

Dorota Żołnierczyk-Zreda

Wytyczne dla pracodawców dotyczące kształtowania właściwych psychospołecznych warunków pracy dla **osób z depresją**



Dorota Żołnierczyk-Zreda

**Wytyczne dla pracodawców dotyczące
kształtowania właściwych psychospołecznych
warunków pracy dla osób z depresją**

CIOP  PIB

Warszawa 2019

Opracowano na podstawie wyników IV etapu programu wieloletniego „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” sfinansowanego w latach 2017-2019 w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/ Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, a wydano w ramach realizacji zadań służb państwowych sfinansowanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Koordynator programu: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy

Autor

dr psych. Dorota Żołnierczyk-Zreda – Pracownia Psychologii Społecznej,
Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy

Projekt okładki

Jolanta Maj

Opracowanie redakcyjne

Małgorzata Przybyszewska

Opracowanie graficzne

Dorota Marzec

Zdjęcie na okładce

bigstock-Human-Hand-Helps-A-Sad-Lonely--317804533

© Copyright by Centralny Instytut Ochrony Pracy

– Państwowy Instytut Badawczy

Warszawa 2019

ISBN 978-83-7373-318-3

CIOP  **PIB**

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

SPIS TREŚCI

1. Czym jest depresja?	5
2. Koszty depresji, w tym koszty związane z pracą	6
3. Badania CIOP-PIB na osobach z depresją	7
3.1. Jak osoby z depresją funkcjonują w pracy?	7
3.2. Jak osoby z depresją oceniają organizacyjne i psychospołeczne warunki swojej pracy?	10
4. Dostosowanie warunków pracy do potrzeb osób z depresją	18
5. Depresja a niepełnosprawność	22
5.1. Obowiązki pracodawców względem zatrudnionych osób niepełnosprawnych z depresją	22
5.2. Korzyści pracodawców zatrudniających osoby niepełnosprawne z depresją	23
5.3. Samozatrudnienie osoby niepełnosprawnej z depresją	27
Piśmiennictwo	29



1. CZYM JEST DEPRESJA?

Depresja nie jest jedną chorobą, lecz grupą zaburzeń o podobnych objawach, ale mających różne przyczyny i wymagających różnych metod leczenia. Istnieje kilka chorób, w przebiegu których depresja może występować – są to przede wszystkim choroby afektywne (choroba afektywna jedno- i dwubiegunowa), psychoza schizoafektywna czy schizofrenia. Depresja poporodowa, sezonowa, maskowana, młodzieńcza, wieku podeszłego, depresja w chorobach neurologicznych czy onkologicznych, depresja z lękiem, depresja z niepokojem, pobudzeniem, depresja nawracająca, depresja w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej – to tylko niektóre rodzaje depresji (Świącicki, Sienkiewicz-Jarosz, 2018). Wśród jej objawów wyróżnia się:

- objawy emocjonalne: obniżony nastrój – smutek, przygnębienie, którym towarzyszą często lęk, utrata radości życia (poczawszy od utraty zainteresowań, a skończywszy na zaniebdywaniu potrzeb biologicznych), utrata zdolności do odczuwania przyjemności, czasem dysforia (zniecierpliwienie, drażliwość, kłótniowość),
- objawy poznawcze: negatywny obraz siebie, negatywny odbiór własnych dokonań, przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, obniżona samoocena, poczucie winy, samooskarżenia, pesymizm i rezygnacja; w skrajnych przypadkach mogą pojawić się także urojenia depresyjne (hipochondryczne, nihilistyczne, poczucie klęski, katastrofy),
- objawy motywacyjne: problemy z mobilizacją do działania i aktywności, które mogą przybrać formę spowolnienia psychoruchowego (faktycznego zwolnienia ruchów, mimiki i reakcji); trudności z podejmowaniem decyzji,
- objawy somatyczne: zaburzenia rytmów dobowych (m.in. zaburzenia snu i czuwania), utrata apetytu (ale możliwy jest również wzmożony apetyt), osłabienie i zmęczenie, spadek libido, rozmaite dolegliwości bólowe (np. bóle głowy, brzucha, karku, ramion), złe samopoczucie fizyczne,
- myśli i próby samobójcze.

Objawy te powinny utrzymywać się przez około 2 tygodnie, aby można było uznać je za symptomy depresji (APA, 2013).

W Polsce problem depresji dotyczy 1 miliona 536 tysięcy osób w wieku 15 lat i więcej (co stanowi średnio 5,3% populacji), w tym ponad miliona kobiet (6,4% ogółu Polek) (Wojtyniak i Goryński, 2016).

2. Koszty depresji, w tym koszty związane z pracą

Depresja jest poważnym problemem społecznym ze względu na częstość występowania oraz koszty społeczne. Znaczące są także jej koszty ekonomiczne: w Stanach Zjednoczonych szacuje się je na ok. 210 miliardów dolarów rocznie (Greenberg et al., 2015), w Polsce oceniano je w 2014 roku na ok. 1–2,6 miliardów złotych rocznie. Znaczący udział mają w nich utrata dni pracy lub wycofywanie się osób z depresją z rynku pracy. Zaburzenia psychiczne, w tym szczególnie depresja, stają się także wiodącą przyczyną zwolnień chorobowych w krajach OECD (Lexis et al., 2012) i zależność ta jest coraz silniejsza (Ekberg et al., 2015). Badania pokazują także, że absencja spowodowana depresją częściej niż absencja spowodowana innymi problemami zdrowotnymi skutkuje opuszczeniem rynku pracy w perspektywie 5 lat. Z innych danych wiadomo, że zwolnienia chorobowe osób z depresją są dłuższe niż osób z innymi schorzeniami, nawet jeśli jest ona leczona przy pomocy nowoczesnych terapii (Kupfer et al., 2012), i często kończą się przechodzeniem tych chorych na rentę. Wiadomo także, że im dłużej osoby z depresją przebywają na zwolnieniu lekarskim, tym trudniej powrócić im do pracy oraz tym częściej opuszczają trwale rynek pracy, odchodząc na rentę (Dekkers-Sanchez et al., 2008). Inne wyniki badań wskazują wzajemny związek zwolnień i depresji, co oznacza, że długotrwałe zwolnienia chorobowe osób z depresją często nasilają symptomy depresyjne, a nawet mogą prowadzić do podejmowania prób samobójczych (Wang et al., 2016). Jednocześnie istnieją dane, które pokazują, że wśród pacjentów z depresją, którzy powracają do zdrowia, więcej jest osób pracujących niż niepracujących (Simon et al., 2000).

Poza kosztami depresji związanymi z nieobecnością pracownika w pracy i wynikającymi z niej stratami istnieją także koszty związane z gorszym funkcjonowaniem zawodowym osób z depresją obecnych w pracy, szczególnie z powodu ich niższej wydajności (Lerner, Henke, 2008). Osoby te mają często problemy z realizowaniem zadań zawodowych, zarówno umysłowych, jak i fizycznych, ale także interpersonalnych; trudno im też realizować zadania zawodowe w należytym czasie (Kessler et al., 2006; Adler et al., 2006). Popołniają w pracy więcej błędów, a ich funkcjonowanie zawodowe może nawet stanowić zagrożenie z punktu widzenia bezpieczeństwa w pracy (Haslam et al., 2005).

3. Badania CIOP-PIB na osobach z depresją

3.1. Jak osoby z depresją funkcjonują w pracy?

Zdolność do pracy osób z depresją

W CIOP-PIB diagnozowano całkowitą/ogólną zdolność do pracy, na którą składają się między innymi takie elementy, jak:

- aktualna zdolność do pracy,
- 14 możliwych rodzajów schorzeń (chorób), w tym np. schorzenia mięśniowo-szkieletowe, sercowo-krążeniowe, oddechowe, układu moczowo-płciowego, pokarmowego,
- upośledzenie zdolności do pracy z powodu tych schorzeń,
- liczba dni nieobecności w pracy z powodu choroby.

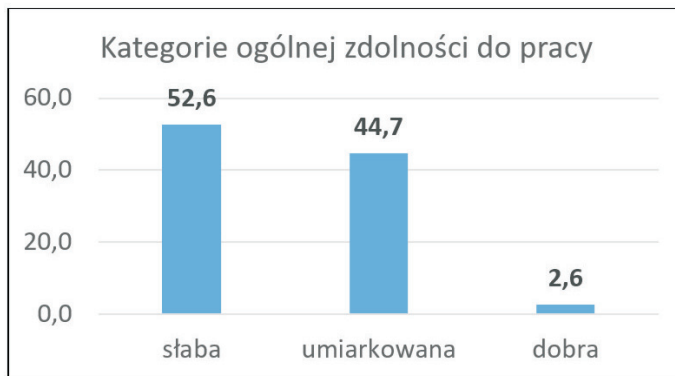
W całej grupie badanej średnia ocena ogólnej zdolności do pracy była znacząco niższa niż wśród osób z innymi problemami zdrowotnymi, co potwierdza **bardziej degradujący wpływ depresji w porównaniu do innych chorób na zdolność do pracy osób chorych** (Bugajska et al., 2019).

Tabela 1. Średnie, odchylenia standardowe oraz minimalne i maksymalne wartości zdolności do pracy osób z różnymi dolegliwościami zdrowotnymi

	Nadciśnienie tętnicze N=200	Choroba niedokrwienna serca N=95	Cukrzyca N=105	Choroba zwyrodnieniowa stawów N=200	Po transplantacji nerki N=34
Średnia	37,06	32,26	32,79	36,30	36,30
SD	6,67	5,76	6,50	7,06	5,30
Min– Max	16–47	16–43	25–46	25–47	27–46

źródło: Bugajska et al., 2019

Po wyszczególnieniu trzech kategorii ogólnej zdolności do pracy: dobrej, umiarkowanej i słabej, ponad połowa osób badanych zaklasyfikowała się do kategorii słabej, a jedynie 2,6% uzyskało wynik plaśujący je w kategorii dobrej zdolności do pracy (rys. 1).

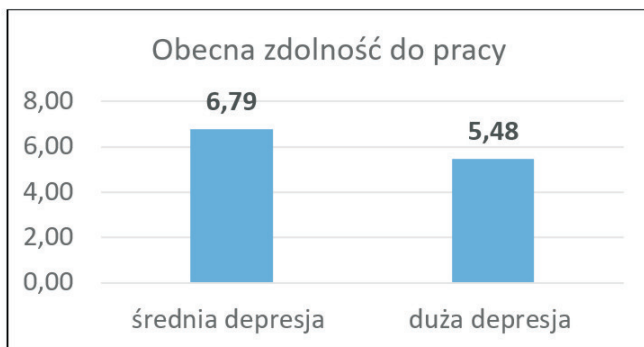


Rysunek 1. Procent badanych należących do poszczególnych kategorii zdolności do pracy

Uzyskane wyniki są zgodne z danymi pochodzącymi z amerykańskich badań, w których stwierdzono, że około jedną trzecią ekonomicznych kosztów depresji stanowią koszty związane z obniżoną produktywnością, niezdolnością do pracy oraz niższą wydajnością pracy osób doświadczających tych problemów (Dewa et al., 2011; Greenberg et al., 2015).

Ocena aktualnej zdolności do pracy

Prawie połowa badanej grupy (44,4%) oceniła swoją obecną zdolność do pracy na poziomie przeciętnym oraz poniżej przeciętnej (rys. 2). Analiza różnic w aktualnej zdolności do pracy w grupie osób z umiarkowanym oraz średnim poziomem depresji ujawniła, że grupy te różnią się od siebie istotnie. Osoby z umiarkowaną depresją oceniają swoją aktualną zdolność do pracy wyżej niż osoby z dużą depresją. Wynik ten potwierdza intuicyjne przekonanie o tym, że **im wyższy poziom depresji, tym niższa ocena aktualnej zdolności do pracy** (rys. 2).



Rysunek 2. Średnie oceny aktualnej zdolności do pracy w grupie osób ze średnim oraz wysokim poziomem depresji

Liczba dni nieobecności w pracy z powodu choroby

Liczbę dni nieobecności w pracy z powodu choroby analizowano także w relacji do ciężkości depresji, a uzyskany wynik okazał się zgodny z intuicyjnym przewidywaniem: **w grupie osób z ciężką depresją wystąpiło istotnie więcej dni absencji chorobowej niż w grupie osób z umiarkowaną depresją.**

Zaangażowanie w pracę

Porównanie osób z umiarkowaną oraz ciężką depresją ujawniło, że osoby z drugiej grupy oceniały swoje zaangażowanie w pracę jako istotnie niższe niż osoby z pierwszej z wymienionych grup (rys. 3).



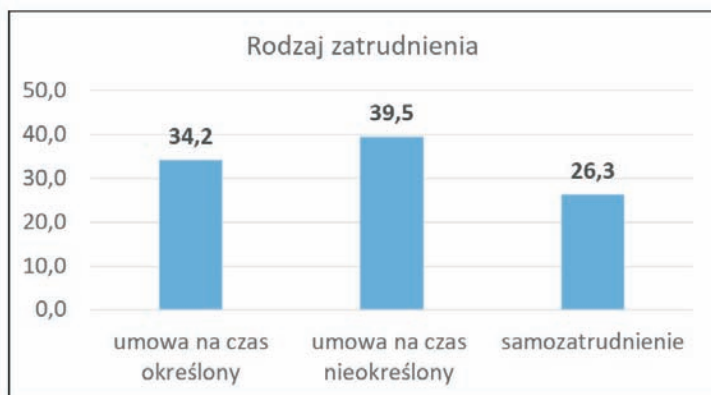
Rysunek 3. Średni poziom zaangażowania w pracę (w skali 3–18) w grupie osób ze średnim oraz wysokim poziomem depresji

Także analiza korelacji pomiędzy depresją a poziomem zaangażowania potwierdziła, że **im wyższy poziom depresji, tym mniejsze zaangażowanie w pracę**. Szacowanie społecznych kosztów depresji z reguły **nie uwzględnia zatem kosztów ponoszonych przez pracodawców w postaci obniżonego zaangażowania w pracę osób z depresją**. Uznaje się, że to nie absencja, a **prezentyzm**, czyli obecność w pracy, której nie towarzyszy zaangażowanie w pracę, jest powodem aż 37% (ok. 32 dni robocze) ogólnych kosztów dużej depresji (Greenberg et al., 2015).

3.2. Jak osoby z depresją oceniają organizacyjne i psychospołeczne warunki swojej pracy?

Niepewność zatrudnienia

Uważa się, że depresja może mieć związek z niepewnością zatrudnienia. W grupie badanej w CIOP-PIB większość osób rzeczywiście znajdowała się w tzw. „niepewnym zatrudnieniu”, czyli była zatrudniona na umowę na czas określony bądź samozatrudniona.



Rysunek 4. Udział procentowy osób badanych według rodzaju zatrudnienia

Wynik wskazujący na to, że 60% osób badanych nie ma stałego (na czas nieokreślony) zatrudnienia, sugeruje, że **mniejsza pewność zatrudnienia może mieć związek z depresją.**

Godziny pracy

Prawie połowa badanych (47,4%) pracuje dłużej niż 40 godzin tygodniowo (rys. 5). Analiza różnic w liczbie godzin pracy zadeklarowanych przez osoby z różnym poziomem depresji dowiodła, że **osoby z dużą depresją pracują istotnie dłużej niż osoby z umiarkowaną depresją.**



Rysunek 5. Średnia tygodniowa liczba godzin w grupie osób z umiarkowaną i dużą depresją

Oprócz organizacyjnych warunków pracy diagnozowano następujące psychospołeczne warunki pracy: wymagania ilościowe pracy, tempo pracy, wymagania poznawcze, wymagania emocjonalne, poczucie wpływu na pracę, możliwości rozwoju, jakość przywództwa, wsparcie od współpracowników, wsparcie od przełożonych, klimat społeczny między pracownikami, konflikt praca–rodzina, konflikt rodzina–praca, sprawiedliwość i szacunek, konflikty w pracy, dokuczliwe zachowania, mobbing, a także jedną zmienną osobniczą, jaką są przekonania o własnej skuteczności.

Analiza korelacji pomiędzy poziomem depresji osób badanych a poszczególnymi wymaganiami pracy dowiodła, że **im wyższy był poziom depresji, tym wyższy był poziom spostrzeganych wymagań ilościowych w pracy, a także wyższy konflikt praca–rodzina**, a z kolei **niższy był oceniany wpływ na pracę, mniejsze nagrody, mniejsze możliwości rozwoju, niższe wsparcie od przełożonych, niższy poziom spostrzeganej sprawiedliwości organizacyjnej oraz własnej skuteczności**.

Ze względu na brak polskich norm w odniesieniu do tych wymagań pracy, otrzymane wyniki porównywano z danymi uzyskanymi w innych badaniach wykonywanych w CIOP-PIB w grupach następujących pracowników:

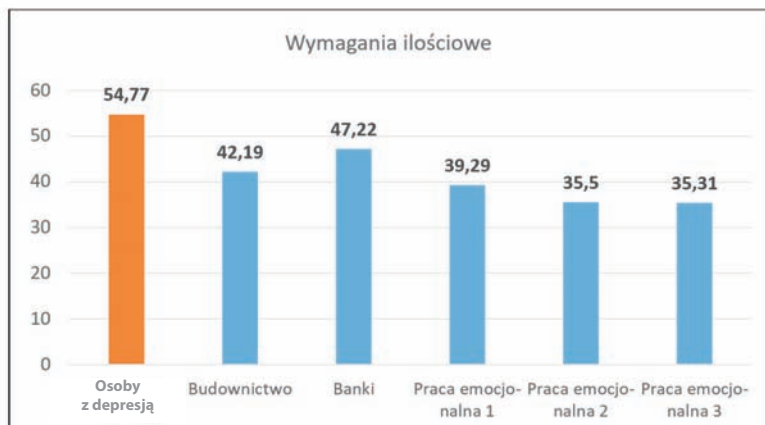
- sektora budownictwa,
- sektora finansów i bankowości,

a także osób wykonujących pracę obciążającą emocjonalnie w 3 grupach:

- nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni zatrudnieni w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, ośrodkach szkolno-wychowawczych, schroniskach dla nieletnich oraz zakładach poprawczych,
- personel sprawujący opiekę nad mieszkańcami domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i młodzieży lub dorosłych,
- personel medyczny oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

Wymagania ilościowe

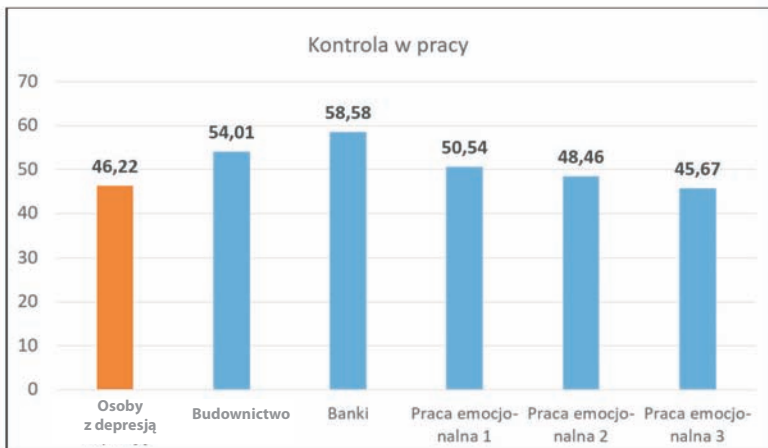
Wyniki ujawniły, że osoby z depresją osiągnęły najwyższy poziom tej zmiennej wśród wszystkich grup badanych, co daje podstawę do przypuszczenia, że zbyt duże wymagania ilościowe pracy mogą być związane z doświadczaniem depresji. Wniosek ten potwierdza wynik odnoszący się do często deklarowanego długiego czasu pracy osób z depresją.



Rysunek 6. Średnie wyniki zmiennej „wymagania ilościowe” w 6 grupach badanych

Kontrola w pracy

W odniesieniu do kontroli w pracy, czyli możliwości wpływania przez pracownika na własną pracę, jedynie w grupie personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień zanotowano niższy poziom tej zmiennej. Osoby ze wszystkich pozostałych grup badanych charakteryzują się **wyższym poziomem kontroli w pracy niż osoby z depresją** (rys. 7)



Rysunek 7. Średnie wyniki zmiennej „kontrola w pracy” w 6 grupach badanych

Wsparcie społeczne

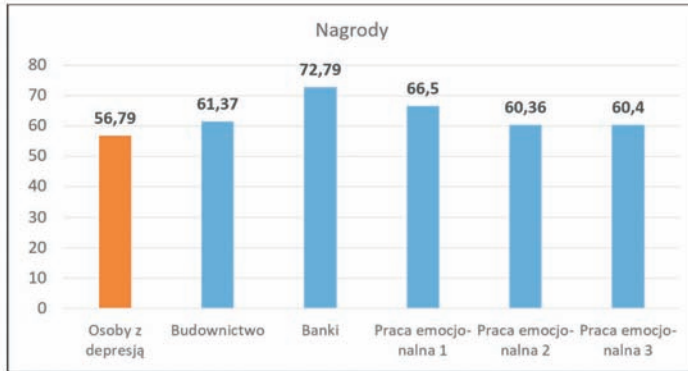
Jak wynika z rysunku 8, osoby z depresją uważają, że mają **najniższe wsparcie społeczne od swoich przełożonych** w porównaniu z innymi badanymi grupami.



Rysunek 8. Średnie wyniki zmiennej „wsparcie od przełożonych” w 6 grupach badanych

Nagrody

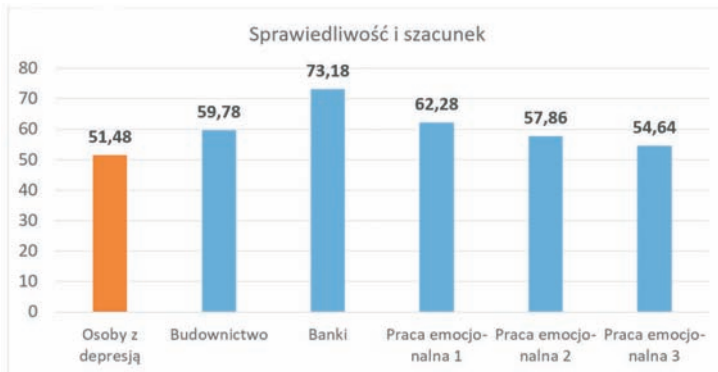
Osoby z depresją oceniają także, że otrzymują **istotnie mniej nagród za swoją pracę niż osoby z pozostałych badanych grup zawodowych.**



Rysunek 9. Średnie wyniki zmiennej „nagrody” w 6 grupach badanych

Sprawiedliwość i szacunek

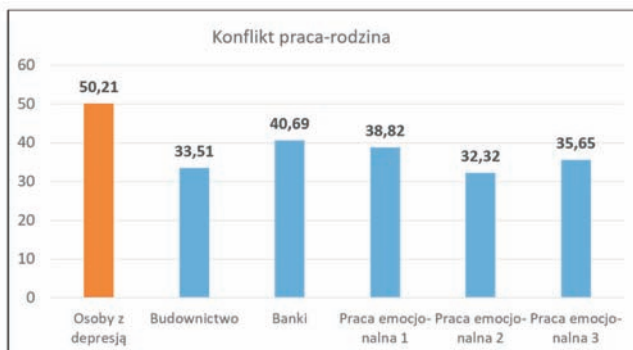
Podobnie jak w odniesieniu do poprzednich zmiennych, w grupie osób z depresją obserwuje się najniższy poziom poczucia sprawiedliwości i szacunku w organizacji (rys.10).



Rysunek 10. Średnie wyniki zmiennej „sprawiedliwość i szacunek” w 6 grupach badanych

Konflikt praca-rodzina

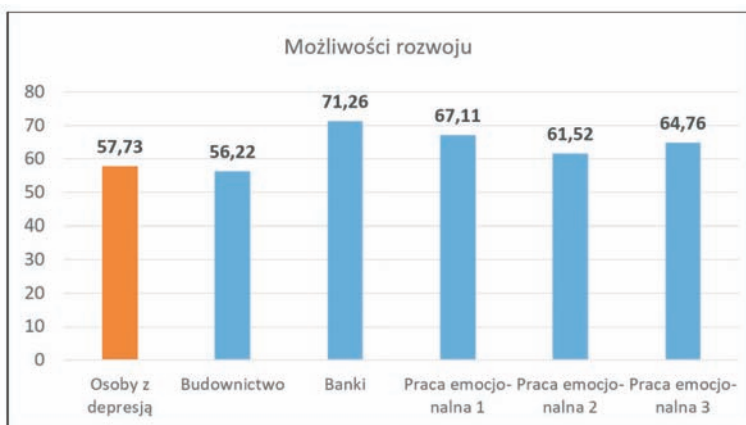
Jak wynika z rysunku 11, w grupie **osób z depresją** notuje się także **najwyższy poziom konfliktu praca-rodzina**.



Rysunek 11. Średnie wyniki zmiennej „konflikt praca-rodzina” w 6 grupach badanych

Możliwości rozwoju

Rysunek 12 wskazuje na to, że **możliwości rozwoju zawodowego** **niżej niż osoby z depresją** oceniają jedynie **pracownicy zatrudnieni w budownictwie**.



Rysunek 12. Średnie wyniki zmiennej „możliwości rozwoju” w 6 grupach badanych

Jakość przywództwa

Z porównań średnich wartości zmiennej „jakość przywództwa” wynika, że **jej najniższy poziom zanotowano w grupie osób z depresją** (rys. 13). Udzielanie pracownikom niskiego wsparcia społecznego oraz oferowanie im niewielkich możliwości rozwoju (wyniki referowane wyżej) potwierdzają dysfunkcyjny charakter przywództwa w organizacjach zatrudniających osoby z depresją.



Rysunek 13. Średnie wyniki zmiennej „jakość przywództwa” w 6 grupach badanych

Podsumowanie wyników

Wyniki badań uzyskane w CIOP-PIB potwierdzają dane amerykańskie świadczące o tym, że osoby z depresją charakteryzuje istotnie niższa zdolność do pracy niż osoby bez depresji lub osoby z innymi problemami zdrowotnymi. Szczególnie widoczna jest zwiększona absencja chorobowa tych osób, a także obecność bez wydajności i zaangażowania w pracę, czyli prezentyzm.

Kolejne wyniki świadczą o tym, że osoby z depresją postrzegają swoje miejsca pracy jako te, w których:

- stawia się zbyt wysokie wymagania dotyczące pracy,
- pracownik nie ma wpływu na własną pracę,
- pracownikowi trudno jest zachować równowagę praca–dom,



- przełożeni nie wspierają swoich pracowników,
- niski jest poziom sprawiedliwości i szacunku,
- otrzymywane nagrody za pracę są niewystarczające,
- nie zapewnia się pracownikom możliwości rozwoju zawodowego,
- jakość przywództwa jest niska.

4. Dostosowanie warunków pracy do potrzeb osób z depresją

Wymagania ilościowe pracy

- Nie należy dopuszczać do sytuacji, w której pracownik nie ma czasu, aby skończyć wszystkie swoje zadania.
- Obciążenie pracą powinno być równomierne, aby obowiązki pracownika nie narastały się.
- Pracownik nie powinien pracować bardzo szybko, aby być w stanie rozliczyć się ze swoich zadań.
- Nie należy dopuszczać do sytuacji, w której pracownik ma zaległości w pracy.
- Nie należy wymagać, aby osoba zatrudniona pracowała „na podwyższonych obrotach”.



Nagrody

- Należy dbać o to, aby płaca pracownika była adekwatna do wysiłku, jaki w nią wkłada.
- Praca powinna być dostrzegana i doceniana przez kierownictwo.
- Bezpośredni przełożony powinien rozmawiać z pracownikami o tym, jak wykonują oni swoją pracę.
- Pracownicy powinni być zawsze doceniani, kiedy dobrze wykonują swoją pracę.

Wpływ pracownika na wykonywaną pracę

Pracownik powinien mieć wpływ na to:

- w jaki sposób wykonuje swoją pracę,
- kiedy pracuje (przynajmniej w pewnym zakresie),
- ile pracy jest mu przydzielane,,
- w jakim środowisku pracuje,
- z kim pracuje.



Wsparcie przełożonych

- Bezpośredni przełożony powinien być gotowy do słuchania o problemach, jakie osoba zatrudniona ma w pracy.
- Pracownik powinien móc uzyskać pomoc lub wsparcie od swojego bezpośredniego przełożonego.
- Bezpośredni przełożony powinien przykładać dużą wagę do zadowolenia z pracy swoich pracowników.
- Konflikty powinny być skutecznie rozwiązywane przez bezpośrednich przełożonych.
- Bezpośredni przełożony powinien dobrze przydzielać zadania i planować pracę swoich pracowników.



Sprawiedliwość i szacunek

- Pracownicy powinni być sprawiedliwie traktowani przez przełożonych.
- Kierownictwo powinno darzyć pracowników zaufaniem w kwestiach związanych z pracą.
- Pracownicy powinni być traktowani z szacunkiem przez kierownictwo.
- Podział obowiązków powinien być sprawiedliwy.
- Należy dbać o to, aby nie było pracowników, którzy są traktowani ulgowo.
- Konflikty powinny być sprawiedliwie rozwiązywane przez kierownictwo.



- Mężczyźni i kobiety powinni być równo traktowani w miejscu pracy.
- W organizacji powinno być miejsce dla starszych pracowników.

Jakość przywództwa

- Pracownicy powinni ufać informacjom udzielanym przez kierownictwo.
- Kierownictwo powinno skutecznie komunikować się z kadrami.
- Pracownicy powinni móc wyrażać swoje poglądy i odczucia.
- Należy akceptować fakt, że każdy pracownik może się czasem pomylić.
- Kierownictwo powinno traktować poważnie wszystkie sugestie pracowników.
- W razie potrzeby organizacja powinna umożliwić pracownikowi opiekę nad rodziną.
- Należy z wyprzedzeniem informować pracowników o ważnych decyzjach, zmianach lub planach na przyszłość.



Rozwój

- Pracownik powinien mieć możliwość rozwoju w swojej pracy.
- Praca powinna sprzyjać ciągłemu powstawaniu nowych pomysłów.
- Pracownik nie powinien przez cały czas robić tego samego.
- Praca powinna pozwalać na uczenie się nowych rzeczy.
- Bezpośredni przełożony powinien przykładać dużą wagę do odbywania przez pracownika dodatkowych szkoleń i do planowania rozwoju personelu.

Równowaga praca – życie prywatne

- Nie należy dopuszczać do sytuacji, w której praca kosztuje pracownika tyle energii, że odbija się to negatywnie na jego życiu prywatnym.

- Nie należy dopuszczać do sytuacji, w której praca zabiera pracownikowi tyle czasu, że odbija się to negatywnie na jego życiu prywatnym.
- Ponadto, co jest szczególnie ważne dla osób z depresją, należy stwarzać w miejscu pracy taką atmosferę, w której wszyscy pracownicy będą czuć się częścią społeczności, oraz dbać o to, aby dobrze ze sobą współpracowali.



Trening uważności a samopoczucie i wydajność pracy

W przypadku osób z depresją szczególnie istotne jest budowanie ich kapitału psychologicznego, np. poprzez udział w treningach i warsztatach, a zwłaszcza w **treningu uważności**, który może być elementem ich skutecznej rehabilitacji, nie tylko osobistej, ale także zawodowej. Istotą treningu uważności jest nauczenie uczestniczących w nim osób, jak lepiej regulować emocje oraz zwiększać swoją odporność na stres. Jego przydatność w pomaganiu osobom z depresją jest szeroko udokumentowana (Manh Dang et al., 2018).

Pracodawcy mogą zatem traktować sponsorowanie lub udział w dofinansowaniu treningu uważności jako istotny wkład w rozwój osobisty i zawodowy osób z depresją. Wyniki wielu badań wskazują bowiem na to, że wzrost uważności znacząco poprawia nie tylko samopoczucie pracownika, ale także jego funkcje poznawcze (np. uwagę, koncentrację), regulację emocji i zachowanie, a tym samym prowadzi do wzrostu wydajności pracy oraz lepszego funkcjonowania społecznego w pracy. Udział w treningu uważności zwiększył wydajność pracy np. wśród personelu restauracji (Dane, Brummel, 2014) czy zespołów przyjmujących pacjentów do szpitala, w tym lekarzy oraz pielęgniarek (Singh et al., 2006). Inne badania łączą uważność ze wzrostem zachowań etycznych, prospołecznych i obywatelskich (Reb, Narayanan, Ho, 2015), a nawet ze wzrostem zachowań na rzecz bezpieczeństwa wśród pracowników elektrowni jądrowych (Zhang, Ding, Li, Wu, 2013). Trening uważności zwiększa także umiejętności przywódcze, kierowania zespołami (Reb et al., 2014), pozwala na lepsze zarządzanie konfliktami w organizacji (Cleirigh, Greaney, 2014) oraz skuteczniejsze prowadzenie negocjacji (Galinsky

et al., 2008). U pracowników, którzy odbyli trening uważności, obniża się poziom wypalenia zawodowego (Flook, Goldberg, Pinger, Bonus, Davidson, 2013; Krasner et al., 2009), stresu zawodowego (Roeser et al., 2013), konfliktu między pracą a rodziną (Allen, Kiburz, 2012) oraz negatywnego nastroju (Roche, Haar, Luthans, 2014); poprawia się natomiast jakość snu (Hülshager et al., 2014).

5. DEPRESJA A NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

5.1 Obowiązki pracodawców względem zatrudnionych osób niepełnosprawnych z depresją

Zasady postępowania dotyczące zatrudniania osób niepełnosprawnych reguluje *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. 1997 nr 123, poz. 776). Jeśli pracownik chorujący na depresję posiada orzeczenie o niepełnosprawności, należy wziąć pod uwagę jej zapisy.

Zgodnie z ustawą pracodawca jest zobowiązany do:

⇒ **Wprowadzenia racjonalnych usprawnień**, które osoba niepełnosprawna ma prawo zgłosić. Racjonalne usprawnienia mogą polegać na ustaleniu specyficznych godzin pracy czy podziału obowiązków. **Pracodawca powinien wprowadzić te usprawnienia, jeżeli ma możliwości organizacyjne i finansowe.**

⇒ **Zapewnienia odpowiedniego czasu pracy** – czas pracy osoby o lekkim stopniu niepełnosprawności nie może przekraczać 8 godzin dziennie (40 godzin tygodniowo), a osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności 7 godzin dziennie (35 godzin tygodniowo). Osoba niepełnosprawna nie może być zatrudniona w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych. *Ograniczeń dotyczących czasu pracy oraz pracy w porze nocnej i godzinach nadliczbowych nie stosuje się:*

- do osób zatrudnionych przy pilnowaniu,
- gdy, na wniosek osoby zatrudnionej, lekarz przeprowadzający

- badania profilaktyczne pracowników lub w razie jego braku lekarz sprawujący opiekę nad tą osobą wyrazi na to zgodę.
- ⇒ **Zapewnienia dodatkowej przerwy w pracy** na wypoczynek. Osoba niepełnosprawna ma prawo do dodatkowej 15-minutowej przerwy w pracy na wypoczynek, której czas jest wliczany do czasu pracy.
 - ⇒ **Zapewnienia dodatkowego urlopu.** Osobie ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności przysługuje dodatkowy urlop wypoczynkowy w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym.
 - ⇒ **Zapewnienia prawa do odbycia turnusu rehabilitacyjnego.** Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ma prawo do zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia w wymiarze do 21 dni roboczych w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym, nie częściej niż raz w roku. Łączny wymiar urlopu dodatkowego i zwolnienia od pracy w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym nie może przekroczyć 21 dni roboczych w roku kalendarzowym.
 - ⇒ **Zapewnienia prawa do zwolnienia od pracy na badania.** Pracownikowi niepełnosprawnemu z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności przysługuje zwolnienie od pracy w celu wykonania badań specjalistycznych, zabiegów leczniczych lub usprawniających, jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy.

Zatrudniając osobę niepełnosprawną z depresją, pracodawca może liczyć na różnego rodzaju korzyści o charakterze finansowym, ale także pozafinansowym.

5.2. Korzyści pracodawców zatrudniających osoby niepełnosprawne z depresją

Obniżenie wpłaty obowiązkowej na PFRON

Pracodawca zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy jest obowiązany dokonywać mie-

sięczych wpłat na PFRON w wysokości kwoty stanowiącej iloczyn 40,65% przeciętnego wynagrodzenia i liczby pracowników odpowiadającej różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości 6% a rzeczywistym zatrudnieniem osób niepełnosprawnych. (Podstawa prawna: art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych).

Pracodawca może zaoszczędzić miesięcznie znacznie wyższą kwotę, jeżeli zatrudni osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym lub umiarkowanym ze schorzeniami szczególnie utrudniającymi wykonywanie pracy, w tym cierpiącymi na przewlekłe choroby psychiczne, a depresja na ogół się do nich zalicza.

Dofinansowania do wynagrodzenia osób niepełnosprawnych

Jednym z najważniejszych instrumentów wsparcia zatrudniania osób niepełnosprawnych jest dofinansowanie do wynagrodzenia zatrudnionych osób niepełnosprawnych udzielane pracodawcom na podstawie art. 26a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Wysokość przysługujących kwot dofinansowania do wynagrodzenia osób niepełnosprawnych zgodnie z art. 26a ustawy o rehabilitacji (...)	
Stopień niepełnosprawności	Kwota dofinansowania
Stopień lekki	450 zł
Stopień lekki ze schorzeniami szczególnymi	1050 zł
Stopień umiarkowany	1125 zł
Stopień umiarkowany ze schorzeniami szczególnymi	1725 zł
Stopień znaczny	1800 zł
Stopień znaczny ze schorzeniami szczególnymi*	2400 zł

* Kwota miesięcznego dofinansowania nie może przekroczyć 90% faktycznie i terminowo poniesionych miesięcznych kosztów płacy, a w przypadku pracodawcy wykonującego działalność gospodarczą – 75% tych kosztów.

Ulgi we wpłatach na PFRON

Zgodnie z art. 22 ustawy o rehabilitacji (...) pracodawca zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, który osiąga wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, w odniesieniu do których orzeczono chorobę psychiczną, w wysokości co najmniej 30%, może udzielać nabywcom, którzy zakupili jego własne usługi lub produkcję (z wyłączeniem handlu), tzw. ulgi we wpłatach na PFRON.

Zwrot kosztów przystosowania tworzonych lub istniejących stanowisk pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych

Zwrot kosztów obejmuje:

- adaptację pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- adaptację lub nabycie urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy,
- zakup lub autoryzację oprogramowania na użytek pracowników niepełnosprawnych oraz urządzeń technologii wspomagających osoby niepełnosprawne lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności.

Maksymalna wysokość dofinansowania ze środków PFRON nie może przekroczyć dwudziestokrotnego przeciętnego wynagrodzenia za każde przystosowane stanowisko pracy osoby niepełnosprawnej.

Osobę niepełnosprawną należy zatrudnić na okres co najmniej 36 miesięcy na umowę o pracę.

Konieczne jest uzyskanie pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy o przystosowanym stanowisku pracy.

Zwrot kosztów dotyczy wyłącznie dodatkowych kosztów wynikających z zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

Więcej informacji na stronie www.niepelnosprawni.gov.pl oraz na stronach internetowych starostw i urzędów pracy.

Zwrot pracodawcom kosztów wyposażenia stanowiska pracy

Zwrot kosztów obejmuje zakup narzędzi pracy i elementów wyposażenia stanowiska pracy (np. biurka, krzesła).

Maksymalna wysokość dofinansowania nie może przekroczyć piętnastokrotności przeciętnego wynagrodzenia.

Osobę niepełnosprawną należy zatrudnić na okres co najmniej 36 miesięcy na umowę o pracę.

Konieczne jest uzyskanie pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy o przystosowaniu do potrzeb wynikających z niepełnosprawności osoby zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy.

Więcej informacji na stronie www.niepelnosprawni.gov.pl oraz na stronach internetowych starostw i urzędów pracy.

Zwrot miesięcznych kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy oraz szkolenia pracowników pomagających

Obejmuje:

- zwrot miesięcznych kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy,
- zwrot kosztów szkolenia tych pracowników w zakresie ułatwienia osobie niepełnosprawnej komunikowania się z otoczeniem oraz pomocy przy czynnościach niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy (100% kosztów szkolenia, nie więcej jednak niż równowartość kwoty najniższego wynagrodzenia).

Przy czym:

- Liczba godzin przeznaczonych na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu nie może przekroczyć liczby godzin odpowiadającej 20% liczby godzin pracy pracownika w miesiącu.
- Wysokość zwrotu miesięcznych kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu to iloczyn kwoty najniższego wynagrodzenia i ilorazu liczby godzin w miesiącu przeznaczonych wyłącznie na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu oraz miesięcznej liczby godzin pracy pracownika niepełnosprawnego.

Więcej na stronie www.niepelnosprawni.gov.pl oraz na stronach powiatowych urzędów pracy.

Refundacja kosztów szkolenia pracowników niepełnosprawnych

- Pracodawca może sam zorganizować szkolenie lub kupić je dla zatrudnionych niepełnosprawnych pracowników.
- Refundacja może wynieść do 70% kosztów szkolenia na jedną osobę.

Przy czym:

- Wysokość refundacji nie może przekroczyć dwukrotnego przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę.
- Refundacja nie może przekroczyć 70% kosztów szkolenia kwalifikujących się do objęcia pomocą w odniesieniu do małych i średnich przedsiębiorstw.
- Refundacja nie może przekroczyć 60% kosztów szkolenia kwalifikujących się do objęcia pomocą w odniesieniu do dużych przedsiębiorstw.

Więcej na stronie www.niepelnosprawni.gov.pl oraz na stronach powiatowych urzędów pracy.

Pozytywne postrzeganie firmy (instytucji) przez klientów i otoczenie

Instytucja otwarta na zatrudnienie osób niepełnosprawnych i dbająca o stworzenie im przyjaznych warunków pracy jest odbierana pozytywnie, jako pracodawca kierujący się zasadami społecznej odpowiedzialności biznesu (ang. *Corporate Social Responsibility*, CSR) (Bugajska et al., 2019).

5.3. Samozatrudnienie osoby niepełnosprawnej z depresją

Jeśli osoba niepełnosprawna z depresją decyduje się na samozatrudnienie, może liczyć na przewidziane ustawowo formy wsparcia.

Pomoc finansowa na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej

Wysokość pomocy wynosi nie więcej niż sześciokrotność przeciętnego wynagrodzenia w przypadku zobowiązania się do prowadzenia działalności gospodarczej, rolniczej lub członkostwa w spółdzielni socjalnej nieprzerwanie przez co najmniej 12 miesięcy.

Wysokość pomocy wynosi od sześciokrotności do piętnastokrotności przeciętnego wynagrodzenia w przypadku zobowiązania się do prowadzenia działalności gospodarczej, rolniczej lub członkostwa w spółdzielni socjalnej nieprzerwanie przez co najmniej 24 miesiące – jeżeli osoba niepełnosprawna nie otrzymała na ten cel bezzwrotnych środków publicznych.

Przed pozyskaniem pomocy osoba niepełnosprawna powinna być zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy jako bezrobotna albo poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu. Rejestracji działalności gospodarczej należy dokonać po przyznaniu dotacji na jej rozpoczęcie.

Wsparcie samozatrudnienia poprzez dofinansowanie oprocentowania kredytu bankowego zaciągniętego na kontynuowanie działalności gospodarczej albo prowadzenie własnego lub dzierżawionego gospodarstwa rolnego

Jest to rozwiązanie przeznaczone dla osoby niepełnosprawnej:

- prowadzącej działalność gospodarczą lub rolniczą,
- niekorzystającej aktualnie z pożyczki na podjęcie działalności gospodarczej lub rolniczej,
- niekorzystającej z bezzwrotnych środków na podjęcie działalności gospodarczej lub rolniczej albo prowadzącej tę działalność co najmniej przez 24 miesiące od dnia otrzymania pomocy na ten cel.

Więcej informacji na stronie www.niepelnosprawni.gov.pl i na stronach powiatowych urzędów pracy.

Piśmiennictwo

- Adler D.A., McLaughlin T.J., Rogers W.H., Chang H., Lapitsky L., Lerner D. (2006). *Job performance deficits due to depression*. *Am J Psychiatry*, 163(9):1569–76.
- Allen T.D., Kiburz K.M. (2012). *Trait mindfulness and work-family balance among working parents: The mediating effects of vitality and sleep quality*. *Journal of Vocational Behavior*, 80:372–379.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bugajska J., Pawłowska-Cyprysiak K., Kamińska J., Skupień A., Hadław A., Żmuda Ł., Pora H., Spychała E., Zakrzewska M. (2019). *Osoba z niepełnosprawnością intelektualną w pracy. Poradnik dla pracodawców*. Warszawa: CIOP-PIB.
- Cleirigh D.O., Greaney J. (2014). *Mindfulness and group performance: An exploratory investigation into the effects of brief mindfulness intervention on group task performance*. *Mindfulness*, 6:601–609.
- Dane E., Brummel B.J. (2014). *Examining workplace mindfulness and its relations to job performance and turnover intention*. *Human Relations*, 67(1):105–128.
- Dekkers-Sánchez P.M., Wind H., Sluiter J.K., Frings-Dresen M.H. (2013). *What factors are most relevant to the assessment of work ability of employees on long-term sick leave? The physicians' perspective*. *Int Arch Occup Environ Health*, 86(5):509–518.
- Dewa C.S., Thompson A.H., Jacobs P. (2011) *The Association of Treatment of Depressive Episodes and Work Productivity*. *Can J Psychiatry*. 56(12):743–750.
- Ekberg K. et al. (2015). *Early and late return to work after sick leave: predictors in a cohort of sick-listed individuals with common mental disorders*. *J Occup Rehabil.*, 25(3):627–637.
- Flook L., Goldberg S.B., Pinger L., Bonus K., Davidson R.J. (2013). *Mindfulness for teachers: A pilot study to assess effects on stress, burnout, and teaching efficacy*. *Mind, Brain, and Education*, 7:182–195.
- Galinsky A.D., Maddux W.W., Gilin D., White J.B. (2008). *Why it pays to get inside the head of your opponent: The differential effects of perspective taking and empathy in negotiations*. *Psychological Science*, 19:378–384.
- Greenberg P.E., Fournier A.A., Sisitsky T., Pike C.T., Kessler R.C. (2015). *The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010)*. *J Clin Psychiatry*, 76(2):155–162.
- Haslam C., Atkinson S., Brown S.S., Haslam R.A. (2005). *Anxiety and depression in the workplace: effects on the individual and organisation (a focus group investigation)*. *J Affect Disord.*, 88(2):209–215.

- Hülshager U.R., Lang J.W.B., Depenbrock F., Fehrmann C., Zijlstra F.R.H., Alberts H.J.E.M. (2014). *The power of presence: The role of mindfulness at work for daily levels and change trajectories of psychological detachment and sleep quality*. Journal of Applied Psychology, 99:1113–1128.
- Kessler R.C., Berglund P., Demler O. et al. (2006). *The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. JAMA 289(23):3095–3105.
- Krasner M.S., Epstein R.M., Beckman H., Suchman A.L., Chapman B., Mooney C.J., Quill T.E. (2009). *Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians*. Journal of the American Medical Association, 302:1284–1293.
- Kupfer D.J., Frank E., Phillips M.L. (2012). *Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives*. Lancet, 379(9820):1045–1055.
- Lerner D., Henke R.M. (2008). *What Does Research Tell Us About Depression, Job Performance, and Work Productivity?* J Occup Environ Med, 50(4):401–10.
- Lexis M.A. et al. (2012). *Prediction of long-term sickness absence among employees with depressive complaints*. J Occup Rehabil., 22(2):262–269.
- Manh Dang J., Bashmi L., Meeneghan S. et al. (2018). *The Efficacy of Mindfulness-Based Interventions on Depressive Symptoms and Quality of Life: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials*. OBM Integrative and Complementary Medicine, 3(2). DOI: 10.21926/obm.icm.1802011.
- Reb J., Narayanan J., Chaturvedi S. (2014). *Leading mindfully: Two studies on the influence of supervisor trait mindfulness on employee well-being and performance*. Mindfulness, 5:36–45.
- Reb J., Narayanan J., Ho Z.W. (2015). *Mindfulness at work: Antecedents and consequences of employee awareness and absent-mindedness*. Mindfulness, 6(1):111–122.
- Roche M., Haar J.M., Luthans F. (2014). *The role of mindfulness and psychological capital on the well-being of leaders*. Journal of Occupational Health Psychology, 19:476–489.
- Roeser R.W., Schonert-Reichl K.A., Jha A., Cullen M., Wallace L., Wilensky R., Oberle E., Thomson K., Taylor C., Harrison J. (2013). *Mindfulness training and reductions in teacher stress and burnout: Results from two randomized, waitlist-control field trials*. Journal of Educational Psychology, 105:787–804.
- Simon G.E., Revicki D., Heiligenstein J., Grothaus L., VonKorff M., Katon W.J. et al. (2000). *Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients*. Gen Hosp Psychiatry 22(3):153–162.

- Singh N.N., Singh S.D., Sabaawi M., Myers R.E., Wahler R.G. (2006). *Enhancing treatment team process through mindfulness-based mentoring in an inpatient psychiatric hospital*. Behavior Modification, 30:423–441.
- Święcicki Ł., Sienkiewicz-Jarosz H. (2018). *Depresja. Poradnik dla pacjentów i nie tylko...* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z późniejszymi zmianami (Dz. U. 1997 nr 123, poz. 776).
- Wang M. et al. (2016). *Morbidity and suicide mortality following sick leave in relation to changes of social insurance regulations in Sweden*. Eur J Public Health. 26(6):1061–1069.
- Wojtyniak B., Goryński P. (red.). (2016). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Zhang J., Ding W., Li Y., Wu C. (2013). *Task complexity matters: The influence of trait mindfulness on task and safety performance of nuclear power plant operators*. Personality and Individual Differences, 55:433–434.