

Telemedyczne skale w badaniu zjawisk psychopatologicznych powiązanych z kryzysem cywilizacyjnym. Projekt informatyczny. Skale: pracoholizmu, przewlekłego zmęczenia, wypalenia, wypalenia zawodowego, stresu w pracy i objawów depresyjnych

Telemedicine scales in the study of the psychopathological phenomena related to civilization crisis. IT project. Scales of workaholism, chronic fatigue, burnout, job burnout, stress at work and depressive symptoms

**Bartosz Łoza (ORCID 0000-0003-2571-8652),
Maja Herman (ORCID 0000-0001-6947-4501)**

Klinika Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Bartosz Łoza

*Psychiatra, kierownik
Kliniki Psychiatrii
Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego, prezes
Polskiego Towarzystwa
Neuropsychiatrycznego.
Zainteresowania:
scenariusze filmowe
i projekty multimedialne.*

NAJWAŻNIEJSZE

Na platformie internetowej w ramach telemedycyny możliwa jest realizacja celów diagnostycznych odnoszących się do oceny nasilenia zespołu zaburzeń cywilizacyjnych.

HIGHLIGHTS

On the Internet platform, within the framework of telemedicine, it is possible to implement diagnostic goals related to the evaluation of civilization syndrome phenomena.

STRESZCZENIE:

Praca opisuje realizację informatycznego grantu naukowego (RPMA.01.02.00-14-5594/16) stworzenia zestawu teledywidualnych skal, odnoszących się do opisu zjawisk określanych w piśmiennictwie jako zespół cywilizacyjny, tj. zaburzeń powiązanych ze współczesnym stylem życia. Utworzono zespół powiązanych narzędzi pomiarowych do oceny pracoholizmu, przewlekłego zmęczenia, wypalenia, wypalenia zawodowego, stresu w pracy i nasilenia objawów depresyjnych.

Słowa kluczowe: informatyzacja, skale, psychometria, zespół cywilizacyjny, teledycyna

ABSTRACT

The article describes the implementation of an scientific grant (RPMA.01.02.00-14-5594/16) to create a set of telemedical scales referring to the description of phenomena referred to in the literature as the civilization syndrome, i.e. disorders related to the modern lifestyle. A team of related measuring tools has been created to assess workaholism, chronic fatigue, burnout, job burnout, stress at work and the severity of depressive symptoms.

Key words: IT, scales, psychometrics, civilization syndrome, telemedicine

WSTĘP

Kolejne prognozy społeczne w krajach wysoko rozwiniętych przedstawiają wizję szybkich zmian kondycji pracowników i powiązanego z nimi wzrostu częstości przypadków zaburzeń psychicznych [1]. Sytuacja Polski wpisuje się w te trendy, a w zasadzie jest nawet mniej korzystna niż w innych krajach:

- Od roku 2000 liczby zgonów i urodzeń w Polsce się zrównały (co już jest niekorzystne), natomiast od roku 2014 wzrasta bezwzględna przewaga zgonów nad urodzeniami [2]. Największy spadek liczby ludności Polski nastąpi w okresie 2020–2035 [3]. Przy utrzymaniu się obecnych trendów w 2060 r. liczba ludności Polski z blisko 39 mln zmniejszy się do ok. 32 mln osób [4–9].
- W roku 2050 najliczniejszym bezwzględnie rocznikiem Polaków będą 67-latkowie (modalna dla mężczyzn i kobiet) [2, 3], co oznacza, że wiek pracowników będzie bezwzględnie wyższy.
- W latach 2020–2035 będą się zwiększać dwie populacje: 45–59/64-latków oraz osób powyżej 60./65. r.ż., natomiast zmniejszać populacje: poniżej 17. r.ż. i 18–44-latków [2].
- W 2035 r. możliwy udział w rynku pracy osób w wieku 50–64 lat wyniesie aż 34,6% ogółu zatrudnionych [5]. Jednak faktyczne wykorzystanie tej populacji zależeć będzie od aktywizacji zawodowej, a w szczególności od motywacji do pracy.

W tego typu rozważaniach należy brać pod uwagę wiele okoliczności demograficzno-zdrowotnych, z których jednak praktycznie wszystkie potwierdzają najważniejszą tezę – **o potrzebie wsparcia psychospołecznego dla populacji osób zatrudnionych.**

Szczególne znaczenie ma zmotywowanie do pracy, m.in. poprzez zwalczanie stresu u osób znajdujących

się na przedpolu wieku emerytalnego. Jest to obecnie w Polsce jedyna duża „rezerwa kadrowa”, jeśli weźmie się pod uwagę cały obecny i w perspektywie do 2050 r. zasób na rynku pracy.

JAKIE WYSTĘPUJĄ RODZAJE RYZYKA?

- Wzrost osób w podeszłym, poprodukcyjnym wieku będzie skutkować przekierowaniem aktywności osób w wieku produkcyjnym na opiekę nad starszymi krewnymi. Zgodnie z prognozą Głównego Urzędu Statystycznego w 2035 r. osoby 65+ będą stanowiły 23% populacji Polski, podczas gdy obecnie jest ich ok. 13% [6].
- Niezadowolający jest stan całego systemu ochrony zdrowia, w szczególności z powodu jego braków kadrowych, niedofinansowania i częstych zmian modelu udzielania świadczeń. Brak jest stabilizacji w całym okresie po 1989 r. i prawdopodobnie z taką sytuacją trzeba będzie liczyć się nadal.
- Emigracja wewnątrzunijna, obecna i przyszła, pogarsza sytuację demograficzną Polski (wyjazd młodych, najaktywniejszych osób w wieku produkcyjnym, o dużej dzietności). W Polsce na jedną kobietę rodzi się 1,33 dziecka (2015 r.). Jesteśmy jednym z najmniej dzietnych państw na całym świecie. Na 224 państwa zajęliśmy w roku 2015 dopiero 216. miejsce.

Jak widać, na jakości kadry pracowniczej w Polsce silnie ciąży zjawisko starzenia się społeczeństwa. Można je rozumieć różnorodnie, przede wszystkim jako generalną zmianę proporcji pomiędzy osobami najstarszymi i najmłodszymi. Zwykle kojarzone jest to z wydłużaniem się życia. Niestety, polskim fenomenem starzenia się społeczeństwa jest krótszy przewidywany okres życia w porównaniu z innymi, bardziej rozwiniętymi krajami Unii Europejskiej (UE). Obecnie mężczyźni żyją w Polsce krócej o ok. 7 lat, a kobiety

ty o blisko 3–4 lata od obywateli „starej” UE [3]. Oznacza to, że rezygnacja z pracy już 40-, 50-latków ma ważne, strukturalne i medyczne przyczyny.

Prognozowana modalna wieku dla Polaków, która będzie wynosić 67 lat w roku 2050, zmieni całkowicie strukturę kadry pracowników [3, 7]. Można przyjąć, że do roku 2035 ¼ ogólnej populacji będzie w wieku 65+, a w roku 2050 – aż ⅓, przy czym utrzymanie ich aktywności zawodowej – przynajmniej w części – stanie się priorytetem w Polsce. Obywatele polscy staną się prawdopodobnie w ogóle najstarszą nacją w UE. Według tych wyliczeń średnia wieku pracowników **przekroczy 50. r.ż.** To wyjątkowo niekorzystny, z punktu widzenia ryzyka zaburzeń psychicznych, zbieg okoliczności – potrzeba nadrobienia ekonomicznych zapóźnień w rozwoju cywilizacyjnym Polski, a równocześnie starzenie się kadry pracowników.

Oznacza to tylko, że muszą powstać mechanizmy przeciwdziałania zagrożeniom zdrowotnym dla pracowników, w tym zagrożeniom dla ich zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem stresu w pracy.

Dlaczego tak kluczowa jest kondycja zawodowa, zwłaszcza osób określanych jako znajdujące się na **przedpolu wieku emerytalnego**? Termin ten można w różny sposób definiować [8, 33], w szczególności jako populację osób **po 50. r.ż. aż do czasu przejścia na emeryturę**. Można jednak zastanawiać się nad przesunięciem tej granicy niżej – do 45. r.ż. – lub wyżej – do 55. r.ż. Granica 45 lat jest szczególnie wyraźnie widoczna jako początek rezygnacji z zatrudnienia w przypadku kobiet i jest to trend utrwalony od kilkudziesięciu lat nawet w stabilnie rozwijających się krajach [34]. Także w Polsce początek trendu rezygnacji z zatrudnienia dotyczy populacji mężczyzn i kobiet w wieku 45–49 lat [35].

Polska ma jeden z niższych wskaźników aktywności zawodowej osób powyżej 50. r.ż. wśród krajów Unii Europejskiej. Prawie 70% tych osób nie pracuje w ogólnym systemie, podczas gdy np. w Szwecji jest to zaledwie 30%, w Danii 40%, a w Finlandii niecałe 50% [8]. Ten trend wychodzenia z zawodu, zapoczątkowany ok. 50. r.ż., prowadzi w Polsce do sytuacji, w której pracę zarobkową wykonuje mniej niż co czwarta osoba w wieku 60–64 lat i mniej niż 5% osób powyżej 64 lat [8]. W sytuacji starzenia się społeczeństwa i deficytu nowych, młodych pracowników **praktycznie jedyną rezerwą systemową na pozyskanie kadr do pracy jest i będzie aktywizacja zawodowa osób na przedpolu emerytury, czyli utrzymanie aktywności zawodowej osób od ok. 45.–50. r.ż.** Stopa bezrobocia po odsezonowaniu w październiku 2017 r. wynosiła 6,85%. Gospodar-

ka zaczyna się dusić od braku pracowników, zwłaszcza w przedsięwzięciach strategicznych. W tej sytuacji można jedynie wykorzystać osoby znajdujące się w rezerwie wiekowej.

Aktywność zawodowa populacji 55–64-latków wzrosła w całej UE w latach 2013–2014 z 50,1% do 51,8%. W Polsce odpowiadające wskaźniki w tym czasie to **40,6% i 42,5%**, a więc były one niższe o 1/5 od średnich europejskich [9]. Należy podkreślić, że szczególnie odbiegają od średniej wskaźniki dla kobiet (2014 r.: UE – 45,2%, Polska – 32,9%). Jednocześnie wśród osób łączących pobieranie emerytury z pracą zarobkową (co 7. emeryt) przeważają właśnie kobiety (53%), co tylko obala mit, iż wcześniejsze emerytury kobiet są wynikiem jakiejś nieprzewidywalnej tradycji zajmowania się domem [10]. Polskie wskaźniki są zbliżone do krajów południowej Europy, natomiast odbiegają znacząco od wszystkich najbliższych geograficznie sąsiadów Polski, np. zatrudnienie kobiet w Niemczech (60%) było aż 2 razy większe niż w Polsce w roku 2014 [9].

Niestety, biorąc pod uwagę przywrócenie poprzednio obowiązującego wieku emerytalnego w Polsce i związany z tym exodus z zakładów kilkuset tysięcy pracowników w ostatnich miesiącach 2017 r., trudno oczekiwać, by wskaźniki krajowe uległy zbliżeniu do średnich europejskich. Będzie zapewne odwrotnie. Oznacza to pilną konieczność poprawy jakości pracy, w tym ograniczenia stresu w pracy, wszystkich pracowników, którzy nadal pozostają w systemie.

W roku 2050 prawdopodobnie ⅓ populacji będzie pracować na pozostałe ⅔ populacji [4]. Taka sytuacja toruje drogę do **wypalenia zawodowego i depresji** oraz do takich patologii jak absentyzm i prezentyzm [11]. Tymczasem jakiegokolwiek próby łatania braków w zatrudnieniu poprzez wzrost czasu pracy nie będą miały żadnego sensu w Polsce, ponieważ Polacy należą już obecnie do najbardziej zapracowanych narodów świata (2. miejsce w Unii Europejskiej, 6. miejsce na świecie) [12]. To zapracowanie jest samo w sobie źródłem pogarszania się kondycji psychospołecznej.

Populacja pracowników na przedpolu wieku emerytalnego ma wiele szczególnych cech.

W populacji **45–64-latków najszybciej współcześnie narasta zjawisko samotności, a więc w grupie osób nadal w pełni sprawnych i aktywnych**. Samotność jest pod wieloma względami niekorzystna zdrowotnie, w tym psychopatologicznie, a także co do gotowości do pracy [13]. Samotność jest rezultatem bliskich sobie procesów, któ-

re decydują o wypadaniu z rynku pracy. Osoby samotne (pierwotnie, rozwiedzione, w separacji czy już owdowiałe) cierpią częściej na depresję (13,3%) niż osoby pozostające w związkach (6,3%) [14]. W studiach europejskich widoczny jest istotny wzrost udziału osób samotnych po 51. r.ż. [15]. Z nowych badań wynika, że najstarsi Polacy identyfikują się jako osoby samotne częściej, niż można by sądzić na podstawie popularnych poglądów o rozpadzie związków rodzinnych w zamożniejszych społeczeństwach UE, np. we Francji, w Belgii czy Niemczech [15].

W Polsce bezwzględnie najwyższe i nadal rosnące **ryzyko samobójstw dotyczy osób w wieku 50–64 lat**, a więc ponownie na przedpolu wieku emerytalnego. To ponownie podkreśla, jakemu stresowi poddawana jest właśnie ta grupa wiekowa [16]. O większości ofiar zamachów samobójczych można powiedzieć, że często wcześniej zostały one wykluczone w różny sposób ze swojego środowiska, utraciły pracę czy wsparcie w rodzinie.

Za zmieniającym się stylem życia idą w parze wyczerpujące zmiany w całokształcie funkcjonowania jednostki i jej społecznego usytuowania oraz zmieniają się statystyki chorób – odnotowuje się i przewiduje coraz więcej chorób: krążeniowych, metabolicznych, onkologicznych oraz neuropsychiatrycznych [1]. Niektórzy autorzy proponują termin „**zespół cywilizacyjny**” dla podkreślenia odrębnego, specyficznego wpływu obecnej cywilizacji (a nie tylko mechanizmu stresu jako takiego) na kształtowanie chorób [17, 18]. O zjawiskach takich, jak: **przepracowanie, wypalenie, samotność czy wykluczenie społeczne**, wprawdzie rozmawia się często, jednak traktuje niesłusznie jako zagadnienia niemedyczne, a w szczególności niepsychiatryczne, bardziej kulturowe czy socjologiczne. Tak jednak nie jest. Wszystkie te zjawiska mają w istocie wspólną przyczynę, tj. nieradzenie sobie z przewlekłym, złożonym **stresem cywilizacyjnym** [18]. Wyzwaniem jest projektowanie własnego życia tak, by zbilansować zasoby. Krótkotrwały stres, jako czynnik mobilizujący, pozostaje zjawiskiem prorozwojowym. Natomiast w sytuacji stresu przewlekłego dochodzi do niekorzystnych zmian adaptacyjnych: społecznych, zdrowotnych i zawodowych. Mechanizm ten został precyzyjnie opisany w chorobach somatycznych – w zespole metabolicznym [19]. Jednak podobne zjawiska dotyczą zjawisk psychicznych, które mogą w sposób niekorzystny zespałać się, kumulować i wzajemnie nasilać, także we współistnieniu z chorobami somatycznymi i wypadaniem z rynku pracy.

Współcześnie możemy mieć do czynienia ze skomplikowaną sytuacją: zespołem nowych, cywilizacyjnych stresorów i nowego typu odpowiedzi na nie. Tak powstała w lite-

raturze koncepcja **zespołu stresu cywilizacyjnego** albo **zespołu cywilizacyjnego** [3, 17]. Nowa koncepcja postuluje, że patologiczny stres nie jest wyjątkiem w życiu, lecz z powodów cywilizacyjnych oddziałuje praktycznie stale i w sposób kumulujący się. Ciężkość stresu jest więc przede wszystkim funkcją jego długotrwałości. W tym modelu, o ile nie zapewnimy optymalnych, zrównoważonych warunków funkcjonowania w domu i w pracy, **przedłużający się czas życia staje się swoistą pułapką – przedłuża jedynie okres oddziaływania stresu**.

RODZAJE RYZYKA ZDROWOTNEGO DLA POLSKICH PRACOWNIKÓW

1. największy w UE i drugi na świecie udział umów czasowych i zbliżonych do nich umów o niskiej jakości respektowania praw pracowniczych („śmieciowych”) [20]
2. druga największa czasowo liczba godzin przypadająca na jednego zatrudnionego pracownika wśród krajów UE [21]
3. jedna z najniższych (#23 na liście krajów UE) aktywność pracowników na przedpolu wieku emerytalnego (55.–64. r.ż.) [9]
4. jeden z najniższych wskaźników umów na część etatu wśród krajów OECD [22].

W warunkach polskich mamy więc do czynienia **zarówno z problemami nadmiernego, wręcz patologicznego, zaangażowania w pracę, jak i masowego odchodzenia od zatrudnienia** (od 45.–50. r.ż.). Bardzo trudna ze względu na wielość czynników jest ocena jakościowa warunków pracy [23]. Na przykład wiemy, że doświadczenie stresu związanego z sytuacją ekonomiczną skutkuje rozwojem zaburzeń psychicznych nawet za kilkadziesiąt lat [24]. Tego typu procesy, zarówno pogorszenia, jak i poprawy funkcjonowania w pracy, rozwijają się całymi latami i są przez to bardzo trudne do zmierzenia [25]. Oznacza to jednak tylko, że motywacja do zatrudnienia będzie wynikiem całej historii indywidualnej i generacyjnej.

Przepracowanie wymusza sięgnięcie do jedynej rezerwy czasu, jakim jest sen. Tak zresztą dzieje się nie tylko w Polsce; taka jest cena za intensywny rozwój [26]. Tymczasem skróceniu snu towarzyszy **wzrost ryzyka otyłości, miażdżycy, chorób układu krążenia, stanów zapalnych, wzrost ryzyka śmierci** [26], a także wzrost ryzyka **zaburzeń emocji** [27]. Ustalono związek niskiej samooceny ze skracaniem snu; w konsekwencji także związek z częstością występowania **przewlekłej depresji**: w podgrupie śpiących 5 godzin lub mniej częstość występowania przewlekłej depresji wzrasta niemal 7-krotnie [28]. Nawet niewielkie zakłócenie snu, jak przestawienie czasu letnie-

go i zimowego (by lepiej dostosować się do godzin pracy), skutkuje wzrostem ryzyka zawału [28].

STRES W PRACY

Występuje wiele postaci zaburzeń – związanych ze stresem – specyficznych dla pracy. Zasadne jest mówienie o zaburzeniach cywilizacyjnych, np. o depresji cywilizacyjnej. Powstają one **w wyniku nierównowagi stresu i zasobów wewnętrznych**, jako wynik swoistej gry czynników środowiskowych, niewłaściwego stylu życia, przecpracowania, wypalenia, ograniczeń snu, powikłań somatycznych, bilansu korzystnych i niekorzystnych decyzji.

Paradoksalnie więc ta sama cywilizacja, która zapewnia ludziom przeżycie, obecnie już blisko 100-letnie, może warunkować powstawanie zaburzeń cywilizacyjnych. **Dobrostan emocjonalny, rozumiany jako wysoka motywacja do celowego działania i satysfakcja z tej aktywności, okazuje się deficytowym, wyczerpywalnym dobrem.** Stan wyeksploatowania własnych zasobów, głównie pracą, jest taką samą chorobą cywilizacyjną jak cukrzyca czy osteoporoza, tzn. sukces długowieczności doprowadził do przekroczenia naturalnych, wydajnych wcześniej mechanizmów kompensacji i regeneracji.

Zdolności regeneracyjne i adaptacyjne osób starszych maleją po 40. r.ż. Z wiekiem dochodzi do **kumulacji skutków stresu**, inkorporacji cech depresyjnych do osobowości, przekształcania niekorzystnych nawyków i zachowań, jak pracoholizm i wypalenie, w jawne klinicznie zaburzenia, w tym w różne formy zaburzeń depresyjnych. Praktycznie należałoby mówić o depresjach cywilizacyjnych, tak jak się mówi o zespole cywilizacyjnym w chorobach somatycznych [17, 18]. Należy też podkreślić, że kobiety są bardziej podatne na tego typu przewlekłe działanie stresu. W rezultacie o kilka lat wcześniej wypadają z rynku pracy i częściej chorują na zaburzenia emocji, w tym na depresję, w porównaniu z mężczyznami.

Unia Europejska prowadzi od roku 2004 systematyczne badania oceniające jakość funkcjonowania w drugiej połowie życia (program SHARE: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) [30]. W kolejnych edycjach tych badań uczestniczyło dotychczas ponad 100 tys. osób z 20 krajów Europy i Izraela powyżej 50. lub 55. r.ż. Szczególnym celem programu jest monitoring kondycji osób przechodzących na emeryturę. Polska uczestniczy w badaniach SHARE od roku 2007.

SHARE ujawnił, że w kolejnych pokoleniach utrwała się traumatyczny zapis, swoista pamięć takich wydarzeń-stre-

sorów jak kryzysy ekonomiczne i zawodowe, co z kolei manifestuje się nawet po kilkudziesięciu latach obniżoną sprawnością poznawczą (już w populacji 50+) [24]. Z tym wnioskiem łączą się obserwacje pochodzące z IV rundy programu SHARE, że **Polacy w wieku 50+ są osobami o względnie najmniejszej aktywności w ogóle w porównaniu z innymi krajami UE.** W Polsce zidentyfikowano jako osoby bierne **ponad 4/5 tej populacji.** Równocześnie Polska ma **największy udział w UE osób 50+ spostrzegających siebie jako osoby doświadczające objawów depresji (ok. 1/3 tej populacji).**

Można byłoby założyć, że forsowna transformacja gospodarcza Polski zapisała się niekorzystnie w całym pokoleniu ludzi (przejście od PRL do gospodarki rynkowej, recesja lat 90., wejście do UE i obciążające doganianie w rozwoju innych krajów UE). Osoby te wypadają zdecydowanie gorzej w testach płynności mowy i odtwarzaniu słów w porównaniu z obywatelami innych krajów europejskich. Jak wiadomo, tego typu zaburzenia poznawcze są bardzo złym prognostykiem zarówno dla występowania depresji (zwłaszcza postaci inwolucyjnej), zaburzeń otępiennych i długości życia w ogóle. Nietrudno w tym kontekście zrozumieć niechęć części polskiego społeczeństwa, żyjącego w poczuciu utraty sił witalnych, do projektów wydłużania wieku emerytalnego oraz motywacji do pracy w ogóle.

Człowiek może nabywać z wiekiem umiejętności do pozytywnego kształtowania stylu życia, ochrony i bilansowania dobrostanu emocjonalnego. Te nabyte umiejętności – by były skuteczne – muszą wykraczać poza zwykłe unikanie sytuacji stresujących. **Samo „unikanie” stresu jest w zasadzie niemożliwe**, a nawet może stać się źródłem niekorzystnych trendów społecznych, jak można byłoby interpretować masowe w Polsce wychodzenie z zatrudnienia w wieku 45–50+ [8]. Działania „naprawcze” mogą przyjmować formę złożonej rehabilitacji kompetencji społeczno-zawodowych, z których najważniejsze działania powinny koncentrować się na dążeniu do wzrostu motywacji do działania.

Wydłużenie aktywnego zawodowo życia stworzyło sytuację szczególną, gdzie coraz bardziej nieadekwatny staje się podział na trzy okresy życia: młodość, dorosłość i starość. Obecnie pomiędzy dorosłością i starością tworzy się coraz większa, odrębna generacja. Są to osoby, które mogą być w pełni sprawne psychofizycznie i zawodowo, o ile wdroży się działania motywujące tę grupę. Osoby te mogą przez długi czas praktycznie nie doświadczać skutków stresu i starzenia się, ponieważ potrafią je w różny sposób skompensować, zwłaszcza w sytuacji profesjonalnego wsparcia medycznego. Zaangażowanie w pracę populacji 45–50+ musi być znacznie większe. Zwiększenie aktywno-

ści zawodowej tych pracowników musi zakładać działanie wielostronne, w tym i prozdrowotne. Nakłada to na regulatorów i pracodawców obowiązek swoistego **zarządzania wiekiem**, np. poprzez przeciwdziałanie wykluczeniu („ageizm”) czy poprzez umożliwienie elastycznego i optymalnego dla pracownika czasu pracy.

Przeciwdziałanie wykluczeniu. Poczucie wykluczenia jest prawdopodobnie czynnikiem spustowym i niezbędnym w przypadku każdej indywidualnej rezygnacji z pracy. Może to być wykluczenie edukacyjne, informacyjne, informatyczne, technologiczne, zarządcze, cywilizacyjne, intelektualne, emocjonalne, poznawcze, ale także towarzyskie czy społeczne. Kluczowe jest więc w procesie rehabilitacji przywrócenie poczucia godności, uczestnictwa w funkcjonowaniu społecznym, w tym zawodowym. Jak wskazują wyniki unijnego badania SHARE, Polacy znajdują się w tym zakresie w zdecydowanie gorszej sytuacji zdrowotnej w porównaniu z innymi krajami europejskimi [30]. Potrzebne jest więc fachowe wsparcie.

Badania na dużych populacjach pokazują, że optymalne obciążenie pracą wynosi 25 h tygodniowo w populacji powyżej 40. r.ż. [31]. „Optymalne” oznacza takie obciążenie, przy którym pracownicy funkcjonują najsprawniej poznawczo, a w konsekwencji – zawodowo i społecznie. Prawdopodobne zmniejszenie czasu pracy dla osób powyżej 50. r.ż. mogłoby zwiększyć ich motywację do zatrudnienia. Tego typu rozwiązania są testowane obecnie przez szwedzkie samorządy, np. w Malmö, najwyraźniej bez spadku wydajności pracy. Innym rozwiązaniem byłaby popularyzacja zatrudnienia na część etatu. Ta forma jest niemal niestosowana w Polsce – 7,7% ogółu pracowników, co umiejscawia nasz kraj na 44. miejscu wśród najbogatszych 50 krajów świata [22]. Pierwsza na tej liście Holandia ma aż 38,5% pracowników zatrudnionych na część etatu.

Główny wniosek jest więc taki, że **zwiększenie motywacji pracowników do utrzymania zatrudnienia jest w podstawowym stopniu zależne od ich kondycji psychicznej.** W tej sytuacji po stronie działań prozdrowotnych należy wskazać konieczność realizacji **programu** fachowej profilaktyki i rehabilitacji społeczno-zawodowej, ukierunkowanego na motywację do utrzymania zatrudnienia. Program, by był powszechny, musi uwzględniać przede wszystkim **oparcie się na nowych technologiach, w tym technologiach internetowych.**

Niedawna próba podwyższenia wieku emerytalnego w Polsce do 67. r.ż. była działaniem bez zrozumienia lęków i motywacji społecznych. Faktycznie powyżej 64. r.ż. pracuje na etacie tylko 5% Polaków [8]. W tej sytuacji kon-

frontacja z tak powszechnym lękiem musiała zakończyć się porażką – po wyborach reformę wycofano. Charakterystyczne jest, że podwyższenie wieku emerytalnego argumentowano pozornie logicznie, jako ochronę wysokości przyszłych świadczeń. Jednak nie mogło to zmienić głębokich, emocjonalnych motywacji społecznych. Polacy mogliby zaakceptować wyższy wiek emerytalny, ale nie byli w stanie zaakceptować tego, że będą pracować **w taki sam sposób** jak dotychczas, a więc w nadmiernym obciążeniu stresem cywilizacyjnym.

To poziom przeżywanego stresu zmienia sytuację jakościową polskich pracowników. Polski model pracy waha się od przepracowania (2. miejsce co do liczby godzin pracy w UE) do masowej rezygnacji z pracy etatowej w przedziale wiekowym 55–64 lata (25. miejsce według udziału pracujących w UE). Bardziej właściwie określając, **to model od eksploatacji do wypalenia.** Poczucie utraty wewnętrznych zasobów (sił życiowych) determinuje decyzje odnośnie do powszechnej rezygnacji z dalszego zatrudnienia.

Polska jest zmuszona dokonać praktycznie natychmiast odwrócenia o 180 stopni polityki wypychania osób z rynku pracy, realizowanej po roku 1989. Pomimo oficjalnych deklaracji i pomijając kampanie informacyjne [32], żaden powszechny, celowy program psychospołeczny nie jest realizowany w tym zakresie. Również żadne ogólnopolskie projekty nie oddziałują pozytywnie w sposób pośredni, o czym świadczą cytowane powyżej dane nt. utrzymującej się ucieczki z rynku pracy. Polska nie zrealizowała założeń strategii lisbońskiej w zakresie wzrostu do poziomu 50% zatrudnienia osób w wieku 55–64 lat [5]. Postulat ten zresztą został pominięty w kolejnej strategii „Europa 2020”, ponieważ kraje „starej” UE już go zrealizowały, ale nie Polska.

W Polsce w ramach programu „Kapitał ludzki” współfinansowanego za pośrednictwem środków Europejskiego Funduszu Społecznego podejmowano lokalne inicjatywy promujące zatrudnienie osób wykluczonych [5]. Wartość tych społecznych projektów polegała głównie na nagłośnieniu problemu, natomiast trudno mówić o efektach gospodarczych wobec ogólnie znanych niekorzystnych wskaźników. Poza tym **przywracanie do pracy jest dalece trudniejsze niż przeciwdziałanie jej utracie.** Doradztwo zawodowe czy szkolenia niemal zawsze obłożone żądaniem, by dotyczyły osób już bezrobotnych, chociaż wydają się jakoś uzasadnione, są faktycznie spóźnione. Ta oferta – już po utracie pracy, po długotrwałym wykluczeniu – ma po prostu ograniczone szanse powodzenia.

Tymczasem programy regionalnej aktywizacji (typu „Restart” I, II, III) wydają się zlepkiem życzeń, sprzeczności

i działań pozornych. To programy adresowane praktycznie tylko do osób bezrobotnych lub niemających własnej firmy od co najmniej 12 miesięcy, ale równocześnie do osób mających cechować się przedsiębiorczością, zdolnością do poradzenia sobie ze skomplikowanym rynkiem; a przy tym projekty mające wpisywać się w regionalne, inteligentne specjalizacje, chociaż równocześnie mające być łatwym do zrealizowania przez jednostkę pomysłem wdrożeniowym; oferujące środki niewiele większe niż te, które dają urzędy pracy (maksymalnie do 40–50 tys. zł) etc. Te idealistyczne założenia nie biorą pod uwagę podstawowych kwestii dotyczących stanu psychicznego – stanu motywacji uczestników, sytuacji emocjonalnej tych osób od dawna pozbawionych pracy, żyjących w długotrwałym stresie, w warunkach wykluczenia społecznego i wszelkich konsekwencji z tym związanych. Zdecydowanie łatwiej więc zapobiegać wyjściu pracowników z rynku niż ich potem aktywizować.

Stres w pracy – modele diagnostyczne

Omówione przesłanki (zakres oddziaływania zjawiska, ocena rodzajów ryzyka, możliwości przeciwdziałania, doświadczenia z innymi projektami) legły u podstaw konstrukcji niniejszego programu.

Z punktu widzenia medycznego (psychiatrii społecznej) jest to projekt klasyczny (cel – metoda – rozwiązanie), przy czym każdy z tych elementów pozostaje innowacyjny, ponieważ ani ocena jakości pracy nie była dokonywana dotychczas pod tym kątem, ani nie oferowano metody do diagnostyki (narzędzi online), ani pomocy w okresie, w którym prewencja faktycznie pozwala na uniknięcie najpoważniejszych konsekwencji psychospołecznych i psychopatologicznych.

W szczególności przyjęto, że:

- Stres pracowniczy (cywilizacyjny) nie jest poprawnie (fachowo) identyfikowany.

WNIOSEK: należy udostępnić pracownikom odpowiednie narzędzia diagnostyczne.

- Dostęp do narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych jest w ramach konwencjonalnego poradnictwa ograniczony.

WNIOSEK: interwencje online pozwalają rozszerzyć dostęp do narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych

- Zaburzenia cywilizacyjne u pracowników mają długotrwałą dynamikę, stopniowo ewoluując w kierunku postaci coraz cięższych.

WNIOSEK: interwencje przeprowadzone odpowiednio wcześniej zmniejszają ryzyko rezygnacji z zatrudnienia.

- Kryzys pracowniczy kumuluje się i przenosi stres w pozostałe obszary funkcjonowania.

WNIOSEK: efektywną w przypadku tego projektu interwencją psychospołeczną, przeciwdziałającą rezygnacji z zatrudnienia, będzie oddziaływanie kompleksowe, systemowe – wykorzystujące łącznie techniki informatyczne, społeczne i medyczne, zorientowane na wzrost motywacji pracowników.

Jednocześnie nie można zaniedbać pozostałych, społecznych źródeł stresu. Problemy psychospołeczne mogą być zapoczątkowane w rodzinie, a problemy w pracy być ich końcowym efektem. Pracoholizm może np. brać swoje źródło w zachowaniach kompensacyjnych, przeniesionych z innych obszarów.

- Stres pracowniczy oddziałuje długotrwale, wywołując początkowo skutki psychologiczne i społeczne, a następnie w coraz większym stopniu skutki kliniczne.

WNIOSEK: właściwe jest udostępnienie narzędzi o potencjalnie klinicznym ze względu na obecność skutków klinicznych procesu. Niezbędne jest bezproblemowe połączenie poradnictwa zawodowego z portalem medycznym.

DIAGNOSTYKA ONLINE

Opracowano i zweryfikowano specjalistyczny model funkcjonalny portalu klienckiego (telemedycznego). Dostępność do treści portalu ma 3 poziomy:

- ogólnodostępny
- po zalogowaniu wstępnym
- po zalogowaniu do portalu medycznego.

Taka konstrukcja wynika z zamiaru, by nie ograniczać uczestnictwa wstępnego. By każdy, w sposób anonimowy, z poczuciem bezpieczeństwa, nie naruszając swojej godności, mógł dokonać wstępnej oceny. Dopiero zainteresowani aktywnym udziałem otrzymywaliby dostęp po zalogowaniu. Jednak uczestnicy nadal unikaliby sformalizowanego akcesu jako pacjenci. Także w tym przypadku chodzi o największą dostępność do systemu, bez obciążania etykietą statusu chorego. Na trzecim etapie, o ile uczestnicy chcieliby uzyskać kwalifikowaną pomoc, dokonać sformalizowanej diagnozy, podjąć działania medyczne etc., mogliby świadomie skorzystać z etapu kierującego do rozwiązań w ramach świadczeń telemedycznych lub usług klasycznych. Na etapie medycznym, wiążącej diagnozy i ścisłych

zaleceń terapeutycznych, nie ma możliwości udzielania pomocy innej niż w postaci sformalizowanej, a więc z pełną, formalną rejestracją.

NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE

Wszystkie narzędzia zostały zwalidowane w projekcie/grancie unijnym, RPMA.01.02.00-14-5594/16, pod nazwą „Systemy informatyczne wspierające leczenie zaburzeń psychicznych”, w ramach którego Warszawski Uniwersytet Medyczny był odpowiedzialny za część naukową, a pierwszym autorem był kierownikiem projektu.

Wyłoniono zestaw powiązanych ze sobą narzędzi telemedycznych.

Na rycinie 1 przedstawiono Skalę Pracoholizmu, 6-punktowe narzędzie, z 6-poziomą oceną nasilenia zjawisk/objawów.

Rycina 1. Skala Pracoholizmu.

Pracoholizm		0	1	2	3	4	5
		nigdy	bardzo rzadko	rzadko	czasem	często	bardzo często
1	Obiecujesz sobie, że będziesz pracować mniej						
2	Jeśli nie pracujesz, odczuwasz dyskomfort						
3	Mając wolne dni od pracy, nie udaje ci się wypocząć						
4	Inni doradzają ci, by zredukować ilość pracy						
5	Nie masz zainteresowań poza pracą						
6	Z powodu pracy powstają szkody w twoim życiu osobistym						

Kolejne narzędzie ogólnodostępne w modelu to Skala Przewlekłego Zmęczenia (ryc. 2). To 8-punktowe narzędzie, o 6-poziomym systemie oceny nasilenia.

Rycina 2. Skala Przewlekłego Zmęczenia.

Przewlekłe zmęczenie		0	1	2	3	4	5
		nigdy	bardzo rzadko	rzadko	czasem	często	bardzo często
1	Zmęczenie jest odczuwane jeszcze przed rozpoczęciem czynności						
2	Zmęczenie przeszkadza w normalnym funkcjonowaniu						
3	Zmęczenie utrudnia mi dotrzymanie ważnych zobowiązań						
4	Nie podejmuję wielu zadań, bo wiem, że ich nie wykonam						
5	Zmęczenie ujawnia się u mnie zaraz po przebudzeniu						
6	W normalnym funkcjonowaniu przeszkadzają mi dolegliwości bólowe						
7	Zmęczenie powoduje trudności w życiu prywatnym						
8	Zmęczenie powoduje poczucie osobistej niesprawności						

Kolejne dwa narzędzia odrębnie oceniają wypalenie ogólne i wypalenie zawodowe. Rozróżnienie jest zgodne z ewolucją tego pojęcia i pociąga za sobą odpowiednie uspecyfikowanie pomiarowe obu narzędzi. Wypalenie okazuje się nośną koncepcją, niekoniecznie związaną ze skutkami za-

trudnienia. Jego źródłem może być np. sytuacja rodzinna lub inna wyczerpująca zależność. Stąd rozróżnienie.

Skala Wypalenia to narzędzie 10-punktowe, o 6-poziomym systemie oceny (ryc. 3). To narzędzie kończy narzędzia ogólnodostępne (dostępne bez logowania).

Rycina 3. Skala Wypalenia.

Wypalenie		0	1	2	3	4	5
		nigdy	bardzo rzadko	rzadko	czasem	często	bardzo często
1	Czynności, które kiedyś dawały mi satysfakcję, już mnie nie cieszą						
2	Mam coraz mniejszą motywację do działania						
3	Nie mam satysfakcji z pracy						
4	Nie mam satysfakcji z życia domowego						
5	Zmuszam się, by cokolwiek zrobić						
6	Mam trudności we współpracy z ludźmi						
7	Odczuwam stałe zmęczenie						
8	To co robię, nie ma dla mnie sensu						
9	Czuję, że dłużej nie wytrzymam obecnego stanu						
10	Czuję, że muszę w sposób zasadniczy zmienić swoje życie						

Narzędzia dostępne po zalogowaniu

Z kolei Skala Wypalenia Zawodowego to narzędzie 7-punktowe, o 6-poziomym systemie oceny nasilenia (ryc. 4). To narzędzie jest dostępne już po zalogowaniu.

Istotną różnicą pomiędzy Skalą Wypalenia a Skalą Wypalenia Zawodowego jest inny skład kwestionariusza, odpowiednio odejmujący lub dodający składniki związane specyficznie z wypaleniem w pracy. Referencyjnie, w konstrukcji i walidacji, wykorzystano w związku z tym Podskalę Emocjonalnego Wyczerpania ze Skali Wypalenia według Maslach – w przypadku Skali Wypalenia („ogólnej”) – i *Oldenburg Burnout Inventory* – w przypadku Skali Wypalenia Zawodowego, która obejmuje zarówno wyczerpanie emocjonalne, jak i wycofanie behawioralne i psychiczne z aktywności zawodowej, a tym samym lepiej oddaje **późne** fazy, a więc już pełniej ukształtowanego wypalenia zawodowego.

Rycina 4. Skala Wypalenia Zawodowego.

Wypalenie zawodowe		0	1	2	3	4	5
		nigdy	bardzo rzadko	rzadko	czasem	często	bardzo często
1	Już rozpoczynając pracę, odczuwasz zmęczenie						
2	Zmuszasz się, by pracować						
3	Nie odczuwasz radości z pracy						
4	Praca utraciła dla Ciebie sens						
5	Współpracownicy męczą Cię swoją obecnością						
6	Praca zabiera całą Twoją energię życiową						
7	Obiecujesz sobie, że zrezygnujesz z obecnej pracy						

Kolejne narzędzie, Skala Stres w Pracy, ma skład 10-punktowy, o 6-poziomym systemie oceny nasilenia (ryc. 5).

To narzędzie jest dostępne już po zalogowaniu. Przyczyną przeniesienia skali poza logowanie była chęć uniknięcia indukowania wyjaśnienia problemów uczestnika wyłącznie poprzez kwestie związane ze stresem w pracy.

Rycina 5. Skala Stres w Pracy.

Stres w pracy		0	1	2	3	4	5
		nigdy	bardzo rzadko	rzadko	czasem	często	bardzo często
1	Nie czujesz się dobrze w pracy						
2	Nie masz wpływu na to, co dzieje się w pracy						
3	Masz za dużo zadań w pracy						
4	Tempo pracy jest za duże						
5	Twoja osobista sytuacja w pracy pogarsza się						
6	Sytuacja twojego zakładu pogarsza się						
7	Twój zakład jest źle zarządzany						
8	Praca wywołuje u Ciebie szkody						
9	Checesz zmienić zakład na inny, ale z podobną pracą						
10	Checesz w ogóle zmienić zawód						

Na koniec uczestnik wypełniałby Inwentarz Objawów Depresyjnych (ryc. 6). Jest to narzędzie 10-punktowe, z oceną 6-poziomą nasilenia zaburzeń.

Rycina 6. Inwentarz Objawów Depresyjnych.

Objawy depresyjne		0	1	2	3	4	5
		nigdy	bardzo rzadko	rzadko	czasem	często	bardzo często
1	Mam obniżony nastrój						
2	Nie mam zainteresowań lub przyjemności robiąc rzeczy zwykle dających taką przyjemność						
3	Mam spadek energii lub poczucie narastającego zmęczenia						
4	Tracę poczucie pewności siebie lub zaufania do własnych działań						
5	Mam nieuzasadnione wyrzuty sumienia lub poczucie winy						
6	Mam myśli o śmierci lub zachowania samobójcze						
7	Słabnie moja zdolność do myślenia lub koncentracji, utrudniając podejmowanie decyzji						
8	Mam zaburzenia aktywności jak pobudzenie lub spowolnienie						
9	Mam zaburzenia snu						
10	Mam zaburzenia apetytu						

Inwentarz został opracowany na podstawie kryteriów epizodu depresyjnego, ICD-10, i pozwala na ocenę nasilenia (częstości i aktualności) poszczególnych objawów.

WALIDACJA SKAL

Średnie wyliczone dla wszystkich pomiarów (łącznie z Inwentarzem Objawów Depresyjnych) wynoszą:

- Skala Pracoholizmu → średnia 17, SD 7,5
- Skala Przewlekłego Zmęczenia → średnia 19, SD 8,7
- Skala Wypalenia → średnia 29, SD 9,9
- Skala Wypalenia Zawodowego → średnia 16, SD 7,1

- Skala Stresu w Pracy → średnia 31, SD 12,5
- Inwentarz Objawów Depresyjnych → średnia 24, SD 11,7

Narzędzia diagnostyczne w projekcie zostały opracowane w wyniku przeprowadzenia oryginalnych badań z udziałem losowo dobranych **327 dorosłych osób** w wieku 18–73 lat (2017 r.).

Podstawą do stworzenia narzędzi (zbiorów) były referencyjne skale zgodne z zakresem kwestionariusza. Narzędzia referencyjne służyły ponadto do walidacji narzędzi. W szczególności wykorzystano je w celach metodologicznych (referencyjnych):

- *Bergen Work Addiction Scale*
- *Maslach Burnout Inventory* (Podskala Wyczerpania Emocjonalnego)
- *Oldenburg Burnout Inventory*
- *Fatigue Severity Scale*
- *Perceived Stress Scale*
- ICD-10-DCR.

Kwestionariusze/inwentarze były wstępnie konstruowane i badane metodą **sędziów kompetentnych**, z odpowiednią modyfikacją składu narzędzi.

Badano spójność pozycji wchodzących w skład poszczególnych narzędzi, czy określają, na ile pozycje wchodzące w skład wiązki są zbliżone, tj. czy badają tożsame zjawisko. Wszystkie narzędzia uzyskały poziom **Alfa Cronbacha** powyżej 0,7, umożliwiającą zastosowanie w praktyce klinicznej (co najmniej w ocenie skriningowej).

Badania **analizą czynnikową** każdorazowo wykazywały dla narzędzi istnienie jednego silnego czynnika (jednorodnego modelu) w odniesieniu do wszystkich narzędzi, trwałego nawet po przeprowadzeniu statystycznych uproszczeń macierzy (rotacji macierzy).

Wybór **częstości jako kryterium oceny intensywności** zjawisk był przyjęty ze względu na cel projektu. W przypadku badanych zjawisk główne znaczenie ma przewlekłość stresu, a więc intensywność czy też „gęstość” przeżyć stresowych. Mniej istotne natomiast są przeżycia jednorazowe, niezależnie od ich traumatycznej ciężkości.

Przyjęto jednolity, powtarzający się we wszystkich narzędziach **system punktacji** (typu stopniowalnej Skali Likerta) dla uproszczenia udzielania odpowiedzi (nigdy, bardzo rzadko, rzadko, czasem, często, bardzo często). Dzięki temu zmniejszono ryzyko powstawania błędów w samoocenie.

Podobnie, w celu ujednoczenia i uproszczenia, zastosowano **takie samo pytanie** dla wszystkich narzędzi i pozycji, tj. „Które stwierdzenia najtrafniej opisują Twoją aktualną sytuację?”. W procesie walidacji definiowano zagadnienie jako **aktualne**, nie wskazując, kiedy wystąpił jego początek.

Definicję zespołu depresyjnego uwzględniono w oryginalnym układzie dziesięciu kryteriów zgodnie z rozdziałem F3 Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10-DCR.

W kolejności, po weryfikacji formalnej narzędzi, przeprowadzono psychometryczne **badanie trafności** zastosowanych narzędzi, potwierdzające skuteczność zastosowanych metod. Wykorzystano do tego skale referencyjne i równoczesną ocenę ankietowanych za pomocą narzędzi projektowanych i referencyjnych.

Generalnie wszystkie wskaźniki korelacji r-Pearsona pomiędzy narzędziami projektowanymi a referencyjnymi przekroczyły 0,6, potwierdzając trafność merytoryczną konstrukcji nowych skal.

- Skala Pracoholizmu vs *Bergen Work Addiction Scale* → 0,78 r-Pearson
- Skala Przewlekłego Zmęczenia vs *Fatigue Severity Scale* → 0,73 r-Pearson
- Skala Wypalenia vs *Maslach Burnout Inventory* (Podskala Wyczerpania) → 0,67 r-Pearson
- Skala Wypalenia Zawodowego vs *Oldenburg Burnout Inventory* → 0,72 r-Pearson
- Skala Stresu w Pracy vs *Perceived Stress Scale* → 0,84 r-Pearson
- Inwentarz Objawów Depresyjnych vs HADS (Podskala Depresyjna) → 0,62 r-Pearson

Wszystkie korelacje były równocześnie wysoce istotne statystycznie, co ma formalnie podstawowe znaczenie, chociaż faktycznie mniejsze od uzyskanych korzystnych wyników wskaźników r-Pearsona.

Trafność leczenia uwarunkowana jest wprost trafnością diagnostyczną. Metodologicznie potwierdzono wysokie parametry opracowanych narzędzi diagnostycznych.

PODSUMOWANIE

W wyniku projektu/grantu, RPMA.01.02.00-14-5594/16, utworzono zwarty zestaw telemedycznych skal odnoszących się do opisu zjawisk określanych w piśmiennictwie jako zespół cywilizacyjny, tj. zaburzeń powiązanych ze współczesnym stylem życia.

Utworzono zespół powiązanych narzędzi pomiarowych do oceny **pracoholizmu, przewlekłego zmęczenia, wypale-**

nia, wypalenia zawodowego, stresu w pracy i nasilenia objawów depresyjnych. Dokonano walidacji skal psychometrycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Milken Institute [online: milkeninstitute.org/].
2. Waligórska M, Nowak L. Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych, Warszawa 2008.
3. GUS 2014. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Warszawa 2014.
4. NIK [online: nik.gov.pl/].
5. Kałuża-Kopias D. Osoby po pięćdziesiątym roku życia jako grupa w szczególnej sytuacji na rynku pracy. W: Kantowicz E, Orzechowska G (red). Zagrożone człowieczeństwo. T. II: Obszary zagrożeń człowieka w realiach współczesności. Impuls, Kraków 2012: 193-206.
6. Szweda-Lewandowska Z. Rynek usług opiekuńczych – perspektywy rozwoju w kontekście starzenia się populacji. *Optimum, Studia ekonomiczne* 2014; 68(2): 148-157.
7. Senat RP. Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki. Kancelaria Senatu, 2011 [online: senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/15/plik/ot-601.pdf].
8. ZUS. Wydłużony okres aktywności zawodowej pracowników 50+ a warunki pracy z uwzględnieniem obszarów, w których występuje zwiększone ryzyko wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz zagrożeń powodujących obniżenie zdolności do pracy. Zakład Ubezpieczeń Społecznych: Okres_aktywnosci_zawodowej_pracownikow_50_plus.pdf [online: http://www.zus.pl/files/Okres_aktywnosci_zawodowej_pracownikow_50_plus.pdf]. Pobrano 31.12.2016.
9. Eurostat Press Office. Employment rate of people aged 20 to 64 in the EU up to 69.2% in 2014. Eurostat New Release 81/2015 – 7 May 2015.
10. Lange M. Rynek pracy w obliczu starzenia się ludności Polski. W: Kowaleski JT, Szukalski P (red). Starzenie się ludności Polski – między demografią a gerontologią społeczną. Wydawnictwo UŁ, Łódź 2008: 49-70.
11. Stoyanova R, Harizanova S. Economic losses caused by burn-out syndrome among prison personnel in Bulgaria. *International Journal of Health Economics* 2013, 3.
12. Chrysopoulos P. OECD: Greeks are Hardest Working People in Europe [online: <http://greece.greekreporter.com/2015/04/21/oecd-greeks-are-hardest-working-people-in-europe/#sthash.qHZWkjDG.dpuf>]. Wersja: 29.07.2015
13. Raphael TJ. Singles now outnumber married people in America. *Lifestyle & Belief*, 14.09.2014. Wersja: 30.07.2015.
14. Olfson M, Blanco C, Marcus SC. Treatment of adult depression in the United States. *JAMA Intern Med* 29.08.2016.

- [online: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2546155>]. Pobrano 02.09.2016.
15. Hansen T, Slagsvold B. Late-Life Loneliness in 11 European Countries: Results from the Generations and Gender Survey. *Social Indicators Research* 2016; 129(1): 445-464.
 16. Policja. [online: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>].
 17. Björntorp P. Visceral obesity: a „civilization syndrome”. *Obes Res* 1993; 1(3): 206-222.
 18. Simon K. Civilization stress, cardiovascular risk, evidence-based medicine, guidelines. *Orv Hetil* 2009; 150(19): 895-902.
 19. Polska Agencja Prasowa, 21.01.2016
 20. OECD. Temporary employment 2013. [online: <https://data.oecd.org/emp/temporary-employment.htm>]. Pobrano 01.07.2016.
 21. OECD. Average annual hours actually worked per worker 2015. [online: <http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=ANHRS>]. Pobrano 02.01.2017.
 22. OECD. Part-time employment rate 2013. [online: <https://data.oecd.org/emp/part-time-employment-rate.htm>]. Pobrano 02.01.2017.
 23. OECD Employment Outlook 2014. [online: http://www.oecd-ilibrary.org/employment/oecd-employment-outlook-2014_emp_outlook-2014-en]. DOI:10.1787/empl_outlook-2014-en.
 24. Leist AK, Hessel P, Avendano M. Do economic recessions during early and mid-adulthood influence cognitive function in older age? *J Epidemiol Community Health* 2014; 68(2): 151-158.
 25. Marquié JC, Tucker P, Folkard S et al. Chronic effects of shift work on cognition: findings from the VISAT longitudinal study. *Occup Environ Med* 2015; 72(4): 258-264.
 26. Simpson NS, Banks S, Arroyo S et al. Effects of sleep restriction on adiponectin levels in healthy men and women. *Physiol Behav* 2010; 101(5): 693-698.
 27. Salo P, Oksanen T, Sivertsen B et al. Sleep disturbances as a predictor of cause-specific work disability and delayed return to work. *Sleep* 2010; 33(10): 1323-1331.
 28. Lollar J. Heart attacks rise following daylight saving time. *UAB News*: 6.03.2012. [online: <http://www.uab.edu/news/>].
 29. Łoza B. Uwarunkowania psychospołeczne depresji w drugiej połowie życia. W: Parnowski T (red). *Depresje w wieku podeszłym*. Medical Education, Warszawa 2016: 149-163.
 30. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. [online: <http://www.share-project.org/>].
 31. Kajitani S, McKenzie C, Sakata K. Use it too much and lose it? The effect of working hours on cognitive ability. *University of Melbourne. Working Paper* 2016: 7.
 32. Wyrównywanie szans na rynku pracy dla osób 50+. [online: <http://50plus.gov.pl/>]. Pobrano 05.01.2016.
 33. Łoza B, Polikowska M. Zespół cywilizacyjny. Nowe rozpoznanie i nowe metody oddziaływań terapeutycznych. *Neuropsychiatria* 2015; 8(3): 110-120.
 34. Łoza B, Polikowska M. Nowe koncepcje leczenia przeciwdepresyjnego. *Neuropsychiatria* 2016; 9(4): 128-132.

Adres do korespondencji

Bartosz Łoza
 Klinika Psychiatrii
 02-495 Warszawa, ul. Sosnkowskiego 18