

Dorota Żołnierczyk-Zreda¹
Paweł Holas²

PSYCHOSPOŁECZNE WARUNKI PRACY A DEPRESJA I ZABURZENIA DEPRESYJNE: PRZEGLĄD BADAŃ

PSYCHOSOCIAL WORKING CONDITIONS AND MAJOR DEPRESSION
OR DEPRESSIVE DISORDERS: REVIEW OF STUDIES

¹ Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy / Central Institute for Labour Protection – National Research Institute, Warszawa, Poland
Zakład Ergonomii / Department of Ergonomics

² Uniwersytet Warszawski / University of Warsaw, Warszawa, Poland
Wydział Psychologii / Faculty of Psychology

STRESZCZENIE

W artykule dokonano przeglądu badań na temat związku między depresją diagnozowaną klinicznie oraz subiektywnie a psychosocjalnymi warunkami pracy. Większość z nich dotyczy mobbingu oraz stresu w pracy. Znaczna część wskazuje także niesprawiedliwość organizacyjną oraz restrukturyzację, a pojedyncze badania długi czas pracy i zaburzenie równowagi praca–dom jako potencjalne przyczyny depresji wśród pracowników. Wyniki tych analiz potwierdzają, że szczególnie mobbing i stres w pracy zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Jest ono tym większe, im większe jest narażenie na te czynniki. W wielu badaniach wskazuje się, że zależności między negatywnymi psychosocjalnymi warunkami pracy a obniżonym poziomem zdrowia psychicznego są silniejsze wśród kobiet. Uzyskane wyniki sugerują potrzebę podejmowania wszelkich możliwych wysiłków na rzecz zmiany takich środowisk pracy, a najlepiej – na wczesne zapobieganie pogarszaniu się warunków zawodowych. Med. Pr. 2018;69(5):573–581

Słowa kluczowe: duża depresja, zaburzenia depresyjne, wsparcie, kontrola, psychologiczne wymagania pracy, sprawiedliwość organizacyjna

ABSTRACT

In the paper the review of studies on the relationship between clinically and subjectively diagnosed depression and psychosocial working conditions has been conducted. Most of these studies include mobbing and stress at work. A large part of them also points to organizational injustice and restructuring, and single studies – long working hours, and work–life imbalance as potential causes of both depression and depressive disorders among working people. The results of these studies confirm that in particular mobbing and stress at work are associated with an increased risk of mental health problems. The greater the exposure to these factors is, the higher the risk of depression is. It has also been shown in many studies that these associations are stronger amongst women. The results of these studies clearly show the need to make every possible effort to change such working environments, and preferably – to prevent their deterioration in the short term. Med Pr 2018;69(5):573–581

Key words: major depression, depressive disorders, support, control, psychological working demand, organizational justice

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Dorota Żołnierczyk-Zreda, Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Zakład Ergonomii, ul. Czerniakowska 16, 00-701 Warszawa, e-mail: dozol@ciop.pl
Nadesłano: 13 października 2017, zaakceptowano: 5 czerwca 2018.

WSTĘP

Depresja staje się głównym powodem niezdolności do pracy, a jej koszty ponoszone są nie tylko przez pracownika (z powodu cierpienia i obniżonej jakości życia), ale także przez pracodawcę i całe społeczeństwo [1]. Wy-

stępowanie depresji w Europie w skali roku jest określone na 6–7% [2], ale uważa się, że aż 41% populacji ogólnej będzie cierpieć na depresję w ciągu całego życia [3]. W Polsce zaburzenia psychiczne są trzecią, po nowotworach i ciążach, przyczyną najdłuższych zwolnień z pracy [4].

Finansowanie / Funding: publikacja opracowana na podstawie wyników IV etapu programu wieloletniego „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”, finansowanego w latach 2017–2019 w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego / Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (nr projektu 1.N.10 pt. „Badanie skuteczności treningu uważności w poprawie zdolności do pracy osób z depresją”, koordynator programu: prof. dr med. Danuta Koradecka).

Etiologia depresji jest wieloczynnikowa i obejmuje czynniki genetyczne, społeczno-ekonomiczne, a także trudne przeżycia, takie jak śmierć bliskiej osoby, rozwód, separacja czy utrata pracy [5]. Dostępne wyniki badań wskazują na to, że także warunki pracy, a szczególnie ich niekorzystna kombinacja świadcząca o występowaniu stresu, są związane z zapadaniem na to schorzenie [6–9]. Autorzy tych badań odwołują się najczęściej do modelu stresu w pracy autorstwa Karaska, zgodnie z którym o stresie świadczy wysoki poziom wymagań psychologicznych pracy i niski poziom kontroli (możliwości wpływania przez pracownika na procesy pracy) [10], a także rozszerzonego później tzw. modelu wymagania–kontrola–wsparcie [11], w którym jako kolejne źródło stresu uwzględnia się niski poziom wsparcia społecznego w pracy. Poza wymienionymi wskaźnikami stresu w analizowanych badaniach uwzględniano również takie psychospołeczne warunki pracy, jak: długi czas pracy, reorganizacje, przemoc i mobbing w pracy. Do diagnozy tych warunków pracy stosowano najczęściej kwestionariusz *Job Content Questionnaire* Karaska [12].

Znacznie mniej badań odwoływało się do modelu stresu wymagania–nagroda Siegrista [13], zgodnie z którym o stresie w pracy świadczy nierównowaga między wymaganiami pracy a otrzymywaną za tę pracę gratyfikacją.

W badaniach, o których mowa, uwzględniano tzw. depresję diagnozowaną przez klinicystę albo zaburzenia depresyjne rozpoznawane za pomocą metod samoopisowych. W tym celu wykorzystywano wiele różnych kwestionariuszy, takich jak *Szpitalna skala lęku i depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS)* [14], skala Hamiltona (*Hamilton Depression Scale – HSD*) [15], *Center for Epidemiological Studies–Depression Scale (CES-D)* [16], *Major Depression Inventory* [17], oraz wywiady ustrukturalizowane, np. *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* [18], *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* [19] czy *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)* [20]. Kwestionariusze były najczęściej wypełniane samodzielnie przez osoby badane, natomiast wywiady, w tym ustrukturalizowane, były zwykle prowadzone przez lekarza psychiatrę lub przeszkoloną w tym celu osobę.

Celem artykułu był przegląd badań dotyczących związku między różnie diagnozowaną depresją a warunkami pracy.

METODY PRZEGLĄDU

Przeglądu literatury anglojęzycznej dokonano, wykorzystując bazy danych PubMed, Psychinfo, Psychlit i MED-

LINE oraz stosując następujące wyrażenia: depresja, zaburzenia depresyjne, warunki pracy i stres w pracy. Wybierano jedynie badania, które spełniały następujące kryteria:

- miały charakter prospektywny,
- czas między pomiarami (początkowym i końcowym) był nie krótszy niż rok,
- depresja była diagnozowana w tych badaniach nie tylko przez klinicystów, ale także subiektywnie – przez osoby badane,
- uwzględniały depresję, zaburzenia/symptomy depresyjne i lękowe (z uwagi na to, że często analizowane były łącznie),
- badana grupa była większa niż 100 osób,
- zostały opublikowane w latach 1995–2017 w językach polskim lub angielskim.

Z powodu tak sformułowanych kryteriów ze znaczącej liczby doniesień do analizy wybrano jedynie kilkanaście. Kryterium minimum rocznego odstępu między pomiarami depresji przyjęto dlatego, że podłużny charakter badań pozwala wnioskować o przyczynowej zależności między warunkami pracy a jej występowaniem.

WYNIKI PRZEGLĄDU

Warunki pracy a depresja diagnozowana przez klinicystę

Uważa się, że najwartościowsze są te badania, w których analizuje się związek między warunkami pracy a depresją diagnozowaną przy użyciu ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego przez wyspecjalizowanego klinicystę, którym jest zwykle lekarz psychiatra [21].

Przykładem takich badań są duże projekty narodowe, obejmujące liczne kohorty badanych, np. belgijski BEL-STRESS, holenderski NEMESIS i *Maastricht Cohort Study on Fatigue at Work*, angielski *Whitehall II*, duński PRISME, francuski SIP (*Sante et Itineraire Professionnel*) czy kanadyjski *Canadian National Population Health Survey*.

W pierwszym z wymienionych projektów badawczych analizowano wpływ niekorzystnych warunków pracy na długoterminową absencję chorobową wynikającą z depresji [22]. Badano 9396 pracowników 11 dużych belgijskich przedsiębiorstw. Wykazano, że wysoki poziom stresu w pracy, mierzonego kwestionariuszem Karaska (wysokie wymagania psychologiczne i niska kontrola w pracy), istotnie pozwala przewidzieć długoterminową absencję z powodu (diagnozowanej przez lekarza) depresji wśród mężczyzn. Dodatkowo stwierdzono, że na podstawie braku kontroli w pracy istotnie przewidywano zwolnienia z tego powodu zarówno wśród

mężczyzn, jak i kobiet. Autorzy, podsumowując uzyskane wyniki, uznali, że z uwagi na ryzyko depresji kluczowa jest ograniczona kontrola nad swoją pracą.

W holenderskim projekcie NEMESIS [23] w grupie 2646 pracowników badano dwukrotnie (w latach 1997 i 1999) przy użyciu kwestionariusza Karaska 3 rodzaje wymagań pracy, czyli wymagania psychologiczne, kontrolę i niepewność zatrudnienia, a także wsparcie społeczne w pracy przy użyciu skal *The Social Support Questionnaire for Transactions* (SSQT) i *The Social Support Questionnaire for Satisfaction* (SSQS) [24]. Wyniki tych badań ujawniły, że to wymagania psychologiczne, a nie kontrola w pracy ani niepewność zatrudnienia, istotnie pozwalały przewidzieć wystąpienie zarówno depresji, jak i zaburzeń lękowych diagnozowanych za pomocą CIDI wśród kobiet i mężczyzn. Ujawniono także ochronny wpływ wsparcia społecznego na pojawianie się zarówno depresji, jak i zaburzeń lękowych oraz na to, że efekt ten był silniejszy wśród mężczyzn niż u kobiet. Ponadto stwierdzono, że kobiety częściej deklarowały niski poziom kontroli w pracy, podczas gdy mężczyźni częściej zgłaszały wyższe wymagania psychologiczne.

We francuskim projekcie SIP Niedhammer i wsp. [25] zbadali dwukrotnie (w roku 2006, a następnie w 2010) 4717 pracowników ze względu na następujące warunki pracy: wymagania psychologiczne, kontrolę, wsparcie społeczne, konflikt roli, wynagrodzenie, wymagania emocjonalne, konflikt etyczny, konflikty zewnętrzne (np. z uczniami, klientami itp.), niepewność pracy oraz nierównowagę praca–dom. W badaniu uwzględniono także czas pracy i fizyczne warunki pracy. Depresję i zaburzenia lękowe diagnozowano za pomocą MINI. Wyniki tych badań ujawniły, że niskie wynagrodzenie za pracę, a także niepewność zatrudnienia istotnie wywoływały wysoki poziom depresji po 4 latach. Im częstsza była ekspozycja na te czynniki, tym większe było ryzyko wystąpienia depresji.

W badaniu kanadyjskim [26], w którym korzystano z ogólnonarodowych danych na temat zdrowia ludności, badano związek stresu z depresją w populacji osób pracujących (10 660 mężczyzn, 10 087 kobiet) w latach 1994–1995 i 2002–2003. Stres oceniano za pomocą pytań dotyczących wymagań psychologicznych i kontroli z kwestionariusza Karaska. Wysokie wymagania i niska kontrola były w tych badaniach wskaźnikiem wysokiego poziomu stresu. Mierzono także wsparcie społeczne od współpracowników i przełożonego, wykorzystując wybrane pytania z tego kwestionariusza. Depresję diagnozowano za pomocą CIDI. Główne wyniki badań ujawniły, że kobiety deklarowały w 2002 r.

wyższy poziom stresu w pracy, a także codziennego/ /bieżącego stresu (*day-to-day stress*) niż mężczyźni. Kiedy analizowano różne źródła stresu jednocześnie, wysoki poziom stresu codziennego i niski poziom wsparcia od współpracowników okazały się istotnymi predyktorami depresji niezależnie od płci, a wysoki poziom stresu w pracy istotnie pozwalał przewidzieć depresję wśród mężczyzn. W podsumowaniu tych badań autorzy stwierdzili, że na przestrzeni 2 lat mężczyźni z wysokim poziomem stresu w pracy, a kobiety z wysokim poziomem stresu codziennego oraz niskim poziomem wsparcia społecznego od współpracowników charakteryzowali się istotnie wyższym ryzykiem zachorowania na depresję.

W innym badaniu kanadyjskim Wang i wsp. [27] analizowali dane pochodzące z tego samego panelu, ale porównywali lata 1994–1995 z latami 2004–2005. Uczestnicy zostali podzieleni na 4 grupy w zależności od zmian w poziomie stresu w pracy (brak zmiany – niski stres, brak zmiany – wysoki stres, zmiana z wysokiego stresu na niski lub zmiana z niskiego stresu na wysoki). Stres mierzono za pomocą pytań pochodzących z kwestionariusza Karaska, a depresję – tak jak w poprzednim projekcie – za pomocą CIDI. Wyniki tych badań pokazały, że u osób, u których nastąpiła zmiana poziomu stresu z wysokiego na niski, ryzyko wystąpienia depresji było takie samo jak u osób, u których stres w pracy utrzymywał się na niskim poziomie. Z kolei spośród badanych, którzy byli ciągle wystawieni na wysoki poziom stresu, jedynie osoby z dobrym lub bardzo dobrym początkowym poziomem subiektywnie ocenianego zdrowia cechowały się wyższym ryzykiem zapadnięcia na depresję. Natomiast u osób, u których początkowe oceny zdrowia były niskie, ryzyko zachorowania na depresję także było niskie.

Badanie, które jako jedno z nielicznych nie dotyczyło związku między wymaganiami pracy z modelu Karaska a dużą depresją, Virtanen i wsp. [28] przeprowadzili wśród 1626 mężczyzn i 497 kobiet – brytyjskich urzędników służb cywilnych uczestniczących w projekcie *Whitehall II*. Badacze sprawdzali związek długiego czasu pracy z powstawaniem depresji i wykorzystali w tym celu dane z lat 1991–1993, a następnie z lat 1997–1999. Wystąpienie 12-miesięcznej depresji było diagnozowane, podobnie jak w badaniu Shields oraz Wanga i Stansfelda, za pomocą CIDI. Wyniki ujawniły, że w grupie bez jakichkolwiek początkowych problemów ze zdrowiem psychicznym ryzyko zachorowania na depresję było prawie 2,5 razy większe u osób, które pracowały dłużej niż 11 godz. dziennie, w porównaniu z osobami,

które pracowały 7–8 godz. dziennie. Uwzględnienie jako kowariantów takich zmiennych jak płeć, wiek i pozycja zawodowa nie wpływało na ryzyko depresji, a przewlekłe schorzenia fizyczne, palenie tytoniu, picie alkoholu, stres w pracy oraz wsparcie społeczne miały niewielki wpływ na ten związek. Autorzy badania podsumowują jego wyniki w taki sposób, że długi czas pracy może predysponować do zachorowania na depresję.

Istnieje jednak badanie, które nie potwierdza związku między niekorzystnymi warunkami pracy a depresją. Przeprowadzili je Grynderup i wsp. [29] w grupie duńskich pracowników 378 różnych jednostek publicznej ochrony zdrowia, którzy początkowo nie cierpieli na depresję. Celem tego badania było sprawdzenie, czy wysokie wymagania pracy i niska kontrola w pracy zwiększają ryzyko zapadnięcia na depresję, którą diagnozowano za pomocą SCAN interview. Badacze w roku 2007 ocenili 4237 osób, a w roku 2009 – 3046 osób i stwierdzili, że jedynie u 58 osób, które doświadczały wysokich poziomów wypalenia oraz stresu zawodowego, stwierdzono przypadki nowo powstałej depresji. Z badań tych wynika, że jedynie niski poziom kontroli w pracy może stanowić ryzyko wystąpienia depresji. Nie wykazano go w odniesieniu do wysokich wymagań psychologicznych ani stresu w pracy, czyli kombinacji wysokich wymagań i niskiej kontroli.

Warunki pracy

a subiektywnie diagnozowana depresja

Zdecydowanie więcej doniesień dotyczy związku między warunkami pracy a depresją, która była diagnozowana za pomocą kwestionariuszy samoopisowych. I tak, wykorzystując dane pochodzące z holenderskiego projektu NEMESIS, Plaisier i wsp. [23] badali wpływ warunków pracy na zaburzenia depresyjne i lękowe u 2646 pracujących osób. Za pomocą kwestionariusza Karaska oceniano 3 aspekty warunków pracy: wymagania psychologiczne, kontrolę i wsparcie społeczne. Stwierdzono, że spośród grupy badanych u około 10,5% kobiet i 4,6% mężczyzn rozwinęło się zaburzenie depresyjne lub lękowe w ciągu ostatnich 2 lat. Jedynie wymagania psychologiczne okazały się istotnym predyktorem tych zaburzeń zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet. Wsparcie społeczne stanowiło ochronę przed wystąpieniem zaburzeń depresyjnych i lękowych, a efekt ten był silniejszy u mężczyzn niż u kobiet. Ogólnie stwierdzono także, że kobiety istotnie częściej deklarowały niski poziom kontroli w pracy, podczas gdy mężczyźni częściej zgłaszali wysoki poziom wymagań psychologicznych.

Inne badanie dotyczące Holandii przeprowadzili Andrea i wsp. [30], którzy analizowali dane pochodzą-

ce od 3707 pracowników uczestniczących w projekcie *Maastricht Cohort Study on Fatigue at Work*. Jego celem była analiza związku między właściwościami pracy mierzonymi kwestionariuszem Karaska a symptomami lęku i depresji mierzonymi kwestionariuszem HADS w latach 2000 i 2002. Okazało się, że wymagania psychologiczne zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń zarówno depresyjnych, jak i lękowych. Niskie wsparcie społeczne powodowało zaburzenia lękowe, podczas gdy niepewność zatrudnienia – zaburzenia depresyjne.

Clays i wsp. [31] badali związek między stresem w pracy a symptomami depresji w cytowanym już projekcie BELSTRESS w którym uczestniczyło 2821 belgijskich pracowników. Dokonano 2 pomiarów w odstępie 6,6 roku, w których stres mierzono kwestionariuszem Karaska, a zaburzenia depresyjne – kwestionariuszem CES-D. Okazało się, że w populacji, w której wcześniej nie notowano zaburzeń depresyjnych, stres w pracy istotnie zwiększył ryzyko ich wystąpienia po 6,6 roku zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn. Szkodliwy wpływ stresu był tym silniejszy, im dłużej był doświadczany przez badane osoby. Ujawniono także niezależne związki między niską kontrolą w pracy, wysokim poziomem wymagań oraz niskim poziomem kontroli i wsparcia społecznego, które wystąpiły jedynie w grupie kobiet. Wyniki tego badania potwierdziły więc, że stres w pracy wiąże się z ryzykiem rozwoju zaburzeń depresyjnych. Silniejsze zależności ujawniono w grupie kobiet.

Kolejne badanie, w którym sprawdzano związek między stresem w pracy ocenianym kwestionariuszem Karaska a depresją diagnozowaną za pomocą *Major Depression Inventory* (MDI), przeprowadzili Fandino-Losada i wsp. w odstępie 3 lat w populacji 4710 pracujących kobiet i mężczyzn mieszkających w Sztokholmie [32]. Okazało się, że wśród osób, które do tej pory nie skarżyły się na zaburzenia depresyjne, pojawiły się one na skutek doświadczania niewłaściwego klimatu społecznego (mierzonego skalą *Inadequate Social Climate At Work* stworzoną z wybranych pozycji szwedzkiej wersji kwestionariusza Karaska). Wynik ten istotnie częściej dotyczył kobiet. Zupełnie nieoczekiwanie wysokie wymagania pracy i niski poziom kontroli okazały się czynnikiem chroniącym przed rozwojem depresji u mężczyzn. Ponieważ jednak wynik ten dotyczył jedynie kilku przypadków, autorzy uznali, że należy odnosić się do niego z dużą ostrożnością.

Badania dotyczące związku między stresem w pracy a zaburzeniami depresyjnymi – choć mniej liczne niż wcześniej cytowane – prowadzono także, odwołując

się do wspomnianego wcześniej modelu stresu w pracy Siegrista. I tak Kivimäki i wsp. [33] sprawdzali, czy oprócz stresu rozumianego jako nierównowaga wymagania–nagroda, także niesprawiedliwość proceduralna i relacyjna oraz ich kombinacja ze stresem są związane z problemami ze zdrowiem psychicznym, w tym depresją. Niesprawiedliwość proceduralną definiuje się jako niespójne decyzje, brak otwartości i nierównomierny wkład pracy poszczególnych jednostek w organizacji, natomiast niesprawiedliwość relacyjną – jako nierówne traktowanie podwładnych przez ich przełożonych. W badaniu analizowano wyniki pochodzące z 2 kohort – jedną stanowili pracownicy sektora publicznego z 10 miast w Finlandii (18066 osób, w większości kobiety), druga pochodziła z badania *The Finnish Hospital Personnel* (4833, także w większości kobiety). Samoocenę zdrowia, skargi na zdrowie psychiczne, a także depresję potwierdzoną przez lekarza oceniano w latach 2000–2002 oraz w roku 2004.

Wyniki tych badań ujawniły, że kombinacja wysokiej nierównowagi wysiłek–nagroda z wysoką niesprawiedliwością proceduralną, a także niesprawiedliwością relacyjną były w drugim pomiarze związane z pogorszeniem zdrowia ogólnego i zdrowia psychicznego oraz częstszym występowaniem depresji. Także połączone niesprawiedliwości, tworzące jeden czynnik – „niesprawiedliwość organizacyjną”, były razem z wysoką nierównowagą wysiłek–nagroda niezależnymi predyktorami omawianych zaburzeń. W odniesieniu do wszystkich diagnozowanych problemów ze zdrowiem kombinacja nierównowagi wysiłek–nagroda i niesprawiedliwości organizacyjnej stanowiły większe ryzyko ich wystąpienia niż każda z nich osobno.

Stres w pracy zgodnie z modelem Siegrista był także analizowany w badaniach Nielsen i wsp. [34], którzy sprawdzali, czy zwiększa on istotnie ryzyko stosowania leków przeciwdepresyjnych w reprezentatywnej grupie 4541 duńskich pracowników badanych dwukrotnie w latach 1995 i 2000. Uzyskane wyniki nie potwierdziły, że stres w pracy zwiększa to ryzyko, ale autorzy uznali, że być może stosowanie leków przeciwdepresyjnych nie było najlepszym wskaźnikiem depresji, ponieważ wiele cierpiących na nią osób może nie wykorzystywać farmakoterapii.

Sam Siegrist i wsp. podsumowali badania na temat związku tak rozumianego stresu z symptomami depresyjnymi u starszych pracowników, przeprowadzonymi na 3 kontynentach: Europie, Ameryce Północnej i Azji [8]. Brano pod uwagę dane z badań zarówno przekrojowych, jak i podłużnych, pochodzące z 4 kohort z lat 2004 i 2006. Stwierdzono, że dane z badań

przekrojowych wykonanych w 17 krajach wskazują na zwiększone ryzyko doświadczania symptomów depresyjnych u starszych pracowników narażonych na wysoki poziom stresu w pracy w porównaniu z osobami, które deklarują jego niski poziom lub w ogóle nie doświadczają stresu w pracy. Dane z badań podłużnych prowadzonych w 13 krajach, wskazują jednak na znacznie mniejsze (choć istotne statystycznie) ryzyko pojawienia się tych symptomów w wyniku stresu w pracy. Podsumowując, autorzy stwierdzili, że niezależnie od szerokości geograficznej stres zawodowy może zwiększać narażenie na problemy ze zdrowiem psychicznym w postaci symptomów depresyjnych.

Ylipaavalniemi i wsp. [35] badali związek między depresją a następującymi warunkami pracy: wymaganiami psychologicznymi, kontrolą (mierzonymi kwestionariuszem Karaska), klimatem w grupie oraz sprawiedliwością proceduralną i relacyjną. Badano 4815 członków personelu fińskich szpitali, w tym 4278 kobiet i 537 mężczyzn, u których nie występowały (w pierwszym pomiarze w 1998 r.) problemy z depresją. Dodatkowo w pierwszym pomiarze uwzględniono warunki pracy, zachowania związane ze zdrowiem (np. siedzący tryb życia, BMI), a także stres w pracy. W wyniku analizy czynnikowej pytań dotyczących warunków pracy otrzymano 5 następujących czynników: klimat społeczny, sprawiedliwość relacyjną, sprawiedliwość proceduralną, kontrolę w pracy i wymagania psychologiczne. Pytania te stworzyły 4 skale, a odpowiednia kombinacja wymagań i kontroli – stres w pracy. W wyniku powtórnego pomiaru dokonanego w roku 2000 zidentyfikowano 225 przypadków zaburzeń depresyjnych. Dane ujawniły, że były one wynikiem nieodpowiedniego klimatu społecznego, niskiej sprawiedliwości proceduralnej i relacyjnej. Ani kontrola, ani wymagania, ani ich kombinacja świadcząca o stresie w pracy nie przewidywały pojawienia się zaburzeń depresyjnych.

Oprócz badań według modeli Karaska i Siegrista nad możliwymi przyczynami zaburzeń depresyjnych z powodu doświadczania stresu w pracy przeprowadzono także badania, w których poszukiwano innych czynników ryzyka tych zaburzeń. Należy do nich badanie Goodman i Crouter [36], którzy analizowali związek między symptomami depresji a ważnymi z punktu widzenia zachowania równowagi praca–dom warunkami pracy, takimi jak nieelastyczny czas pracy, presja czasu – obciążenie pracą, niska kontrola w pracy i stres polegający na negatywnym wpływie pracy na życie rodzinne u 414 pracujących matek małych dzieci – mieszkanek 6 mniejszych miast wschodniego wybrzeża

Stanów Zjednoczonych. Zaburzenia depresyjne diagnozowano za pomocą podskali *The Brief Symptom Inventory-18* (BSI-18) [37]. Matki były badane w 3 punktach czasowych – gdy ich dzieci miały 6 miesięcy, 15 miesięcy i 24 miesiące. Okazało się, że im mniej elastyczny był czas pracy matek oraz im wyższa była presja czasu w wykonywanej przez nie pracy, tym większe było ryzyko wystąpienia u badanych zaburzeń depresyjnych. Ponadto wpływ opisanych warunków pracy był medionany poprzez spostrzeganie przez matki negatywnego wpływu ich pracy na rodzinę. Dodatkowo ujawniono, że negatywny wpływ presji czasu na samopoczucie był silniejszy u matek zatrudnionych na cały etat w porównaniu z matkami pracującymi na część etatu.

Podobne badanie, w którym próbowano włączyć do analizy zmienne spoza pracy, przeprowadzili Griffin i wsp. [38]. Analizowali oni związek między zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi a stresującymi warunkami w pracy oraz w domu, których wskaźnikiem była niska kontrola nad obydwoma tymi sferami życia. Do tego celu wykorzystano dane pochodzące z panelowego badania *The Whitehall II Study* brytyjskich urzędników państwowych reprezentujących 3 klasy społeczne. W tych analizach wykazano, że zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, którzy mieli niewielki wpływ na swoje życie rodzinne lub zawodowe, ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych i lękowych było większe, a najwyższe poziomy tego ryzyka (szczególnie w zakresie lęku) zaobserwowano u kobiet z najniższej klasy społecznej. Deklarujący niski poziom kontroli w pracy mężczyźni, którzy pochodzili z klasy średniej, byli narażeni na rozwój zaburzeń depresyjnych, natomiast mężczyźni pochodzący z najniższej klasy – zaburzeń lękowych. Autorzy stwierdzili, że oprócz stresujących czynników w pracy i w życiu rodzinnym, także płeć oraz pozycja społeczna wpływają na powstawanie zaburzeń depresyjnych i lękowych.

Innymi analizowanymi w kontekście zapadania na zaburzenia depresyjne czynnikami ryzyka były reorganizacja i zmiany w przedsiębiorstwie. Grunberg i wsp. [39] sprawdzali, czy zaburzenia te są skutkiem reorganizacji i zmian strukturalnych prowadzonych w organizacji. Wskaźnikiem negatywnego wpływu reorganizacji były zwolnienia z pracy w ogóle lub ze stanowiska pracy, którym podlegała część spośród 1244 pracowników wykonujących pracę umysłową lub fizyczną w dużym przedsiębiorstwie produkcyjnym przechodzącym różnego rodzaju restrukturyzacje. Pracownicy deklarowali, że doświadczyli w ciągu pracy w tym przedsiębiorstwie 0–2 zwolnień z danego stanowiska pracy. Na podstawie uzyskanych wyników

stwierdzono, że osoby z większą liczbą zwolnień zgłaszały wyższy poziom niepewności zatrudnienia, wyższe poziomy niejasności roli zawodowej, a także istotnie więcej zaburzeń depresyjnych i innych problemów zdrowotnych. Autorzy sformułowali interesujący wniosek, że zgromadzone dane nie potwierdzają tezy o nabywaniu odporności wraz ze zwiększającą się liczbą zwolnień.

Odmienne wnioski pochodzą jednak od Bambergera i wsp. [40], którzy przeprowadzili metaanalizę badań na temat związku między (niekorzystnymi) zmianami w organizacji a zdrowiem psychicznym. Na podstawie otrzymanych wyników stwierdzili, że o ile związek ten istnieje w badaniach przekrojowych, o tyle w badaniach podłużnych jest on bardzo słaby i nie ma wystarczających podstaw do twierdzenia, że restrukturyzacja przedsiębiorstw prowadzi do zaburzeń zdrowia psychicznego ich pracowników.

Zdecydowanie bardziej jednoznaczne, a także liczniejsze, są wyniki, które dotyczą związku między mobbingiem a depresją [41]. Ich przykładem są obserwacje Wieclaw i wsp. [42] na temat związku między przemocą i pogroźkami (*threats*) stosowanymi w pracy a powstawaniem zaburzeń depresyjnych i stresu w grupie 14 166 pacjentów leczonych w duńskich szpitalach z powodu zaburzeń afektywnych w latach 1995–1998 w porównaniu z 58 060 osobami bez tych zaburzeń, dobranymi pod względem wieku, płci i wykonywanego zawodu. Badacze stwierdzili, że potencjalna ekspozycja na przemoc w pracy istotnie zwiększa ryzyko rozwoju zarówno zaburzeń depresyjnych, jak i związanych ze stresem, tak w grupie kobiet, jak i mężczyzn. Z kolei pogroźki stosowane w pracy stanowią ryzyko doświadczania zaburzeń depresyjnych u kobiet i stresu u mężczyzn. Ryzyko to rośnie wraz ze wzrostem narażenia na przemoc i pogroźki.

Verkuil i wsp. [41] przeprowadzili metaanalizę 63 badań przekrojowych i podłużnych (jedynie 4 spośród analizowanych badań podłużnych dotyczyły zaburzeń depresyjnych) na temat związku między mobbingiem w pracy a zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi oraz stresem. Wyniki tej analizy potwierdziły, że bycie ofiarą mobbingu istotnie zwiększa ryzyko doświadczania wszystkich analizowanych rodzajów zaburzeń. Dodatkowym, ciekawym wnioskiem z tych badań jest to, że u osób, które pierwotnie miały problem ze zdrowiem psychicznym, istotnie większe jest ryzyko zostania ofiarą mobbingu w przyszłości. Świadczy to o tym, że ofiarami mobbingu istotnie częściej stają się osoby słabsze psychicznie lub że problemy ze zdrowiem psychicznym sprawiają, że osoby, które ich doświadczają, są bardziej

skłonne uznawać się za ofiary mobbingu niż osoby silne psychicznie.

WNIOSKI

Około 33% pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi przypisuje swoje problemy ze zdrowiem psychicznym czynnikom związanym z pracą [4]. Z niniejszego przeglądu badań na temat związku między depresją diagnozowaną przez klinicystów lub przez same osoby badane a warunkami pracy wynika, że więcej badań dotyczy zaburzeń depresyjnych diagnozowanych subiektywnie przez osoby badane. Powszechnie uważa się, że badania, w których depresja jest diagnozowana przez wyszkoloną klinicystę, są wartościowsze, jednak czasochłonny wywiad kliniczny jest często trudny do przeprowadzenia w przypadku dużych badań epidemiologicznych [43]. Wśród psychiatrów istnieją ponadto podejścia, zgodnie z którymi rzadko spotyka się przypadki tzw. czystej depresji, stąd należy raczej mówić o spektrum depresji, które obejmuje różne aspekty występujące w różnym stopniu nasilenia, niż o jednej jednostce chorobowej [44]. W tym kontekście być może nie należy umniejszać znaczenia badań na temat związku między zaburzeniami depresyjnymi rozumianymi jako zaburzenia adaptacyjne o typie reakcji depresyjnej a środowiskiem pracy.

Z dokonanego przeglądu wynika także, że w większości badań skoncentrowano się na stresie w pracy jako pewnej niekorzystnej konstelacji cech (zgodnie z modelem Karaska) lub zaburzeniu równowagi między wysiłkiem a nagrodą (zgodnie z modelem Siegrista), przy czym znacznie więcej badań odwołuje się pierwszego sposobu rozumienia stresu w pracy. W większości z tych badań, które ujmują stres zgodnie z modelem Karaska, wysokie wymagania psychologiczne w połączeniu z niską kontrolą w pracy okazały się istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji i zaburzeń depresyjnych. W części z nich wymagania psychologiczne i kontrola w pracy były także niezależnymi predyktorami tych problemów.

Badania uwzględniające model Siegrista są mniej liczne, ale także potwierdzają, że stres rozumiany jako nierównowaga wymagań oraz nagród w pracy może być przyczyną zaburzeń depresyjnych. Ważnym wnioskiem płynącym z obu rodzajów badań jest ten, który wskazuje na silniejsze zależności ujawnione wśród kobiet. Oznacza to, że szkodliwy wpływ środowiska pracy w większym stopniu pogarsza zdrowie psychiczne kobiet niż mężczyzn.

Ciekawym poszerzeniem potencjalnego, negatywnie oddziałującego środowiska pracy są badania, które wskazują na inne możliwe przyczyny depresji wśród pracowników, takie jak niesprawiedliwość organizacyjna i restrukturyzacje, a także przemoc oraz mobbing w pracy. Zwłaszcza dwa ostatnie zagrożenia wydają się najsilniej związane z występowaniem depresji, co nie budzi dużych wątpliwości, ponieważ niezaprzeczalnie są one najsilniejszą postacią stresu w pracy. Potwierdzają to także dane świadczące o tym, że wsparcie społeczne w pracy – jako przeciwieństwo mobbingu i innych zachowań przemocowych – stanowi skuteczną ochronę przed zaburzeniami zdrowia psychicznego pracowników.

Kolejnym ważnym wnioskiem z przedstawionych badań jest to, że niezależnie od płci ryzyko pojawienia się zaburzeń zdrowia psychicznego rośnie ze wzrostem narażenia na stres i mobbing.

Niewątpliwą słabością większości badań jest brak kontroli stresu „spoza pracy”, związanego z możliwymi traumatycznymi przeżyciami osobistymi pracowników. Wpływ złego samopoczucia wynikający z tych powodów może zaburzać obiektywne spostrzeganie swojego środowiska pracy poprzez przypisywanie mu bardziej negatywnych cech niż ma to miejsce w rzeczywistości. Ponadto problem dwukierunkowego związku między niekorzystnym środowiskiem pracy a obniżonym nastrojem jest fundamentalny i niezwykle trudny do przesądzenia nawet w badaniach prospektywnych. Nie wiadomo, czy pracownik cierpiący na istotne obniżenie nastroju na skutek przebywania w niesprzyjającym zdrowiu środowisku pracy nie wzmacnia swojej negatywnej oceny tego środowiska nawet wtedy, gdy zmienia się ono już na lepsze. Problem ten nie zostanie jednak rozwiązany bez możliwości przeprowadzenia badań eksperymentalnych, które z kolei byłyby nieetyczne.

Mimo tych słabości potwierdzony w badaniach związek między niewłaściwym środowiskiem pracy a depresją jest wystarczającym powodem, żeby podejmować wysiłki na rzecz zmiany takich środowisk, a najlepiej – zapobiegać zawczasu ich pogarszaniu się.

PIŚMIENNICTWO

1. Whiteford H.A., Degenhardt L., Rehm J., Baxter A.J., Ferrari A.J., Erskine H.E. i wsp.: Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;382(9904):1575–1586

2. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jonsson 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, <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
3. Moffitt T.E., Caspi A., Taylor A., Kokaua J., Milne B.J., Polanczyk G., Poulton R.: How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol. Med.* 2010;40(6):899–909, <https://doi.org/10.1017/S0033291709991036>
4. DanePubliczne.gov.pl [Internet]: Ministerstwo Cyfryzacji [cytowany 30 września 2016]. Absencja chorobowa – dane za 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 2016. Adres: <https://dane-publiczne.gov.pl/dataset/absencja-chorobowa-2016-r>
5. Kendler K.S., Gardner C.O., Prescott C.A.: Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am. J. Psychiatry* 2006;163(1):115–124, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.115>
6. Bonde J.P.E.: Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Occup. Environ. Med.* 2008;65:438–445, <https://doi.org/10.1136/oem.2007.038430>
7. Netterstrøm B., Conrad N., Bech P., Fink P., Olsen O., Rugulies R., Stansfeld S.: The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol. Rev.* 2008;30(1):118–132, <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn004>
8. Siegrist J.: Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: Evidence from prospective studies. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2008;258(5):115–119, <https://doi.org/10.1007/s00406-008-5024-0>
9. Theorell T., Hammarström A., Aronsson G., Bendz L.T., Grape T., Hogstedt C. i wsp.: A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health* 2015;15(1):738, <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>
10. Karasek R.A.: Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Adm. Sci. Q.* 1979;24(2):285–308, <https://doi.org/10.2307/2392498>
11. Karasek R., Theorell T.: *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life.* Basic Books, New York 1990
12. Karasek R.A.: *Job Content Questionnaire and user's guide (Revision 1.1).* University of Massachusetts, Lowell 1985
13. Siegrist J., Starke D., Chandola T., Godin J., Marmot M., Niedhammer J. i wsp.: The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Soc. Sci. Med.* 2004;58(8):1483–1499, [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00351-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00351-4)
14. Zigmond A.S., Snaith R.P.: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983;67(6):361–370, <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
15. Hamilton M.: Rating depressive patients. *J. Clin. Psychiatry* 1980;41(12):21–24
16. Radloff L.S.: The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl. Psychol. Meas.* 1977;1(3):385–401, <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
17. Bech P., Rasmussen N.-A., Olsen L.R., Noerholm V., Abildgaard W.: The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J. Affect. Disord.* 2001;66(2–3):159–164, [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00309-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00309-8)
18. Sheehan D.V., Lecrubier Y., Harnett-Sheehan K., Janavs J., Weiller E., Bonara L.I. i wsp.: The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur. Psychiatry* 1997;12(5):232–241, [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)
19. World Health Organization: *Composite International Diagnostic Interview (CIDI).* Division of Mental Health, Geneva 1990
20. Wing J.K., Babor T., Brugha T., Burke J., Cooper J.E., Giel R. i wsp.: SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch. Gen. Psychiatry* 1990;47(6):589–593, <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810180089012>
21. Madsen I.E.H., Nyberg S.T., Magnusson Hanson L., Ferrie J.E., Ahola K., Alfredsson L. i wsp.: Job strain as a risk factor for clinical depression: Systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychol. Med.* 2017;47(8):1342–1356, <https://doi.org/10.1017/S003329171600355X>
22. Clumeck N., Kempnaers C., Godin I., Dramaix M., Kornitzer M., Linkowski P. i wsp.: Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: Results from the Belstress I prospective study. *J. Epidemiol. Community Health* 2009;63(4):286–289, <https://doi.org/10.1136/jech.2008.079384>
23. Plaisier I., de Bruijn J.G., de Graaf R., ten Have M., Beekman A.T., Penninx B.W.: The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Soc. Sci. Med.* 2007;64(2):401–410, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.09.008>
24. Doeglas D.M., Suurmeijer T., Briancon S., Moum T., Krol B., Bjelle A. i wsp.: An international study on measuring social support: Interactions and satisfaction. *Soc. Sci. Med.* 1996;43(9):1389–1397, [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(96\)00036-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(96)00036-6)

25. Niedhammer I., Malard L., Chastang J.F.: Occupational factors and subsequent major depressive and generalized anxiety disorders in the prospective French national SIP study. *BMC Public Health* 2015;15(1):200, <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1559-y>
26. Shields M.: Stress and depression in the employed population. *Health Rep.* 2006;17(4):11–29
27. Wang J.L., Schmitz N., Dewa C., Stansfeld S.: Changes in perceived job strain and the risk of major depression: Results from a population-based longitudinal study. *Am. J. Epidemiol.* 2009;169(9):1085–1091, <https://doi.org/10.1093/aje/kwp037>
28. Virtanen M., Stansfeld S.A., Fuhrer R., Ferrie J.E., Kivimäki M.: Overtime work as a predictor of major depressive episode: A 5-year follow-up of the Whitehall II Study. *PLoS One* 2012;7(1):e30719, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030719>
29. Grynderup M.B., Mors O., Hansen A.M., Andersen J.H., Bonde J.P., Kaergaard A. i wsp.: A two-year follow-up study of risk of depression according to work-unit measures of psychological demands and decision latitude. *Scand. J. Work Environ. Health* 2012;38:527–536, <https://doi.org/10.5271/sjweh.3316>
30. Andrea H., Bültmann U., van Amelsvoort L.G.P.M., Kant Y.: The incidence of anxiety and depression among employees – The role of psychosocial work characteristics. *Depress. Anxiety* 2009;26(11):1040–1048, <https://doi.org/10.1002/da.20516>
31. Clays E., De Bacquer D., Leynen F., Kornitzer M., Kittel F., De Backer G.: Job stress and depression symptoms in middle-aged workers – Prospective results from the Belstress study. *Scand. J. Work Environ. Health* 2007;33(4):252–259, <https://doi.org/10.5271/sjweh.1140>
32. Fandino-Losada A., Forsell Y., Lundberg I.: Demands skill discretion, decision authority and social climate at work as determinants of major depression in a 3-year follow-up study. *Int. Arch. Occup. Environ. Health* 2013;86(5):591–605, <https://doi.org/10.1007/s00420-012-0791-3>
33. Kivimäki M., Vahtera J., Elovainio M., Virtanen M., Siegrist J.: Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: Complementary or redundant models? *Occup. Environ. Med.* 2007; 64(10):659–665, <https://doi.org/10.1136/oem.2006.031310>
34. Nielsen M.B.D., Madsen I.E.H., Aust B., Burr H., Rugulies R.: Effort-reward imbalance at work and the risk of antidepressant treatment in the Danish workforce. *J. Affect. Disord.* 2016;196:248–51, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.038>
35. Ylipaavalniemi J., Kivimäki M., Elovainio M., Virtanen M., Keltikangas-Jarvinen L., Vahtera J.: Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: A prospective cohort study of three different models. *Soc. Sci. Med.* 2005;61(1):111–122, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.038>
36. Goodman W.B., Crouter A.C., The Family Life Project Key Investigators: Longitudinal associations between maternal work stress, negative work-family spillover, and depressive symptoms. *Fam. Relat.* 2009;58(3):245–258, <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2009.00550.x>
37. Derogatis L.R.: The Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18): Administration, scoring, and procedures manual. Wyd. 3. National Computer Systems, Minneapolis 2000
38. Griffin J.M., Fuhrer R., Stansfeld S.A., Marmot M.: The importance of low control at work and home on depression and anxiety: Do these effects vary by gender and social class? *Soc. Sci. Med.* 2002;54(5):783–798
39. Grynderup M.B., Mors O., Hansen A.M., Andersen J.H., Bonde J.P., Kaergaard A. i wsp.: Work-unit measures of organisational justice and risk of depression – A 2-year cohort study. *Occup. Environ. Med.* 2013;70(6):380–385, <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-101000>
40. Bamberger S.G., Vinding A.L., Larsen A., Omland Ø.: Impact of organisational change on mental health: A systematic review. *Occup. Environ. Med.* 2017;69:592–598, <https://doi.org/10.1136/oemed-2011-100381>
41. Wieclaw J., Agerbo E., Preben Mortensen B., Burr H., Tüchsen E., Bonde J.B.: Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *J. Epidemiol. Community Health* 2006;60(9):771–775, <https://doi.org/10.1136/jech.2005.042986>
42. Verkuil B., Atasayi S., Molendijk M.L.: Workplace bullying and mental health: A meta-analysis on cross-sectional and longitudinal data. *PLoS One* 2015;10(8):e0135225, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135225>
43. Drill R., Nakash O., DeFife J.A., Westen D. Assessment of clinical information: Comparison of the validity of a Structured Clinical Interview (the SCID) and the Clinical Diagnostic Interview (the CDI). *J. Nerv. Ment. Dis.* 2015;203(6):459–462
44. Ghaemi N.: Bipolar Spectrum: A review of the concept and a vision for the future. *Psychiatry Investig.* 2013;10(3):218–224, <https://doi.org/10.4306/pi.2013.10.3.218>