

Zmiany funkcjonowania zawodowego i w związkach osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych ambulatoryjnie w obserwacji dwuletniej

Dynamics of occupational and relational functioning of outpatients with mental disorders in two-year observation

Joanna Rymaszewska¹, Justyna Mazurek²,
Joanna Szczepańska-Gieracha³

¹Pracownia Psychiatrii Konsultacyjnej i Medycyny Behawioralnej,
Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

²Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „REPTY”
Kierownik: dr n. med. K. Oleszczyk

³Katedra Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej,
Wydział Fizjoterapii AWF we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. M. Wozniowski

Summary

Objectives: The aim of the project was to assess changes of occupational and relational functioning within 2 years period of ambulatory treatment of persons suffering from different mental disorders.

Material and method: Outpatients (n=184) at the age of 18-54 from five diagnostic groups – according to ICD-10: psychotic disorders (F2), affective disorders (F3), anxiety disorders (F4), eating disorders (F5) and personality disorders (F6) were enrolled in the prospective study with 6, 12 and 24 months follow-up assessments. Functioning was evaluated by the Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) and the Global Assessment of Relational Functioning (GARF).

Results: In the whole group occupational and relational functioning improved during the two-year follow-up. At the time of recruitment to study the worst occupational functioning (SOFAS) was observed within the group schizophrenic patients and the best within neurotic group. In each diagnostic group SOFAS scores have improved over time. However, the groups F2 and F6 difference between the baseline and 24 months follow-up measurements was irrelevant statistically, whereas in the case of the other groups (F3, F4, F5) a significant increase

were observed. In all diagnostic groups except F6 the relational functioning has improved. Taking into account the results of the entire cohort, there was no association between occupational functioning and relationships and age, sex. The occupational and relational functioning was, however, strongly associated with the presence of negative and depressive symptoms, number of days on sick leave and level of education.

Conclusions: The results warrant further research, in-depth discussion on the recognition of occupational dysfunction, disability of social coping in relationships among people with mental disorders. The next step will be the introduction of appropriate after-effect in this regard.

Słowa kluczze: funkcjonowanie zawodowe, funkcjonowanie w związkach, zaburzenia psychiczne

Key words: occupational functioning, relational functioning, mental disorders

Wstęp

W ostatnich latach obserwuje się stale rosnące zainteresowanie problematyką niesprawności zawodowej wśród osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Wykazano, że okresy bezrobocia istotnie częściej występują wśród osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych w porównaniu z pacjentami z innymi schorzeniami [1]. Uważa się, że ponowne zatrudnienie jest jednym z najskuteczniejszych sposobów promocji zdrowia psychicznego wśród bezrobotnych [2, 3], a praca jest podstawowym mechanizmem radzenia sobie, nadającym cel i sens życia wielu osobom chorym psychicznie [4]. Autorzy podkreślają, że zrozumienie relacji, jakie zachodzą pomiędzy pracą zawodową oraz przebiegiem zdrowienia, jest kluczowe, a oferowane usługi opiekuńcze powinny umożliwiać osobom chorym psychicznie realizację stawianych celów i osiągnięcie w przyszłości sukcesu zawodowego [5]. Istotne wydaje się określenie ilości pracujących osób z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych, a także poziomu niesprawności zawodowej oraz wpływu czynników socjodemograficznych i klinicznych na proces rehabilitacji zawodowej.

Problem niesprawności zawodowej osób objętych psychiatryczną opieką zdrowotną charakteryzowano w literaturze zarówno w zakresie populacyjnym [6], jak i klinicznym, uwzględniając placówki różnego typu, jak np. szpitale [7, 8, 9], ośrodki ambulatoryjne [10, 11] czy też praktyki lekarzy rodzinnych [12, 13]. Funkcjonowanie zawodowe opisywano w odniesieniu do pacjentów cierpiących na depresję [12, 14, 15], zaburzenia dwubiegunowe [16], schizofrenię [10, 17–20], zaburzenia schizoafektywne [17, 21] i lękowe [22, 23], a także zaburzenia osobowości [24]. Znacznie mniej doniesień dotyczy problemu funkcjonowania w związkach pacjentów z nawracającą depresją i zaburzeniami afektywnymi [25, 26] lub schizofrenią [27]. Brakuje prac, które w długiej perspektywie czasowej analizują obie sfery funkcjonowania i to w różnych jednostkach chorobowych.

Nadal nie ma także jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy obecność schorzenia psychicznego skutkuje utratą pracy, czy też utrata pracy staje się czynnikiem spustowym rozwoju zaburzeń psychicznych. Z jednej strony wśród osób, które utraciły pracę, istnieje dwa razy wyższe ryzyko zachorowania na depresję w porów-

naniu z osobami, które utrzymały miejsce pracy [28]. Z drugiej strony pojawienie się choroby psychicznej u osób czynnych zawodowo zdecydowanie wpływa na pogorszenie ich funkcjonowania w pracy [29], a wskaźniki bezrobocia wśród tych pacjentów są trzykrotnie większe w porównaniu z osobami zdrowymi [30]. Nadal rzadkie są badania dotyczące tej problematyki, szczególnie z uwzględnieniem dynamiki funkcjonowania zawodowego i w związkach osób cierpiących z powodu różnych zaburzeń psychicznych.

Cel

Celem badania była ocena funkcjonowania zawodowego oraz w związkach osób leczonych ambulatoryjnie z powodu wybranych zaburzeń psychicznych z perspektywy dwuletniej obserwacji. Ponadto oceniono wpływ czynników socjodemograficznych i klinicznych na funkcjonowanie zawodowe i funkcjonowanie w związkach.

Material i metoda

Grupę badaną ($n = 184$) wyłoniono spośród wszystkich pacjentów zgłaszających się kolejno w okresie 15 miesięcy do czterech poradni zdrowia psychicznego we Wrocławiu, Świdnicy i Ząbkowicach na Dolnym Śląsku, którzy spełniali kryteria włączenia. Do badania zostały włączone osoby w wieku 18–54 lat z pięciu grup diagnostycznych według klasyfikacji ICD-10: zaburzeń schizofrenicznych (F2), zaburzeń afektywnych (F3), zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F4), zaburzeń odżywiania (F5) i zaburzeń osobowości (F6). Warunkiem uczestnictwa był brak orzeczonej niezdolności do pracy w momencie rekrutacji do badania oraz pisemna zgoda na udział w badaniu. Kryteriami wyłączającymi z badania były: uzależnienie od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, zespoły otepienne, poważne, przewlekłe schorzenia somatyczne oraz niezdolność do wyrażenia świadomej zgody na udział w badaniu. Badanie miało charakter prospektywny z pomiarami wykonywanymi w dniu włączenia do badania (T1), po 6 miesiącach (T2) i 12 miesiącach (T3) oraz po 2 latach (T4) od rekrutacji. W trakcie obserwacji w ramach leczenia psychiatrycznego stosowano standardową terapię oferowaną przez lekarza psychiatrę w poradni zdrowia psychicznego. W trakcie trwania projektu nie ingerowano w rodzaj prowadzonej terapii (psychofarmakoterapii i/lub psychoterapii). W pracy przedstawiono wyniki z pierwszego i ostatniego pomiaru oraz dynamikę funkcjonowania zawodowego (SOFAS) oraz funkcjonowania w związkach (GARF) dla wszystkich czterech punktów czasowych.

Narzędzia badawcze

W badaniu wykorzystano narzędzia z grupy instrumentów klasyfikacji psychiatrycznej DSM-IV. Do oceny funkcjonowania zawodowego posłużono się Skalą Oceny Funkcjonowania Społeczno-Zawodowego (Social and Occupational Functioning Assessment Scale – SOFAS). Punktacja zawiera się w przedziale 0–100 pkt., przy czym przedział

1–10 pkt. oznacza przedłużającą się niezdolność do utrzymania higieny osobistej, niezdolność do funkcjonowania bez wyrządzania szkody sobie lub innym bez znacznego wsparcia z zewnątrz, a 91–100 pkt. oznacza najlepsze funkcjonowanie w szerokim zakresie działań. SOFAS nie bierze pod uwagę nasilenia objawów psychopatologicznych. Skala jest wypełniana przez lekarza uwzględniającego informacje kliniczne.

Funkcjonowanie w związkach oceniano za pomocą Skali Globalnej Oceny Funkcjonowania w Związkach (Global Assessment of Relational Functioning – GARF). Punktacja mieści się w przedziale 0–100 pkt., a im więcej punktów, tym lepsze funkcjonowanie w związkach. Narzędzie to można używać do ogólnej charakterystyki funkcjonowania rodziny lub innego trwałego związku. Oba instrumenty były adaptowane do polskich warunków przez Wciórkę i wsp. [31].

Do oceny obecności i nasilenia objawów psychopatologicznych zastosowano Krótką Psychiatryczną Skalę Oceny (BPRS), jej ostatnią 24-punktową rewizję w wersji 4.0, która pozwala na ocenę nasilenia i rodzaju objawów psychopatologicznych. Każda pozycja oceniana była w skali od 1 (brak objawu) do 7 (bardzo ciężkie nasilenie danego objawu) [32]. W badaniu posłużono się także kwestionariuszem danych socjodemograficznych i klinicznych.

Metody statystyczne

Zgromadzony materiał badawczy poddano analizom statystycznym uwzględniającym jego zróżnicowanie, korzystając z oprogramowania R package 2.4.1. Normalność rozkładu danych weryfikowano przy użyciu testu Shapiro–Wilka. W zależności od charakteru danych podstawowe porównania dwóch prób zależnych przeprowadzono z wykorzystaniem testu t-Studenta dla grup zależnych lub jego nieparametrycznego odpowiednika – testu Wilcoxon. W porównaniach więcej niż dwóch prób, dla danych spełniających kryteria rozkładu normalnego, stosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA i test post-hoc Tukeya. W przypadku braku rozkładu normalnego (np. dla jednej zmiennej ciągłej i jednej zmiennej kategoriowej) stosowano ANOVA Kruskala–Wallisa. W celu zbadania liniowej zależności pomiędzy dwiema zmiennymi o rozkładzie normalnym obliczano współczynnik korelacji Pearsona. W przypadku odrzucenia hipotezy o rozkładzie normalnym obliczano współczynnik korelacji rangowej Spearmana. Do zbadania związku pomiędzy danymi o charakterze kategoriowym stosowano test χ^2 . W celu zbadania zależności pomiędzy jedną zmienną o charakterze liniowym (np. SOFAS) a zbiorem zmiennych niezależnych stosowano regresję liniową. Do analizy dopasowania modelu wykorzystano współczynnik dopasowania modelu R^2 .

Wyniki

Charakterystyka grupy

Wśród wszystkich pacjentów objętych badaniem ($n = 184$) najwięcej było osób, u których rozpoznano zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną ($n = 57$). Kolejne grupy pod względem liczebności stanowiły osoby z zabu-

zeniami afektywnymi ($n = 43$), osobowości ($n = 36$) oraz schizofrenicznymi ($n = 32$). Najmniej liczną grupę tworzyli pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania ($n = 16$).

Wiek badanych osób ($n = 184$) wahał się w przedziale 18–54 lat, średnio wynosił $34,8 \pm 11,3$ roku. Różnica między grupami była istotna statystycznie ($p < 0,001$). Najniższą średnią wieku ($23,7 \pm 4,6$) w porównaniu z pozostałymi pacjentami odznaczały się osoby z grupy F5, a najwyższą pacjenci z grupy F4 ($38,8 \pm 10,3$) i F3 ($38,7 \pm 11,9$). We wszystkich badanych grupach przeważały kobiety ($n = 132$, 71%). W przypadku zaburzeń odżywiania się kobiety stanowiły 100% ($n = 16$).

Wśród omawianych pacjentów najwięcej osób posiadało wykształcenie średnie ($n = 96$, 51,9%), a najmniej osób zakończyło edukację na poziomie podstawowym ($n = 16$, 8,6%). Poszczególne grupy rozpoznań nie różniły się istotnie pod względem poziomu wykształcenia ($p = 0,7$). Nie odnotowano także różnic pomiędzy grupami pod względem rodzaju wykonywanej pracy (fizyczna/umysłowa), $p = 0,28$. W trakcie dwuletniej obserwacji jedynie siedem osób nabyło prawa do świadczeń rentowych (3,8% badanych).

W stałym związku formalnym pozostawały 74 osoby (40%), w związku nieformalnym 24 osoby (13%), najmniej pacjentów znalazło się w grupie osób owdowiałych ($n = 6$, 3,3%). Odnotowano istotną różnicę pomiędzy grupami rozpoznań ($p < 0,001$). Najwięcej osób pozostających w związku partnerskim (formalnym lub nieformalnym) pochodziło z grup F3 i F4. Niemniej jednak – tylko 13 osób (7%) mieszkało samotnie. Różnica pomiędzy grupami rozpoznań była nieistotna ($p = 0,61$). Dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Dane socjodemograficzne w grupach diagnostycznych

	liczebność	wiek (\pm SD)	pleć K/M	wykształcenie p/z/s/w	praca f/u	stan cywilny 1/2/3/4/5	zamieszkanie w/s
F2	32	30,4 (\pm 9,5)	18/16	2/4/20/6	13/19	19/7/2/4/0	30/2
F3	43	38,7 (\pm 11,9)	33/11	5/8/21/10	17/27	10/22/7/3/2	43/1
F4	57	38,8 (\pm 10,3)	45/13	5/16/27/10	26/32	8/33/8/6/3	52/6
F5	16	23,7 (\pm 4,6)	16/0	1/2/9/4	3/13	13/1/0/2/0	15/1
F6	36	32,6 (\pm 10,6)	20/15	3/3/19/10	10/25	16/11/7/0/1	32/3
wartość p	$p < 0,001$	$< 0,001$	$< 0,01$	0,7	0,28	$< 0,001$	0,61

wykształcenie: p – podstawowe, z – zawodowe, s – średnie, w – wyższe

praca: f – fizyczna, u – umysłowa

stan cywilny: 1 – wolny, 2 – związek formalny, 3 – związek nieformalny, 4 – rozwiedziony,

5 – wdowiec

zamieszkanie: w – wspólnie, s – samodzielnie

Nasilenie objawów psychopatologicznych (BPRS)

Osoby badane ($n = 184$) uzyskały ogólny wynik w BPRS wynoszący średnio dla pierwszego pomiaru $1,6 \pm 0,4$, a dla kolejnych pomiarów odpowiednio $1,4 \pm 0,3$, $1,3$

$\pm 0,3$ i $1,3 \pm 0,3$. Istotna zmiana wartości BPRS nastąpiła pomiędzy T1 i T2 ($p < 0,001$), a w kolejnych pomiarach wynik utrzymywał się na stabilnym poziomie zbliżonym do T2. Zarówno w T1, jak i T4 stwierdzono istotne różnice pomiędzy grupami diagnostycznymi. W obu punktach pomiarowych największe nasilenie objawów psychopatologicznych stwierdzono w grupie z rozpoznaniem zaburzeń schizofrenicznych, a najmniejsze u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi (tab. 2). Nasilenie objawów psychopatologicznych (T1 vs T4) we wszystkich grupach diagnostycznych, oprócz F6, istotnie zmalało ($p < 0,05$).

Tabela 2. Nasilenie objawów psychopatologicznych (BPRS), funkcjonowanie społeczno-zawodowe (SOFAS) oraz funkcjonowanie w związkach (GARF) dla pomiarów T1 i T4 w grupach diagnostycznych

	F2	F3	F4	F5	F6	wartość p
BPRS T1	1,8 ($\pm 0,5$)	1,7 ($\pm 0,4$)	1,4 ($\pm 0,3$)	1,6 ($\pm 0,2$)	1,5 ($\pm 0,3$)	0,001
BPRS T4	1,5 ($\pm 0,4$)	1,3 ($\pm 0,3$)	1,2 ($\pm 0,2$)	1,4 ($\pm 0,3$)	1,4 ($\pm 0,3$)	$< 0,05$
SOFAS T1	53,4 ($\pm 14,4$)	67,6 ($\pm 17,0$)	69,8 ($\pm 16,3$)	62,8 ($\pm 15,4$)	60,3 ($\pm 17,0$)	$< 0,01$
SOFAS T4	61,8 ($\pm 19,9$)	77,8 ($\pm 17,7$)	78,1 ($\pm 15,9$)	82,7 ($\pm 15,5$)	68,8 ($\pm 19,6$)	$< 0,01$
GARF T1	53,6 ($\pm 14,0$)	65,0 ($\pm 15,0$)	66,7 ($\pm 14,2$)	57,8 ($\pm 10,6$)	57,6 ($\pm 16,0$)	$< 0,001$
GARF T4	62,9 ($\pm 18,6$)	75,7 ($\pm 16,0$)	77,2 ($\pm 16,9$)	80,0 ($\pm 17,8$)	62,7 ($\pm 21,4$)	$< 0,01$

T1 – w dniu włączenia do badania, T4 – po 2 latach; zaburzenia: F2 – schizofreniczne, F3 – afektywne, F4 – nerwicowe, F5 – odżywiania, F6 – osobowości; wartość p – różnica pomiędzy grupami diagnostycznymi w danym punkcie czasowym

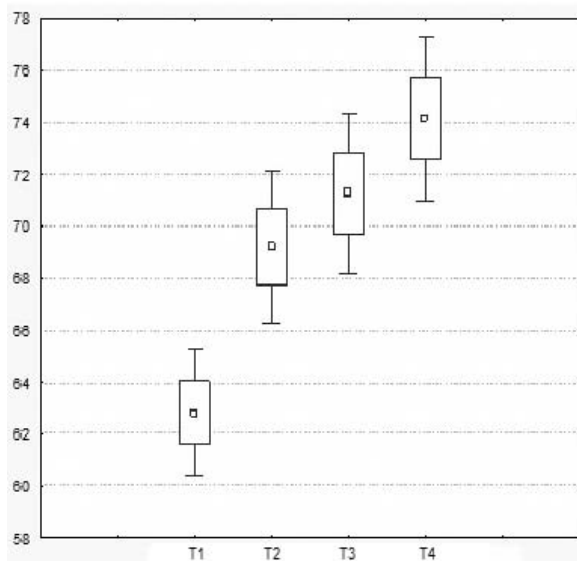
Funkcjonowanie zawodowe (SOFAS) i jego dynamika

Badane osoby ($n = 184$) uzyskały średni wynik wynoszący dla T1: $63,9 \pm 17,4$ i dla T4: $74,0 \pm 19,0$. Wyniki w skali SOFAS ulegały poprawie w czasie, ale zmiany były zróżnicowane pomiędzy kolejnymi pomiarami. Oceniając zmiany zachodzące z badania na badanie największa różnica nastąpiła pomiędzy T1 i T2 ($p < 0,001$). W kolejnych pomiarach wartość SOFAS także rosła, ale zmiany pomiędzy (T2 vs T3, T3 vs T4) były nieistotne statystycznie (odpowiednio $p = 0,37$ i $p = 0,08$). Niemniej jednak ostateczna różnica pomiędzy T1 i T4 była wyraźna ($p < 0,001$) (ryc. 1). Jednocześnie stwierdzono istotny związek nasilenia objawów psychopatologicznych z wynikami w skali SOFAS ($p < 0,001$).

Zarówno w T1, jak i T4 stwierdzono istotne różnice w wartościach SOFAS pomiędzy grupami rozpoznania. W obu punktach czasowych grupą odznaczającą się największymi zaburzeniami funkcjonowania zawodowego były osoby z diagnozą zaburzeń schizofrenicznych. W T1 najlepiej funkcjonowali pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, a w T4 osoby z diagnozą zaburzeń odżywiania (tab. 2). Nie potwierdzono interakcji pomiędzy zmianami w czasie a grupą diagnostyczną ($p = 0,098$). W każdej grupie wyniki SOFAS w czasie ulegają poprawie. Niemniej jednak w grupach F2 i F6 różnica między pomiarami T1 i T4 była nieistotna statystycznie (p

= 0,57 i $p = 0,54$). W przypadku pozostałych grup (F3, F4, F5) odnotowano istotną poprawę pomiędzy T1 i T4 ($p = 0,001$).

Rycina 1. Funkcjonowanie społeczno-zawodowe (SOFAS) w całej grupie badanej w kolejnych punktach pomiarowych



T1 – w dniu włączenia do badania, T2 – po 6 miesiącach, T3 – po 12 miesiącach, T4 – po 2 latach; średnia \pm błąd stand.

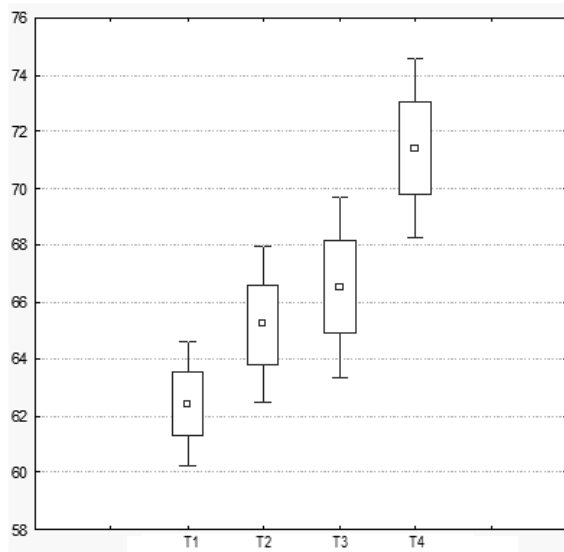
Funkcjonowanie w związkach (GARF) i jego dynamika

W pierwszym punkcie pomiarowym średni wynik GARF dla całej grupy badanej wynosił $62,4 \pm 15,3$, a w ostatnim pomiarze $71,6 \pm 18,9$. Jednak w początkowych pomiarach T1 vs T2 oraz T2 vs T3 zmiany nie były istotne statystycznie ($p = 0,063$ i $p = 0,47$). Znamiennej poprawę odnotowano dopiero pomiędzy T3 i T4 ($p < 0,01$). Ostateczna różnica pomiędzy T1 i T4 była istotna statystycznie ($p < 0,001$), co przedstawia rycina 2. Nie stwierdzono interakcji pomiędzy zmianami zachodzącymi w czasie a grupą diagnostyczną ($p = 0,44$). W obu punktach pomiarowych zaobserwowano silną zależność pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych a funkcjonowaniem w związkach ($p < 0,001$), a także pomiędzy średnimi wynikami w skalach GARF i SOFAS ($p < 0,001$).

Stwierdzono istotne różnice wartości GARF pomiędzy grupami rozpoznań zarówno w T1, jak i T4. W pierwszym pomiarze największe zaburzenia funkcjonowania w związkach odnotowano u osób z zaburzeniami schizofrenicznymi, a najlepsze funkcjonowanie w tej sferze stwierdzono u osób z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych. Po dwóch latach (T4) najlepsze funkcjonowanie nadal dotyczyło grupy F4, a najgorsze zarówno F2, jak i F6 (tab. 2). We wszystkich grupach rozpoznań zaobserwowano

istotną poprawę funkcjonowania w związkach (T1 vs T4, $p < 0,001$) oprócz pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń osobowości.

Rycina 2. **Funkcjonowanie w związkach (GARF) w całej grupie badanej w kolejnych punktach pomiarowych**



T1 – w dniu włączenia do badania, T2 – po 6 miesiącach, T3 – po 12 miesiącach, T4 – po 2 latach; średnia \pm błąd stand.

Czynniki socjodemograficzne i kliniczne a funkcjonowanie zawodowe i w związkach

Osoby włączone do badania (T1) z wykształceniem wyższym uzyskały średnio najwyższy wynik w skali SOFAS w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim ($p < 0,001$), zawodowym ($p < 0,01$) i podstawowym ($p < 0,001$). Im częściej badani byli w przeszłości hospitalizowani psychiatrycznie, tym mniej uzyskiwali punktów w skali SOFAS ($p < 0,001$, $r = -0,35$), natomiast im mniej dni badane osoby przebywały na zwolnieniach lekarskich, tym lepiej funkcjonowały zawodowo ($p < 0,001$, $r = -0,40$). Nie potwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy wiekiem, płcią i kategorią zawodową (praca fizyczna/umysłowa) a ogólnym wynikiem w skali SOFAS zarówno dla T1, jak i dla T4.

Biorąc pod uwagę wyniki analizy regresji, największy związek z funkcjonowaniem zawodowym (SOFAS) dla pierwszego pomiaru (T1) miały objawy negatywne (17,2%), następnie wykształcenie (10,1%), liczba dni na zwolnieniu lekarskim (8,8%), nasilenie objawów depresyjnych (6,5%) i objawy wytwórcze (tylko 0,2%). Cały model wyjaśnił 42,5% wariancji (tab. 3). Pełna lista czynników użytych w równaniach

regresji obejmowała dodatkowo obecność manii, wiek i płeć. Żaden z wymienionych czynników nie miał istotnego znaczenia w opisie całego modelu.

Tabela 3. **SOFAS – tabela regresji**

	wartość p	procent wyjaśnionego wpływu (%)
Wykształcenie	< 0,001	10,1
Objawy negatywne	< 0,001	17,2
Objawy wytwórcze	0,49	0,2
Nasilenie objawów depresji	< 0,001	6,5
Liczba dni na urlopie	< 0,001	8,8

Największy wpływ na funkcjonowanie w związkach miały, podobnie jak dla funkcjonowania zawodowego, objawy negatywne (13,9%), następnie liczba dni na urlopie (6,7%), nasilenie objawów depresji (6,4%), wykształcenie (3,5%) i objawy wytwórcze (1,0%). Czynniki te w sumie wyjaśniały 31,5% wpływu na funkcjonowanie w związkach (tab. 4). Pełna lista czynników użytych w równaniach regresji obejmowała dodatkowo rozpoznanie psychiatryczne, obecność manii, wiek i płeć. Żaden z wymienionych czynników nie miał istotnego znaczenia w opisie całego modelu.

Tabela 4. **GARF – tabela regresji**

	wartość p	procent wyjaśnionego wpływu (%)
Wykształcenie	< 0,05	3,5
Objawy negatywne	< 0,001	13,9
Objawy wytwórcze	0,11	1,0
Nasilenie objawów depresji	< 0,001	6,4
Liczba dni na urlopie	< 0,001	6,7

Zależność pomiędzy SOFAS a pracą

W całej grupie badanej (n = 184) funkcjonowanie zawodowe uległo poprawie w trakcie badania (T1 vs T4). Największa poprawa w skali SOFAS nastąpiła w przypadku osób zatrudnionych na pełnym etacie (p < 0,001) oraz pracujących dorywczo (p < 0,05). Brak poprawy (T1 vs T4) w zakresie funkcjonowania zawodowego stwierdzono u osób bezrobotnych i przebywających na rencie (tab. 5).

Tabela 5. **Funkcjonowanie społeczno-zawodowe (SOFAS) w kolejnych pomiarach (T1, T2, T3 i T4) w zależności od statusu zawodowego badanych**

	praca etatowa	praca dorywcza	bezrobotny	renta
	średnie (SD)	średnie (SD)	średnie (SD)	średnie (SD)
SOFAS T1	69 (± 16)	60 (± 16)	56 (± 17)	52 (± 20)
SOFAS T2	76 (± 14)	65 (± 14)	61 (± 18)	51 (± 20)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

SOFAS T3	79 (\pm 14)	64 (\pm 17)	65 (\pm 20)	52 (\pm 17)
SOFAS T4	82 (\pm 15)	71 (\pm 18)	61 (\pm 17)	51 (\pm 18)
wartość p	< 0,001	< 0,05	0,37	0,93

T1 – w dniu włączenia do badania, T2 – po 6 miesiącach, T3 – po 12 miesiącach, T4 – po 2 latach; wartość p – różnica pomiędzy pomiarem T1 vs T4 w danej grupie zawodowej

Omówienie wyników

Prezentowane wyniki badań odnoszą się do dwuletniej obserwacji 184 pacjentów z pięciu kategorii diagnostycznych. Długoterminowa obserwacja pacjentów z tak różnorodnymi rozpoznaniem jest niewątpliwym atutem tej pracy, ponieważ większość dostępnych doniesień dotyczy pojedynczych kategorii diagnostycznych. Z uwagi na specyfikę poszczególnych grup zaburzeń nie udało się uniknąć pewnych problemów metodologicznych. Poszczególne grupy różniły się pod względem wieku, płci oraz stanu cywilnego. Najmłodsze osoby znalazły się w grupie zaburzeń odżywiania. Grupa ta w stu procentach składała się z kobiet i było w niej najwięcej osób stanu wolnego. W pozostałych kategoriach diagnostycznych także przeważały kobiety, ale stosunek kobiet do mężczyzn wynosił mniej więcej 70:30. Jednocześnie nie potwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy wiekiem, płcią i stanem cywilnym a funkcjonowaniem społeczno-zawodowym lub funkcjonowaniem w związkach. Zatem odnotowane w tym zakresie różnice pomiędzy grupami diagnostycznymi nie wydają się aż tak istotne. Poszczególne kategorie diagnostyczne nie różniły się znamienne pod względem wykształcenia, rodzaju wykonywanej pracy (fizyczna/umysłowa) ani zamieszkania (samotnie/ z rodziną lub z partnerem), a tylko 7% całej grupy mieszkało samotnie.

Rymaszewska i wsp. dowiedli, iż jednym z dominujących czynników decydujących o przyznaniu świadczeń rentowych jest niskie wykształcenie [33]. Także w prezentowanej pracy spośród badanych czynników socjodemograficznych istotne znaczenie dla funkcjonowania zawodowego wykazało między innymi wykształcenie. Im wyższy jego poziom, tym lepsze funkcjonowanie społeczno-zawodowe. Ponadto liczba hospitalizacji oraz dni na zwolnieniu lekarskim była istotnie związana z poziomem funkcjonowania zawodowego: im więcej, tym gorsze funkcjonowanie. Wniosek ten można odnieść do badania Durie, gdzie im dłuższy był czas pozostawiania pacjentów bez pracy po kolejnych hospitalizacjach psychiatrycznych, tym trudniejszy okazał się powrót do aktywności zawodowej [7], a także pracy Harnois i Gabriel, gdzie osoby wypisane ze szpitala psychiatrycznego i podejmujące pracę zawodową były rzadziej rehospitalizowane od tych, które nie pracowały [8]. Hayes i Gant dowiedli, iż praca może pomóc w zapobieganiu kolejnym epizodom i częstym hospitalizacjom [9]. W prezentowanych badaniach widać wyraźnie, że osoby zatrudnione na pełny etat w trakcie dwuletniej obserwacji wykazały znaczącą poprawę w zakresie funkcjonowania społeczno-zawodowego. Mniejszą poprawę (aczkolwiek istotną statystycznie)

odnotowano u osób pracujących dorywczo, a bezrobotni i renciści nie odczuwali żadnej poprawy w tym zakresie.

Patrząc na wyniki całej grupy badanej, można zobaczyć dynamikę procesu leczenia psychiatrycznego. Już w drugim punkcie pomiarowym (po 6 miesiącach od rekrutacji) znacząco obniżyło się nasilenie objawów psychopatologicznych (z czego można wnioskować, że rozpoczęte leczenie przyniosło pożądane efekty) i już do końca badania nasilenie objawów pozostawało na niezmiennym poziomie. Redukcja nasilenia objawów psychopatologicznych uzyskana dzięki leczeniu niezwykle silnie korelowała z poprawą funkcjonowania zawodowego i funkcjonowania w związkach w każdym punkcie pomiarowym, ale dynamika zmian w czasie była różna w każdej ze sfer. Najszybszą poprawę obserwowano w zakresie funkcjonowania społeczno-zawodowego, bo już w drugim punkcie czasowym (po 6 miesiącach). W kolejnych pomiarach trend utrzymywał się, ale poprawa nie była już tak dynamiczna. Najpóźniej efekty podjętego leczenia pojawiły się w zakresie funkcjonowania w związkach. Od początku badania wyniki w tej sferze poprawiały się, ale istotna zmiana nastąpiła dopiero po dwóch latach. A więc pomimo podjętego leczenia psychiatrycznego, na wyraźną poprawę w zakresie relacji międzyludzkich trzeba było czekać znacznie dłużej niż w przypadku funkcjonowania zawodowego.

Ciekawe wnioski nasuwa analiza zmian zachodzących pod wpływem leczenia psychiatrycznego w poszczególnych grupach rozpoznań. W momencie rekrutacji do badania osoby z rozpoznaniem zaburzeń schizofrenicznych uzyskiwały najgorsze wyniki zarówno nasilenia objawów psychopatologicznych, jak i w zakresie funkcjonowania społeczno-zawodowego oraz w związkach. Natomiast najlepsze wyniki w momencie rekrutacji do badania (we wszystkich obszarach funkcjonowania) uzyskali pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną. W długoterminowej, dwuletniej obserwacji leczenie psychiatryczne okazało się skuteczne we wszystkich analizowanych obszarach (zmniejszenie nasilenia objawów psychopatologicznych, poprawa funkcjonowania społeczno-zawodowego i w związkach) w przypadku pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, odżywiania i afektywnych. Skuteczności tego rodzaju leczenia dowiedli także inni autorzy [34, 35].

W grupie osób z zaburzeniami schizofrenicznymi, pomimo istotnej redukcji nasilenia objawów psychopatologicznych, nie odnotowano poprawy w zakresie funkcjonowania społeczno-zawodowego. Średnie wartości w skalach SOFAS wzrosły, ale zmiana nie była istotna statystycznie. Jednocześnie grupa ta uzyskiwała w ostatnim pomiarze wyniki świadczące o najgorszym funkcjonowaniu społeczno-zawodowym. Spostrzeżenia te są zbieżne z doniesieniami Wojtowicz-Pomiernej, gdzie osoby cierpiące na schizofrenię nie tylko miały trudności z efektywnym radzeniem sobie z obowiązkami i zadaniami związanymi z pracą, ale również u znacznej części stwierdzono niski poziom wykształcenia formalnego oraz niskie, zazwyczaj nieadekwatne do potrzeb rynku pracy kwalifikacje zawodowe [36].

Spośród wszystkich analizowanych grup diagnostycznych najmniejszą poprawę odnotowano w przypadku pacjentów z zaburzeniami osobowości. W grupie tej nie stwierdzono istotnej zmiany (T1 vs T4) w żadnym z badanych parametrów (nasile-

nie objawów psychopatologicznych, funkcjonowanie zawodowe, funkcjonowanie w związkach).

Ograniczenia pracy

Podstawowym ograniczeniem niniejszej pracy jest zróżnicowana liczebność pacjentów w poszczególnych grupach diagnostycznych, w tym bardzo mała liczebność w grupie zaburzeń odżywiania ($n=16$). Taki stan rzeczy powoduje, że wnioski dotyczące grupy z rozpoznaniem F5 powinny być traktowane z dużą dozą ostrożności. Jednocześnie trzeba podkreślić, że założeniem tego projektu badawczego była rekrutacja do badania wszystkich osób spełniających kryteria włączenia zgłaszających się do Poradni Zdrowia Psychicznego w ustalonym czasie (1,5 roku). Tak więc mała liczebność grupy F5 jest bezpośrednim odzwierciedleniem liczebności tych pacjentów w PZP. Wydłużenie badań o kolejne miesiące w celu rekrutacji dodatkowych osób z wybranej grupy diagnostycznej stwarza zagrożenie, że uzyskane wyniki nie mogłyby być z sobą porównywalne chociażby z uwagi na zmieniającą się sytuację społeczno-ekonomiczną w danym rejonie (np. poziom bezrobocia itp.).

Inny problem metodologiczny stanowił dobór narzędzi badawczych. W projekcie, który swym zasięgiem obejmuje pacjentów z wielu różnych grup diagnostycznych ocena nasilenia objawów psychopatologicznych przy użyciu jednej wybranej skali może budzić wątpliwości metodologiczne. Ostatecznie do zastosowania skali BPRS zachęciły nas wyniki wieloośrodkowych badań europejskich [34], gdzie narzędzie to stosowano również u pacjentów z zaburzeniami osobowości. Uzyskanie finansowania ministerialnego (Nr 40406931/3103), gdzie projekt podlegał wnikliwej weryfikacji metodologicznej, rozwiało nasze wątpliwości.

Wnioski

1. W okresie dwuletniej obserwacji odnotowano istotną poprawę w zakresie funkcjonowania zawodowego w grupie zaburzeń afektywnych, lękowych i odżywiania oraz brak istotnych zmian w grupie schizofrenii oraz zaburzeń osobowości.
2. We wszystkich badanych grupach rozpoznań, z wyjątkiem zaburzeń osobowości, wykazano istotną poprawę funkcjonowania w związkach.
3. Dynamika zmian w funkcjonowaniu zawodowym była większa, a poprawa wcześniej ujawniana niż relacje w związkach.
4. Nie odnotowano zależności pomiędzy wiekiem i płcią a funkcjonowaniem zawodowym i w związkach, natomiast stwierdzono istotny związek z obecnością objawów negatywnych, depresyjnych, wykształceniem oraz liczbą dni na zwolnieniu.
5. Wyniki badania skłaniają do dalszej, pogłębionej dyskusji nad efektywnymi formami pomocy w zakresie zaburzeń funkcjonowania zawodowego i funkcjonowania w związkach osób z zaburzeniami psychicznymi.

Piśmiennictwo

1. Heponiemi T, Elovainio M, Manderbacka K, Aalto AM, Kivimaki M, Keskimaki I. *Relationship between unemployment and health among health professionals: Health selection or health effect?* J. Psychosom. Res. 2007; 63: 425–431.
2. Lehtinen V, Lehtinen E, Riikonen E. *Promotion of mental health on European Area*. Helsinki: Stakes National Research and Development Center for Welfare and Health; 1998.
3. Rymaszewska J, Dziełak K, Adamowski T, Kiejna A. *Funkcjonowanie i aktywność zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi – przegląd badań*. Psychiatr. Pol. 2007; (41)1: 29–38.
4. Faulkner A, Layzell S. *Strategies for living. A report of user-led research into people's strategies for living with mental distress*. London: The Mental Health Foundation; 2000.
5. Drake RE, Becker DR, Bond GR. *Recent research on vocational rehabilitation for persons with severe mental illness*. Curr. Opin. Psychiatry 2003; 16: 451–455.
6. Waghorn G, Chant D, White P, Whiteford H. *Disability, employment and work performance among people with ICD-10 anxiety disorders*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2005; 3: 55–66.
7. Durie S. *Pathways to work (report)*. Edinburgh: Scottish Development Centre for Mental Health Services; 2000.
8. Harnois G, Gabriel P. *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Geneva: World Health Organization, International Labour Organization; 2000.
9. Hayes R, Gant A. *Patient psychoeducation: the therapeutic use of knowledge for the mentally ill*. Soc. Work Health Care 1992; 17: 53–67.
10. San L, Ciudad A, Alvarez E, Bobes J, Gilaberte I. *Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: Prevalence and associations in a cross-sectional study*. Eur. Psychiatry 2007; 22: 490–498.
11. Rytysala HJ, Melartin TK, Leskela US, Sokero TP, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. *Predictors of long-term work disability in Major Depressive Disorder: a prospective study*. Acta Psychiatr. Scand. 2007; 115: 206–213.
12. Kühn KU, Barkow K, Heun R, Linden M, Maier W, Quendow BB. *Chronic course and psychosocial disability caused by depressive illnesses in general practice patients during one year period. Results of a study by the World Health Organization*. Nervenarzt 2002; 7: 664–650.
13. Olfson M, Faber L, Fireman B, Hoven C, Kathol RG, Leon AC. i wsp. *Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice*. Am. J. Psychiatry 1997; 12: 1734–1740.
14. Kessler RC, Barber C, Birnbaum HG, Frank RG, Greenberg PE, Rose RM. i wsp. *Depression in the workplace: effect on short-term disability*. Health Aff. (Millwood) 1999; 18(5): 163–171.
15. Romera I, Perez W, Menchon JM, Delgado-Cohen H, Polavieja P, Gilaberte I. *Social and occupational functioning impairment in patients in partial versus complete remission of a major depressive disorder episode. A six-month prospective epidemiological study*. Eur. Psychiatry 2010; 25(1): 58–65.
16. Schoeyen H.K, Melle I, Sundet K, Aminoff SR, Hellvin T, Auestad BH. i wsp. *Occupational outcome in bipolar disorder is not predicted by premorbid functioning and intelligence*. Bipolar Disord. 2013; 15(3): 294–305.
17. Karilampi U, Helldin L, Archer T. *Cognition and global assessment of functioning in male and female outpatients with schizophrenia spectrum disorders*. J. Nerv. Ment. Dis. 2011; 199(7): 445–448.
18. Velligan DI, Alphas L, Lancaster S, Morlock R, Mintz J. *Association between changes on the Negative Symptom Assessment scale (NSA-16) and measures of functional outcome in schizophrenia*. Psychiatry Res. 2009; 169(2): 97–100.

19. Velthorst E, Nieman DH, Meijer C, Linszen D, De Haan L. *Social disability at admission for a first psychosis does not predict clinical outcome at 5-year follow-up*. J. Nerv. Ment. Dis. 2011; 199(7): 510–512.
20. McGurk SR, Mueser KT, Mischel R, Adams R, Harvey PD, McClure MM. i wsp. *Vocational functioning in schizotypal and paranoid personality disorders*. Psychiatry Res. 2013; 210(2): 498–504.
21. Kaszyński H. *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*. Warszawa: Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych; 2006.
22. Hamilton BA, Naismith SL, Scott EM, Purcell S, Hickie IB. *Disability is already pronounced in young people with early stages of affective disorders: Date from an early intervention service*. J. Affect. Disord. 2010; 131(1–3): 84–91.
23. Mykletun A, Ocerland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkeset O, Glozier N. i wsp. *Population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards*. Am. J. Psychiatry 2006; 163: 1412–1418.
24. Hengartner MP, Müller M, Rodgers S, Rössler W, Ajdacic-Gross V. *Occupational functioning and work impairment in association with personality disorder trait-scores*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2014; 49(2): 327–335.
25. Mello AF, Blay SL, Kohn R. *Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF): a validity study in patients with recurrent major depression in Brazil*. Transcult. Psychiatry 2007; 44(1): 55–64.
26. Dausch BM, Miklowitz DJ, Richards JA. *Global assessment of relational functioning scale (GARF): II. Reliability and validity in a sample of families of bipolar patients*. Fam. Process 1996; 35(2): 175–189.
27. Cechnicki A, Wojciechowska A, Valdez M. *Sieć społeczna a jakość życia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(4): 527–537.
28. Dooley D, Batalano R, Wilson G. *Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study*. Am. J. Comm. Psychol. 1994; 22(6): 745–765.
29. Queyrouze B. *The invisible cost of presenteeism: a study of health and productivity in the workplace*. Health Prod. Manag. 2003; 2(1): 10–13.
30. Sturm R, Bhattacharya J, Burnam MA, Farley D, Gresenz CR, Klap R. i wsp. *The design of health care for communities: A study of health care delivery for alcohol, drug abuse, and mental health conditions*. Inquiry 1999; 32(2): 221–233.
31. Wciórka J, Muskat K, Matalowski P. *Ocena przydatności skal funkcjonowania społecznego z systemu DSM-IV (GAF, SOFAS, GARF)*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 253–267.
32. Roncone R, Ventura J, Impallomeni M, Falloon IRH, Morosini PL, Chiaravalle E. i wsp. *Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs. low clinical experience*. Acta Psychiatr. Scand. 1999; 100: 229–236.
33. Rymaszewska J, Dziełak K, Kiejna A. *Niezdolność do pracy oraz świadczenia rentowe osób z zaburzeniami psychicznym*. Psychiatr. Pol. 2007; 2: 171–180.
34. Kallert TW, Priebe S, McCabe R, Kiejna A, Rymaszewska J, Nawka P. i wsp. *Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial*. J. Clin. Psychiatry 2007; 68(2): 278–287.
35. Kallert TW, Matthes C, Gloeckner M, Eichler T, Koch R, Schuetzwohl M. *Acute psychiatric day hospital treatment: is the effectiveness of this treatment approach still questionable?* Psychiatr. Prax. 2004; 31(8): 409–419.

36. Wojtowicz-Pomierna A. *Sytuacja chorych psychicznie na rynku pracy w Polsce – wybrane aspekty*. W: Cechnicki A, Kaszyński H. red. *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*. Kraków: Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej; 2005. s. 67.

Adres: Justyna Mazurek
Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „REPTY”
42-604 Tarnowskie Góry, ul. Śniadeckiego 1

Otrzymano: 28.10.2012
Zrecenzowano: 23.01.2014
Otrzymano po poprawie: 3.03.2014
Przyjęto do druku: 11.04.2014