieki nad innymi (85,7%), kierowania samochodem (80,3%), pracy na wysokości (90,5%) oraz pracy z substancjami niebezpiecznymi (91,5%) [24].

Barriere przy zatrudnianiu osób z zaburzeniami psychicznymi widoczne są już na etapie rekrutacji, ponieważ 24,5% pracodawców deklarowało, że przerwałoby proces rekrutacji, gdyby dowiedziało się, że kandydat chorował psychicznie, 64,2% kontynuowałoby proces rekrutacji po uzyskaniu dodatkowego zaświadczenia lekarskiego, a jedynie 11,3% ankietowanych prowadziłoby proces rekrutacji bez zmian. Dla 12,1% badanych pracodawców wiedza o chorobie psychicznej pracownika byłaby powodem do zwolnienia go z pracy [24].

Autorzy wyszczególnili 3 grupy argumentów, których używają pracodawcy przeciw zatrudnianiu osób z zaburzeniami psychicznymi [24]:

- stereotypowe cechy pracownika – nieodpowiedzialność, brak kwalifikacji, konfliktowość, nieprzewidywalność, niewywiązywanie się z prac terminowych, niszczenie materiałów i brak samodzielności;
- wyobrażenia pracodawców o ograniczeniach i przeciwwskazaniach przy wykonywaniu pracy – głównie z zakresu samodzielności, kontaktu z innymi osobami, awansu i opieki nad drugą osobą;
- lęk i niewiedza respondentów – obawa przed nawrotem choroby i częstą niezdolnością do pracy, brak doświadczenia w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi.

W badaniu EZOP (Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej) [25] stwierdzono, że zaburzenia funkcjonowania (w ciągu ostatnich 30 dni), odczuwane jako dysfunkcjonalne pod względem radzenia sobie w pracy i życiu codziennym, spowodowane zaburzeniami psychicznymi dotyczą 19% populacji kraju. Było to pierwsze w Polsce badanie epidemiologiczne zaburzeń psychicznych przeprowadzone zgodnie z metodologią WHO.

W ww. badaniu wykazano również, że dostępność i jakość świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej oceniana jest gorzej niż pozostałej publicznej ochrony zdrowia.

W Polsce aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi opiera się głównie na zatrudnieniu subsydiowanym w zakładach aktywności zawodowej, warsztatach terapii zajęciowej, zakładach pracy chro-

nionej, przedsiębiorstwach społecznych oraz na ofertach otwartego rynku pracy [26]. W lipcu 2008 r. Sejm RP uchwalił nowelizację ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ustanawiając Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) [27], który obowiązuje od 2011 r. Sformułowano w nim 3 cele główne i kilkanaście szczegółowych. Cel 2.3. zakłada aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi.

Jak wynika z NPOZP, około 75% osób z zaburzeniami psychicznymi powinno zostać włączonych w programy pracy i rehabilitacji zawodowej. Obecnie z uwagi na zbyt małą liczbę podmiotów prowadzących takie działania oraz niewystarczające nakłady finansowe przeznaczone na realizację założonych celów ww. programu zaspokajanie potrzeb w tym zakresie jest niewystarczające.

### Zawodowe funkcjonowanie osób z chorobą psychiczną

Określenie ‘choroba psychiczna’ odnosi się do szerokiej, niejednorodnej z punktu widzenia etiologicznego i klinicznego grupy schorzeń, różniącej się przebiegiem choroby i rokowaniem. W niniejszym artykule omówiono funkcjonowanie osób z rozpoznaną depresją (jako przykładem zaburzeń afektywnych) oraz schizofrenią (reprezentującą zaburzenia psychotyczne).

### Zaburzenia depresyjne

Depresja stanowi znaczny problem zdrowotny. Badania epidemiologiczne z uwzględnieniem kryteriów DSM-IV [3] wykazały występowanie depresji na poziomie od 3% w Japonii do 9% w Stanach Zjednoczonych [28]. Częstość występowania depresji w populacji Stanów Zjednoczonych w ciągu całego życia kształtuje

się na poziomie 16,2%, a szczyt zachorowań na depresję w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej przypada na przedział wiekowy 30–40 lat [29].

Zauważalny jest wyraźny wzrost zarówno częstości występowania, jak i zachorowalności na depresję [29]. Zaburzenia te obciążone są dużym ryzykiem nawrotowości – 60% nawrotów ma miejsce w ciągu 5 lat, a 67% w ciągu 10 lat [30]. Zaburzenia depresyjne są dla chorych poważnym problemem zdrowotnym, który dezorganizuje życie zawodowe i rodzinne, może również prowadzić do stanu zagrożenia życia w związku z ryzykiem samobójstwa.

### Objawy chorobowe depresji

Bilsker i wsp. wyodrębnili 3 obszary, w których depresja może wpływać na wydajność pracowników [31]:

- relacje ze współpracownikami – np. drażliwość, pesymistyczna ocena teraźniejszości i przyszłości, wycofanie społeczne;
- produktywność – np. obniżona produktywność z uwagi na męczliwość, upośledzenie decyzyjności, zaburzenia aktywności złożonej, zaburzenia koncentracji mogące powodować popełnianie błędów, nieobecność spowodowana chorobą;
- bezpieczeństwo – np. zwiększone ryzyko wypadków i urazów w miejscu pracy.

Aż 79% badanych pracowników z objawami depresji wskazało, że objawy chorobowe wpływały na ich zdolność do pracy, a aż 19% wpływ ten określiła jako znaczny [32].

W tabeli 1. przedstawiono związek między typowymi objawami depresyjnymi a funkcjonowaniem zawodowym.

**Tabela 1.** Wpływ objawów depresji na funkcjonowanie zawodowe\*  
**Table 1.** The impact of disease symptoms on professional activity\*

Objawy chorobowe Symptoms	Wpływ na funkcjonowanie zawodowe Impact on professional activity
Apatia, utrata zainteresowań / Apathy, loss of interests	obniżenie aktywności, wydajności / reduced activity, lower productivity
Zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej, spowolnienie ruchów, spowolnienie mowy, pauzy przed odpowiedziami, ściszenie głosu / Changes in psychomotor activity, slow motions and speech, pauses before speaking, lowering the voice	problemy z komunikacją z klientami, przełożonymi, współpracownikami itp. / difficulties in communication with customers, superiors, co-workers, etc. obniżenie tempa pracy, pracownik potrzebuje więcej czasu na ukończenie powierzonych zadań / reduced work pace, the employee needs more time to complete the entrusted tasks zwiększone ryzyko urazów, wypadków w pracy / higher risk of injuries or accidents at work
Zmęczenie, utrata energii, problemy ze snem / Tiredness, loss of energy, sleep problems	obniżenie aktywności, wydajności / reduced activity, lower productivity zaburzenia koncentracji / concentration problems ryzyko urazów i wypadków w miejscu pracy / risk of injuries and accidents at work obniżenie sprawności psychomotorycznej / impaired psychomotor performance

**Tabela 1.** Wpływ objawów depresji na funkcjonowanie zawodowe\* – cd.  
**Table 1.** The impact of disease symptoms on professional activity\* – cont.

Objawy chorobowe Symptoms	Wpływ na funkcjonowanie zawodowe Impact on professional activity
Uczucie beznadziejności, nieracjonalne poczucie wyrzutów sumienia i nadmiernej, nieuzasadnionej winy / Feeling of hopelessness, irrational pangs of conscience or irrational sense of guilt	obniżenie aktywności i wydajności z powodu apatii, utraty motywacji / reduced activity and productivity due to apathy and loss of motivation zmniejszona zdolność myślenia, skupienia się / thinking and concentration difficulties problemy z komunikacją z klientami, współpracownikami, przełożonymi itp. / problems with communication with customers, co-workers, superiors, etc.
Zmniejszona zdolność myślenia, zaburzenia koncentracji, problemy z decyzyjnością / Diminished ability to think or concentrate, problems with decision-making	wzrost liczby popełnianych błędów / increased number of committed work errors wzrost ryzyka urazów, wypadków / higher risk of injuries or accidents spadek wydajności / reduced productivity problemy ze skuteczną realizacją i koordynacją powierzonych zadań / difficulties in completing entrusted tasks and work coordination problemy z organizacją pracy i zarządzaniem czasem / difficulties in work and time management
Drażliwość / Irritability	problemy w kontaktach z innymi ludźmi / difficulties in making contacts with other people zmniejszona zdolność rozwiązywania konfliktów / reduced ability to cope with conflicts
Zmniejszona zdolność radzenia sobie ze stresem / Lower ability to cope with stress	trudności ze skuteczną realizacją i koordynacją powierzonych zadań / difficulties in completing entrusted tasks and work coordination zmniejszona zdolność rozwiązywania konfliktów / reduced ability to cope with conflicts problemy z pracą na stanowiskach wymagających odpowiedzialnych decyzji, wymagających stałego monitorowania sytuacji / problems with work at posts that require making important decisions and constant monitoring of the situation

\* Zmodyfikowane za / Modified after: Work impairment and limitations associated with depression [33].

### Stan zatrudnienia

W grupie osób z depresją ryzyko bezrobocia jest wyższe niż w populacji ogólnej [34]. W przeprowadzonym w 2004 r. w Stanach Zjednoczonych badaniu, obejmującym 229 osób z objawami depresji i 173 zdrowe osoby stanowiące grupę porównawczą, wykazano wyższe wskaźniki bezrobocia w grupie osób z depresją (13%) niż w populacji ogólnej [35].

Wykazano, że pacjenci z depresją częściej zmieniają pracę i dotyczą ich niższe wskaźniki utrzymania pracy. W badaniu przeprowadzonym przez Lerner i wsp. [35] grupa osób z depresją charakteryzowała się 15-procentowym wskaźnikiem utraty zatrudnienia w porównaniu z grupą porównawczą zdrowych pracowników, w której wskaźnik ten wynosił 3,5%. Pracę zmieniło 13% osób z depresją (w tym 33% na pracę gorzej płatną) i 5% z grupy porównawczej (w tym 20% na pracę gorzej płatną).

### Psychospołeczna charakterystyka osób ze zdiagnozowaną depresją

Gilmore i wsp. [32] w wyniku analizy danych zebranych w ramach Badania Stanu Zdrowia Społeczeństwa Kanadyjskiego (Canadian Community Health Survey) stwierdzili epizod dużej depresji u 3,7% badanej grupy (N = 17 433), która obejmowała zatrudnione

osoby w wieku 25–64 lat. Depresja występowała prawie 2 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn (odpowiednio: 5,1% vs 2,6%), natomiast rzadsze występowanie depresji zaobserwowano u osób będących w związkach (małżeńskich, partnerskich). Bardziej predysponowane były osoby, które deklarowały niższe dochody gospodarstwa domowego.

W ww. badaniu wykazano [32] częstą współchorobowość depresji zarówno z innymi zaburzeniami psychicznymi (np. uzależnieniem od substancji psychoaktywnych), jak i schorzeniami somatycznymi. Zaobserwowano także wyższe wskaźniki występowania depresji u osób pracujących umysłowo (3,9%) oraz w sektorze usług i sprzedaży (4,6%) niż w grupie osób pracujących fizycznie (2,5%).

Wpływ choroby na pracę obciążonych depresją pracowników jest większy w zawodach, które w sposób istotny angażują funkcje poznawcze (np. efektywna decyzyjność, wzmożona koncentracja, konieczność opiniowania) oraz wymagają komunikacji i/lub częstych kontaktów z klientem [36].

Osoby, które przeżyły epizod depresji, charakteryzują się innymi niż zdrowi pracownicy mechanizmami radzenia sobie z problemami np. poprzez unikanie ludzi (66% vs 33%), szkodliwy sposób rozładowywania napięcia poprzez np. nadużywanie alkoholu, palenie

większej niż zwykle liczby papierosów (82% vs 53%), obwinianie siebie (74% vs 50%), liczenie, że problem sam się rozwiąże (91% vs 76%). Są to osoby również bardziej skłonne do relacjonowania niskiego poziomu wsparcia współpracowników (47% vs 76%) i przełożonych (47% vs 32%) oraz z niższym poczuciem wsparcia emocjonalnego otoczenia (24% vs 12%) [32].

### **Wpływ choroby na produktywność**

Każda choroba wiąże się z kosztami bezpośrednimi, pośrednimi i społecznymi. Koszty pośrednie wynikają m.in. z utraty produktywności, powodowanej przez absencję, która w najprostszym ujęciu odnosi się do liczby dni opuszczonych w pracy przez osoby pracujące, oraz przez prezentyzm, czyli obecność w pracy mimo odczuwania objawów choroby. Wyniki badań nie pozostawiają wątpliwości co do wpływu zaburzeń depresyjnych na obecność w pracy [34]. Absencja chorobowa wśród badanych osób z depresją wynosi 0,3–3,8 dnia pracy opuszczonego w miesiącu [34,36,37]. Badania, które wykazały powyżej 1 opuszczonego dnia, były badaniami klinicznymi obejmującymi cięższe przypadki chorobowe [34].

We wspomnianym wcześniej badaniu Stanu Zdrowia Społeczeństwa Kanadyjskiego [32] pracownicy z depresją relacjonowali średnio 31,9 dnia w roku, podczas których nie byli w stanie pracować i/lub wykonywać codziennych obowiązków.

Próbowano oszacować koszty ponoszone przez pracodawców wskutek absencji pracowników. W badaniu, w którym brano pod uwagę dni całkowitej niezdolności do pracy oraz incydentalne dni wolne, wyliczono, że koszty związane z chorobą wynoszą rocznie średnio 4602 \$ w przypadku kobiet i 3541 \$ w przypadku mężczyzn [38]. Z kolei Greenberg i wsp. [39] oszacowali koszty całkowitej niezdolności do pracy u chorych z depresją poddającą się leczeniu i z depresją oporną na leczenie na odpowiednio: 2154 \$ i 4858 \$. Wykazano także [38], że kobiety są bardziej skłonne do korzystania z przywilejów socjalnych, co może tłumaczyć wyższe koszty absentyzmu w tej grupie.

Prezentyzm jest najczęściej definiowany jako obecność w pracy lub przyście do pracy mimo choroby, co może prowadzić do spadku wydajności wykonywanej pracy. Jednym z narzędzi najczęściej wykorzystywanych do oceny prezentyzmu w odniesieniu do depresji jest Kwestionariusz Ograniczeń w Pracy (Work Limitation Questionnaire – WLQ) autorstwa Lerner i wsp. [34]. W większości badań, w których zajmowano się problematyką wydajności pracy, bez względu na ich

rodzaj, wskazano na związek między depresją a obniżoną produktywnością [34–37,40].

Stwierdzono, że w porównaniu ze zdrową grupą porównawczą u pacjentów z depresją występowały pewne ograniczenia w funkcjonowaniu zawodowym [34]:

- w pracy fizycznej,
- w zarządzaniu czasem,
- psychiczno-interpersonalne,
- w produktywności pracy.

Zgodnie z wynikami ww. badania obniżenie wydajności pracy fizycznej spowodowane depresją dotyczyło średnio 20% czasu poświęconego na pracę. W pozostałych wymienionych przypadkach wydajność pracy była zmniejszona przez średnio 35% czasu [34].

Także Burton [40] wykazał związek między depresją a każdym z 4 ww. aspektów funkcjonowania zawodowego ocenianych z wykorzystaniem WLQ. W jego badaniu stwierdzono upośledzenie wykonywania zadań umysłowo-interpersonalnych przeciętnie przez 60% czasu.

Z kolei Bachenstrass i wsp. [41] podzielili objawy depresji w zależności od nasilenia ich ciężkości na 3 grupy – niespecyficzne, nieznaczne i znaczne. Wyniki badania wykazały zależność między wzrastającą liczbą dni absencji a kolejnym poziomem ciężkości objawów.

Bogaty materiał badawczy dotyczący związku między objawami chorobowymi a wydajnością pracowników zgromadzili także Beck i wsp. [42]. Do badania zakwalifikowano 771 pacjentów będących na początku leczenia przeciwdepresyjnego, pracujących w chwili rozpoczęcia badania. Ciężkość objawów oceniano u nich z wykorzystaniem Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 (Patient Health Questionnaire 9-item screen – PHQ-9), natomiast do oceny utraty produktywności zastosowano kwestionariusz WPAI (Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire).

Autorzy wykazali liniową zależność między ciężkością objawów a utratą produktywności – każdy wzrost wyniku PHQ-9 o 1 punkt oznaczał 1,65% utraty produktywności. Zaobserwowano zróżnicowany wpływ objawów chorobowych na obecność w pracy oraz prezentyzm. Utrata produktywności z uwagi na nieobecność w pracy wahała się między 4% (PHQ-9 = 7–9 pkt) a 17% (PHQ-9 ≥ 20 pkt). Z kolei wskaźniki nieefektywnej obecności w pracy wynosiły od 28% (PHQ-9 = 7–9 pkt) do 47% (PHQ-9 ≥ 20 pkt).

### **Wsparcie i leczenie**

Backenstrass i wsp. wykazali, że leczenie według obowiązujących standardów redukuje objawy chorobowe, jednocześnie poprawiając produktywność pracowni-

ków [41]. Z innej strony zaobserwowano, że nawet niewielkie nasilenie objawów negatywnie wpływa na produktywność pracowników [43].

Okazuje się, że poprawa funkcjonowania pacjentów z dużą depresją nie następuje równocześnie z redukcją objawów chorobowych. Stwierdzono, że około 60% pacjentów z depresją po roku od zakończenia farmakoterapii nadal wykazuje co najmniej umiarkowane upośledzenie funkcjonowania zawodowego [44].

Dużą rolę w poprawie zawodowego funkcjonowania pacjentów dotkniętych zaburzeniami depresyjnymi odgrywają programy wsparcia. Wang i wsp. [45] wykazali pozytywny wpływ porad telefonicznych na kliniczną poprawę i wzrost produktywności pracy. Właściwe rozpoznawanie zaburzeń depresyjnych i podejmowanie odpowiedniego postępowania terapeutycznego przez lekarzy pierwszego kontaktu wiązało się z poprawą produktywności o 6% oraz redukcją nieobecności w pracy o 22,8% wśród zatrudnionych pacjentów w przeciągu 2 lat [46]. Zaobserwowano również korzystny wpływ psychoterapii na poprawę produktywności – w rocznej obserwacji Rost i wsp. wykazali redukcję absentyzmu o 26,1% u pacjentów, którzy brali udział w 4 lub więcej sesjach terapeutycznych [47].

Terapia behawioralno-poznawcza (Cognitive Behavioural Therapy – CBT) ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie zawodowe osób obciążonych depresją, niezależne od leczenia lekami przeciwdepresyjnymi [48]. Poprzez skupienie się na budowaniu umiejętności społecznych terapia behawioralno-poznawcza może ułatwić powrót do pracy wtedy, gdy po zakończonym leczeniu farmakologicznym pacjentom brakuje pewności siebie, wiary we własne kompetencje oraz obawiają się negatywnej oceny ze strony współpracowników [31].

## Schizofrenia

Schizofrenia stanowi prawdopodobnie główną przyczynę przewlekłego upośledzenia funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi [48]. Ryzyko zachorowania na tę chorobę w ciągu całego życia wynosi około 1%, a roczna średnia zapadalność to około 20 chorych (7–40 chorych) na 100 tys. osób [48]. Przyczyny schizofrenii pozostają nieznanne, chociaż istnieje wiele teorii etiopatogenezy tego schorzenia (np. genetyczne, biochemiczne i teoria rozwojowego pochodzenia schizofrenii).

Obecnie przedmiotem największego zainteresowania badaczy są teorie łączące elementy wcześniejszych modeli [49]. Mężczyźni zapadają na schizofrenię wcześniej niż kobiety, średni wiek zachorowania ko-

biet wynosi 27,5 lat (najwcześniejsze objawy), a mężczyzn – 24,3 lat [50]. Stwierdzono także gorsze funkcjonowanie społeczne mężczyzn chorych na schizofrenię [49]. W badaniach oceniających funkcjonowanie społeczne w okresie przed zachorowaniem wykazano, że często już w dzieciństwie część chorych wykazuje trudności przystosowawcze, przy czym głównie dotyczą one kontaktów społecznych i adaptacji szkolnej [49].

Typowe objawy schizofrenii można podzielić na [49]:

- wytwórcze – omamy, urojenia, formalne zaburzenia myślenia;
- negatywne – sztywność emocjonalna, wycofanie, utrudniony kontakt, bierność, apatia; ograniczenie, zubożenie i ujednostajnienie myślenia; uboga treść wypowiedzi;
- ogólne – pobudzenie psychoruchowe, lęk, napięcie, manieryzmy, brak współpracy i krytycyzmu.

U chorych na schizofrenię obserwuje się znaczne osłabienie funkcji poznawczych. Obecnie przeważa pogląd, że deficyty poznawcze stanowią odrębną jakość psychopatologiczną i są cechą trwałą choroby [49]. Zaburzenia funkcji poznawczych występują u 80–98% chorych na schizofrenię i jedynie u około 7% osób zdrowych [49,51]. Wykazano, że istotne pogorszenie funkcji poznawczych występuje już w okresie około 2 lat przed pierwszym epizodem psychotycznym [49,51]. Podstawowymi deficytami funkcji poznawczych w schizofrenii są zaburzenia pamięci operacyjnej, funkcji wykonawczych oraz uwagi [51].

## Stan zatrudnienia

Jak wynika z badań europejskich przeprowadzonych w populacji chorujących na schizofrenię, odsetek pacjentów mających stałe zatrudnienie nie przekracza 20% [11]. W momencie wystąpienia pierwszego epizodu psychozy pracuje 13–65% pacjentów. Kiviniemi i wsp. [52] obserwowali grupę pacjentów, u których rozpoznano pierwszy epizod psychozy. Po 5 latach od momentu zachorowania 50,2% osób z badanej grupy pobierało świadczenia rentowe. Stwierdzono również, że mężczyźni przechodzą na rentę wcześniej niż kobiety.

Kaszyński [9] przyjął następujący rozkład zapotrzebowania na miejsca pracy w grupie osób ze schizofrenią:

- 20% osób jest zdolnych do pracy na takich samych zasadach jak pracownik zdrowy,
- 60% osób wymaga różnorodnych form wspieranego zatrudnienia (w tym połowa jest zdolna do pracy w urynkowanych przedsiębiorstwach społecznych, a pozostała część wymaga innych rozwiązań pracy, m.in. rehabilitacji społeczno-zawodowej),



- 20% osób wymaga zindywidualizowanej rehabilitacji społecznej m.in. w formie ośrodków dziennego pobytu.

### **Wpływ choroby na zatrudnienie**

Czynnikami zewnętrznymi, które wpływają na zatrudnienie osób chorujących na schizofrenię, są uzyskiwane świadczenia socjalne i rentowe, historia pracy oraz wsparcie społeczne [53]. Wpływ na aktywność zawodową mają również niskie oczekiwania lekarzy psychiatrów [11]. Wykazano, że psychiatrzy nie zachęcają swoich pacjentów do pracy, ponieważ nie wierzą w możliwości zawodowe pacjentów i obawiają się, że potencjalny stres związany z pracą może wpłynąć negatywnie na stan zdrowia ich pacjentów [54].

Deficyty pierwotne w schizofrenii, które najbardziej istotnie wpływają na zatrudnienie, to funkcjonowanie poznawcze, negatywne objawy choroby, wykształcenie i wiek [53]. Okazuje się, że deficyty poznawcze mają najsilniejszy wpływ na funkcjonowanie zawodowe osób chorujących na schizofrenię, wpływ objawów negatywnych uznaje się za umiarkowany, natomiast objawów pozytywnych za marginalny [55].

Zaburzenia funkcji poznawczych warunkują funkcjonowanie zawodowe i społeczne poprzez osłabienie możliwości rozwiązywania problemów i nabywania nowych umiejętności [46]. Wykazano wpływ na zatrudnienie zarówno globalnej zdolności intelektualnego funkcjonowania, jak i jej poszczególnych wymiarów (takich jak prędkość przetwarzania, pamięć operacyjna, pamięć słowna i funkcje wykonawcze) [56].

McGurk i Maltzer [57] w badanej grupie pacjentów ze schizofrenią (pracujących i niezatrudnionych) znaleźli związek między zatrudnieniem w pełnym wymiarze godzin a lepszymi osiągnięciami w testach neuropsychologicznych (oceniających funkcje wykonawcze, pamięć operacyjną i czujność uwagi).

Splycenie afektywne, bierność i apatia, zmniejszone odczuwanie przyjemności, społeczne wycofanie, które charakteryzują objawy negatywne, mogą ograniczać funkcjonowanie zawodowe poprzez obniżenie potencjału rozwoju (zdolność do przystosowania się do zmiennych warunków, umiejętność pracy w zespole, łatwość nawiązywania kontaktów) i zmniejszenie aspiracji zawodowych (stawianie sobie trudnych wyzwań, upór w ich realizacji) [3,49,51,58].

Przedmiotem zainteresowania badaczy jest także kwestia wglądu w chorobę i aktywności zawodowej – większy wgląd chorobowy koreluje z lepszymi osiągnięciami zawodowymi [59].

### **Rehabilitacja i leczenie**

Stwierdzono, że rehabilitacja zawodowa zmniejsza deficyty poznawcze i nasilenie objawów negatywnych. Bio i wsp. [51] przez 6 miesięcy obserwowali 112 osób z rozpoznaną schizofrenią, z których 57 osób zostało włączonych do programu rehabilitacji zawodowej, a 55 stanowiło grupę porównawczą (osoby te były pod opieką poradni i otrzymywały standardowe leczenie przeciwpsychotyczne).

Po 6 miesiącach osoby uczestniczące w programie rehabilitacji zawodowej uzyskiwały znacząco lepsze wyniki w testach neuropsychologicznych (Skali Inteligencji Wechslera – podskale, Teście Stroopa, Teście Sortowania Kart Wisconsin) oraz istotną poprawę w skali PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale – autorstwa Kaya i wsp.) – podskala objawów negatywnych w porównaniu z grupą porównawczą.

Badacze założyli, że poprawa w skali PANSS wynikała (przynajmniej częściowo) z poprawy w funkcjonowaniu poznawczym. Rehabilitowana grupa osób po 6 miesiącach wykazywała poprawę jakości życia mierzoną Skalą Jakości Życia (Quality of Life Scale – QLS, autorstwa Flangana). Wykazano także, że udział w programach rehabilitacji zawodowej związany był z poprawą wglądu w chorobę i większą świadomością choroby [59].

### **WNIOSKI**

Mimo niekorzystnego wpływu zaburzeń psychicznych na pracę (obniżona produktywność, absentyzm, prezytyzm, zwiększone ryzyko wypadków w pracy itp.) uważa się, że możliwość uczestniczenia w rynku pracy, które przyczynia się do poczucia przynależności społecznej, jest niezbędna do utrzymania zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia jednostki.

Jak zauważa Kaszyński [9]: „aktywność zawodowa osób po głębokich kryzysach psychicznych – szczególnie na otwartym rynku – jest najbardziej pożądanym wynikiem leczenia i rehabilitacji, który jest powiązany z obniżeniem poziomu objawów chorobowych, ograniczeniem liczby i czasu hospitalizacji psychiatrycznych oraz ze znaczną poprawą funkcjonowania społecznego. Równie istotna jest konstatacja, że dla samych chorych praca jest synonimem zdrowia”.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi są grupą społeczną najbardziej narażoną na wykluczenie z rynku pracy. Jak wynika z artykułów przeanalizowanych w niniejszej publikacji, praca wzmacnia zasoby jednostki potrzebne do radzenia sobie z chorobą, może również wpływać na redukcję objawów chorobowych.

W Polsce nadal nie są w pełni realizowane główne cele Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, wprowadzonego w 2011 r., które zakładają m.in. aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi. Jak wynika z NPOZP – 75% osób z zaburzeniami psychicznymi powinno brać udział w programach pracy i rehabilitacji zawodowej.

Wskaźniki bezrobocia wśród osób z niepełnosprawnością są wysokie – w raporcie agencji badawczej TNS Pentor wykazano, że w chwili badania aktywnych zawodowo było jedynie 17% osób z niepełnosprawnością psychiczną.

W ostatnich latach zauważalny jest wzrost zachorowalności na zaburzenia depresyjne. Prawie 80% badanych pracowników z objawami depresji potwierdziło, że objawy chorobowe negatywnie wpływały na ich zdolność do pracy. Jednocześnie wykazano pozytywną rolę w poprawie funkcjonowania zawodowego zarówno programów wsparcia adresowanych do tej grupy chorych (m.in. porady telefoniczne, psychoterapia), jak i wczesnego wprowadzania właściwego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.

W grupie chorych z rozpoznaną schizofrenią wykazano, że na jakość życia tych chorych korzystnie wpływa rehabilitacja zawodowa, która wiąże się również z poprawą wglądu w chorobę.

Należy zwrócić szczególną uwagę na zjawisko zwane pułapką świadczeń, kiedy chorzy w obawie przed ich utratą nie podejmują aktywności zawodowej.

Do poprawy sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy konieczna jest ścisła współpraca między lekarzami różnych specjalności medycznych (lekarze podstawowej opieki medycznej, psychiatry, specjaliści medycyny pracy) i ich zaangażowanie w proces rehabilitacji społeczno-zawodowej osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Co więcej, kolejnym etapem wsparcia osoby chorej w jej aktywności zawodowej powinna być efektywna współpraca lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną z pracodawcą i samymi pracownikami.

W prawidłowo prowadzonej opiece profilaktycznej należy także uwzględnić, że niekorzystne warunki psychospołeczne w miejscu pracy wiążą się z ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych. Niezbędna jest więc także poprawa tych warunków i ochrona pracowników poprzez tworzenie i wdrażanie odpowiednich programów prewencyjnych. Pomocne w takich działaniach może być opracowanie i rozpowszechnienie zasad dobrej praktyki w opiece profilaktycznej nad pracownikiem.

## PIŚMIENNICTWO

1. Brundtland G.H. [red.]: Mental health, a call for action by World Health Ministers. World Health Organization, Geneva 2001 [cytowany 11 listopada 2014]. Adres: [http://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/Call\\_for\\_Action\\_MoH\\_Intro.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/Call_for_Action_MoH_Intro.pdf)
2. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B. i wsp.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2011;21(9):655–679, <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
3. Heffner C.L.: Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR. Wyd. 4. American Psychiatric Association, Washington 2000
4. Harnois G., Gabriel P.: Mental health and work: Impact, issues and good practices. World Health Organization and International Labour Organisation, Geneva 2000
5. Maslow A.H.: A theory of human motivation. *Psychol. Rev.* 1943;50(4):370–396, <http://dx.doi.org/10.1037/h0054346>
6. Bond G.R., Resnick S.G., Drake R.E., Xie H., McHugo G.J., Bebout R.R.: Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J. Consult. Clin. Psychol.* 2001;69(3):489–501, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.3.489>
7. Koletsi M., Niersman A., van Busschbach J.T., Catty J., Becker T., Burns T. i wsp.: Working with mental health problems: Clients' experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2009;44(11):961–970, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0017-5>
8. Dunn E.C., Wewiorski N.J., Rogers E.S.: The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatr. Rehabil. J.* 2008;32(1):59–62, <http://dx.doi.org/10.2975/32.1.2008.59.62>
9. Kaszyński H.: Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy. *Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności*, Warszawa 2006
10. Rutman I.D.: How psychiatric disability expresses itself as a barrier to employment. *Am. Psychol. Assoc.* 1994;17(3):15–35, <http://dx.doi.org/10.1037/h0095577>
11. Marwaha S., Johnson S.: Schizophrenia and employment. A review. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2004;39(5):337–349, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-004-0762-4>
12. Mallick K., Reeves R., Dellario D.: Barriers to community integration for people with severe and persistent

- disabilities. *Psychiatr. Rehabil. J.* 1998;22(2):175–180, <http://dx.doi.org/10.1037/h0095250>
13. Drake R.E., Becker D.R., Bond G.R.: Recent research on vocational rehabilitation for persons with severe mental illness. *Curr. Opin. Psychiatry* 2003;16(4):451–455, <http://dx.doi.org/10.1097/01.yco.0000079209.36371.84>
  14. Tsang H.W.H., Leung A.Y., Chung R.C.K., Bell M., Cheung W.M.: Review on vocational predictors: A systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: An update since 1998. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2010;44(6):495–504, <http://dx.doi.org/10.3109/00048671003785716>
  15. Cook J.A., Razzano L.: Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: Recent research and implications for practice. *Schizophr. Bull.* 2000;26(1):87–103, <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033448>
  16. Dixon L., Goldberg R., Lehman A.F., McNary S.: The impact of health status on work, symptoms and functional outcomes in severe mental illness. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2001;189(1):17–23, <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-200101000-00004>
  17. McGurk S.R., Mueser K.T.: Cognitive functioning and employment in severe mental illness. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2003;191(12):789–798, <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000100921.31489.5a>
  18. Gold J.M., Goldberg R.W., McNary S.W., Dixon L.B., Lehman A.F.: Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *Am. J. Psychiatry* 2002;159(8):1395–1402, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1395>
  19. Mueser K.T., Becker D.R., Wolfe R.S.: Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *J. Ment. Health* 2001;10(4):411–417, <http://dx.doi.org/10.1080/09638230123337>
  20. Burns T., Catty J., Becker T., Drake R.E., Fioritti A., Knapp M. i wsp.: The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370(9593):1146–1152, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61516-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61516-5)
  21. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012
  22. Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport końcowy, część 5. Perspektywa osób chorych psychicznie. PFRON, Warszawa 2009
  23. Wciórka B., Wciórka J.: Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań. Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2008
  24. Kaszyński H., Cechnicki A.: Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie. *Psychiatr. Pol.* 2011;45(1):45–60
  25. Kiejna A., Moskalewicz J., Wojtyniak B.: Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska. Wyniki badania [cytowany 11 listopada 2014]. Adres: <http://www.ezop.edu.pl/WynikiBadania.html>
  26. Gawor A., Borecki Ł. [red.]: Strategie promocji zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi. Top Media House, Opole 2012
  27. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego z dnia 28 grudnia 2010 – przepisy wykonawcze dotyczące NPOZP, tekst ogłoszony 3 lutego 2011 [cytowany 24 stycznia 2015]. Adres: <http://www.ipin.edu.pl/wordpress/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego>
  28. Demyttenaere K., Bruffaerts R., Posada-Villa J., Gasquet I., Kovess V., Lepine J.P. i wsp.: Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291(21):2581–2590
  29. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R. i wsp.: The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289(23):3095–3105, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
  30. Hardeveld F., Spijker J., De Graaf R., Nolen W.A., Beekman A.T.F.: Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatr. Scand.* 2010;122(3):184–191, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01519.x>
  31. Bilsker D., Wiseman S., Gilbert M.: Managing depression-related occupational disability: A pragmatic approach. *Can. J. Psychiatry* 2006;51(2):76–83
  32. Gilmour H., Patten S.B.: Depression and work impairment. *Health Rep.* 2007;18(1):9–22
  33. Psychology Service Providers: Work impairment and limitations associated with depression. *Clin. Bull.* 2007 [cytowany 11 listopada 2014];29. Adres: [http://www.worksafebc.com/health\\_care\\_providers/Assets/PDF/2007-29DepressionLimitationsProviderMemo.pdf](http://www.worksafebc.com/health_care_providers/Assets/PDF/2007-29DepressionLimitationsProviderMemo.pdf)
  34. Lerner D., Henke R.M.: What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *J. Occup. Environ. Med.* 2008;50(4):401–410, <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e31816bae50>
  35. Lerner D., Adler D.A., Chang H., Lapitsky L., Hood M.Y., Perissinotto C. i wsp.: Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression.

- Psychiatr. Serv. 2004;55(12):1371–1378, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.55.12.1371>
36. Lerner D., Adler D.A., Chang H., Berndt E.R., Irish J.T., Lapitsky L. i wsp.: The clinical and occupational correlates of work productivity loss among employed patients with depression. *J. Occup. Environ. Med.* 2004;46(6, Supl.):S46–S55, <http://dx.doi.org/10.1097/01.jom.0000126684.82825.0a>
37. Kessler R.C., Frank R.G.: The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol. Med.* 1997;27(4): 861–873, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291797004807>
38. Birnbaum H.G., Leong S.A., Greenberg P.E.: The economics of women and depression: An employer's perspective. *J. Affect. Disord.* 2003;74(1):15–22, [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00427-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00427-5)
39. Greenberg P., Corey-Lisle P.K., Birnbaum H., Marynchenko M., Claxton A.: Economic implications of treatment-resistant depression among employees. *Pharmacoecon.* 2004;22(6):363–373, <http://dx.doi.org/10.2165/00019053-200422060-00003>
40. Burton W.N., Pransky G., Conti D.J., Chen C.-Y., Edington D.W.: The association of medical conditions and presenteeism. *J. Occup. Environ. Med.* 2004;46(6, Supl.):S38–S45, <http://dx.doi.org/10.1097/01.jom.0000126687.49652.44>
41. Backenstrass M., Frank A., Joest K., Hingmann S., Mundt C., Kronmüller K.-T.: A comparative study of non-specific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Compr. Psychiatry* 2006;47(1):35–41, <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.04.007>
42. Beck A., Crain A.L., Solberg L.I., Unützer J., Glasgow R.E., Maciosek M.V. i wsp.: Severity of depression and magnitude of productivity loss. *Ann. Fam. Med.* 2011;9(4):305–311, <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1260>
43. Adler D.A., McLaughlin T.J., Rogers W.H., Chang H., Lapitsky L., Lerner D.: Job performance deficits due to depression. *Am. J. Psychiatry* 2006;163(9):1569–1576, <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2006.163.9.1569>
44. Simon G.E., Revicki D., Heiligenstein J., Grothaus L., VonKorff M., Katon W.J. i wsp.: Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2000;22(3):153–162, [http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343\(00\)00072-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343(00)00072-4)
45. Wang P.S., Simon G.E., Avorn J., Azocar F., Ludman E.J., McCulloch J. i wsp.: Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2007;298(12):1401–1411, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.298.12.1401>
46. Rost K., Smith J.L., Dickinson M.: The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity: A randomized trial. *Med. Care* 2004;42(12):1202–1210, <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200412000-00007>
47. Rost K., Fortney J., Coyne J.: The relationship of depression treatment quality indicators to employee absenteeism. *Ment. Health Serv. Res.* 2005;7(3):161–169, <http://dx.doi.org/10.1007/s11020-005-5784-3>
48. Wright P., Stern J., Phelan M. [red.]: *Psychiatria. Sedno. Tom 2. Urban & Partner, Wrocław 2008*
49. Jarema M. [red.]: *Schizofrenia. Pierwszy epizod. Via Medica, Gdańsk 2008*
50. Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. [red.]: *Psychiatria. Urban & Partner, Wrocław 2011*
51. Bio D.S., Gattaz W.F.: Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2011;126(1–3):265–269, <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.08.003>
52. Kiviniemi M., Suvisaari J., Pirkola S., Laksy K., Hakkinen U., Isohanni M. i wsp.: Five-year follow-up study of disability pension rates in first-onset schizophrenia with special focus on regional differences and mortality. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2011;33(5):509–517, <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2011.05.017>
53. Tsang H.W., Leung A.Y., Chung R.C., Bell M., Cheung W.M.: Review on vocational predictors: A systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: An update since 1998. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2010;44(6):495–504, <http://dx.doi.org/10.3109/00048671003785716>
54. Rinaldi M., Killackey E., Smith J., Shepherd G., Singh S.P., Craig T.: First episode psychosis and employment: A review. *Int. Rev. Psychiatry* 2010;22(2): 148–162, <http://dx.doi.org/10.3109/09540261003661825>
55. Christensen T.Ø.: The influence of neurocognitive dysfunctions on work capacity in schizophrenia patients: A systematic review of the literature. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* 2007;11(2):89–101, <http://dx.doi.org/10.1080/13651500600969061>
56. Tandberg M., Sundet K., Andreassen O.A., Melle I., Ueland T.: Occupational functioning, symptoms and neurocognition in patients with psychotic disorders: Investigating subgroups based on social security status. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2013;48(6): 863–874, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0598-2>
57. McGurk S.R., Meltzer H.Y.: The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2000;45(3):175–184, [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00198-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00198-X)

- 
58. Brzezińska A.I., Kaczan R., Piotrowski K., Rycielski P.: Uwarunkowania aktywności zawodowej osób z ograniczeniami sprawności: Kompetencje osobiste. *Nauka* 2008;3:97–123
59. Erickson M., Jaafari N., Lysaker P.: Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2011;189(2):161–165, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.06.019>