

Wpływ bezrobocia na zdrowie i jakość życia osób w starszej grupie wieku produkcyjnego

Effects of unemployment on health and quality of life in older production age group

SZYMON KOSTRZEWSKI, HALINA WORACH-KARDAS

Oddział Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp. Brak zatrudnienia, w szczególności długotrwały, skutkować może wieloma konsekwencjami o charakterze ekonomicznym, społecznym, a nawet zdrowotnym. Obserwowane znaczne bezrobocie w populacji osób w wieku 45 lat i powyżej niesie szereg zagrożeń dla zdrowia zarówno w aspekcie indywidualnym, jak też w szerszym wymiarze zdrowia publicznego.

Cel badania. Ocena wpływu czasu trwania bezrobocia oraz wyodrębnionych cech społeczno-demograficznych na stan zdrowia psychicznego, występowanie chorób przewlekłych, samoocenę stanu zdrowia oraz postrzeganą jakość życia osób bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej.

Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 454 osób bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej. Grupę podstawową stanowiły osoby bezrobotne długotrwale. Grupę porównawczą były osoby krótkotrwale bezrobotne, dobrane pod względem płci i wieku do grupy podstawowej. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki wywiadu kwestionariuszowego.

Wyniki. Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy czasem trwania bezrobocia a pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego i jakości życia bezrobotnych. Nie stwierdzono takiej zależności dla samooceny stanu zdrowia. Analiza wieloczynnikowa przy pomocy modelu regresji logistycznej wykazała, iż siła efektów zdrowotnych bezrobocia zależy m.in. od zadowolenia ze związków osobistych, wiary w zdolność do ponownego podjęcia zatrudnienia, aktywności fizycznej, czy też obecności innej osoby bezrobotnej w gospodarstwie domowym.

Wnioski. Brak zatrudnienia nie zawsze prowadził do pogorszenia oceny stanu zdrowia. Większe negatywne konsekwencje mogą być widoczne w stanie psychicznym i postrzeganej jakości życia. Jakość życia, jako konstrukt wielowymiarowy, mogący w sposób subiektywny opisywać poziom zadowolenia z życia w jego zdrowotnym, materialnym i duchowym wymiarze, wydaje się więc lepiej określać główne obszary deficytów, jakie może wywołać bezrobocie.

Słowa kluczowe: bezrobocie, sytuacja zdrowotna, jakość życia, starszy wiek produkcyjny

Introduction. Unemployment, especially long lasting, may lead to many economic, social and even health consequences. A significant unemployment in the population of people at the age of 45 years and older may bring serious problems for individual and also public health.

Aim. To evaluate the impact of the time of unemployment and a number of social and demographic factors on mental health, self-rated health, chronic diseases and quality of life in people at the age of 45 years and older.

Materials & Methods. A group of 454 unemployed aged 45 years and older were included in the study. The main group consisted of the long-term unemployed. A group of short-term unemployed, adjusted to the main group in terms of gender and age, was selected for the purposes of the comparative analysis. The diagnostic survey with a questionnaire interview were applied.

Results. A statistically significant relationship between the period of unemployment and deterioration of mental state and quality of life was indicated. The period of unemployment did not significantly contribute to the self-rated health of the subjects. The effect of unemployment depends on satisfaction with personal relationships, the presence of other unemployed members of the household, confidence in the ability to be re-employed and physical activity.

Conclusions. Unemployment does not always deteriorate the person's health. More serious consequences might be visible in the person's psychological state and the perceived quality of life. The quality of life, which is a multidimensional subjective evaluation of the person's situation, can be a better way of identifying the main areas which can be affected by unemployment.

Key words: unemployment, health state, quality of life, older production age

© Hygeia Public Health 2015, 50(2): 372-382

www.h-ph.pl

Nadesłano: 20.03.2014

Zakwalifikowano do druku: 09.05.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

prof. UM dr hab. Halina Worach-Kardas
Oddział Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
pl. Hallera 1, 90-647 Łódź
e-mail: worach@poczta.onet.pl

Wstęp

We współczesnym społeczeństwie skoncentrowanym na produkowaniu i konsumowaniu dóbr

materialnych utrata pracy zarobkowej jest jednym z najsilniejszych stresorów środowiskowych. Złożoność funkcji jakie pełni praca zawodowa powoduje, iż

brak pracy może wpływać na szereg aspektów życia jednostki, w tym na jej sytuację zdrowotną zarówno psychiczną, jak i somatyczną.

W okresie galopującego i masowego bezrobocia okresu międzywojennego przeprowadzono pierwsze systematyczne badania nad psychologicznymi skutkami braku zatrudnienia. Opracowanie spójnego dla wszystkich bezrobotnych modelu, zgodnie z którym brak zatrudnienia wpływa na zdrowie stanowiło istotny problem badawczy. Indywidualna percepcja stanu bezrobocia może być bowiem bardzo zróżnicowana. W dużej mierze zależy od subiektywnego znaczenia zatrudnienia w życiu, czy też posiadanych zasobów, zarówno materialnych, jak i społecznych. Próbę rozwiązania tego problemu podjęła Maria Jahoda, tworząc model nazywany modelem ukrytych funkcji pracy. Zakłada on, iż zatrudnienie poza jawną funkcją zapewniania środków finansowych jest zinstytucjonalizowaną formą zaspokajania wielu, często ukrytych potrzeb. Do ukrytych funkcji pracy autorka zaliczyła: zapewnianie kontaktów społecznych szerszych niż relacje rodzinne, zaangażowanie w działania społecznie użyteczne, narzucenie określonej struktury czasu i harmonogramu zajęć oraz określanie tożsamości jednostki i jej statusu społecznego. W modelu tym zakłada się, że konsekwencje bezrobocia najlepiej omawiać odwołując się do głównych funkcji pełnionych przez zatrudnienie. W koncepcji Jahody zakłada się, że brak korzyści wynikających z pracy prowadzi do stanu deprywacji, którego nie można efektywnie zredukować poprzez aktywność innego rodzaju niż zawodowa [1].

Model Jahody, pomimo, iż nadal wywiera ogromny wpływ na badania dotyczące psychospołecznych konsekwencji bezrobocia, nie jest kompletny. Funkcje pracy są w nim sformułowane zbyt ogólnie, ponadto zakłada on istnienie wyłącznie „dobrej” pracy, kiedy każde zatrudnienie niesie ze sobą wyłącznie pozytywne konsekwencje. Rozwinięciem przedstawionej powyżej koncepcji jest tzw. witaminowy model pracy Petera Warra. Model ten dotyczy cech środowiska kształtujących dobrostan, nazywanych wyznacznikami dobrostanu. Model Warra nie ogranicza się wyłącznie do sytuacji bezrobocia, znacznie częściej sięgają po nią badacze zajmujący się osobami pracującymi. Autor modelu wymienia dwa rodzaje dobrostanu – dotyczący pracy (*job – specific wellbeing*) oraz ogólny (*context – free wellbeing*). Dobrostan jest traktowany jako element szerszego kontekstu, jakim jest zdrowie psychiczne. Lista wyznaczników dobrostanu składa się z 9 pozycji. Następujące elementy składają się na tę listę: 1. możliwość sprawowania kontroli, 2. możliwość wykorzystania i rozwijania umiejętności, 3. zewnętrznie wyznaczone cele, 4. różnorodność środowiska, 5. przejrzystość i przewidywalność środowiska,

6. możliwość kontaktów interpersonalnych, 7. dostępność środków finansowych, 8. bezpieczeństwo fizyczne, 9. pozycja jednostki w strukturze społecznej. Przedstawione powyżej wyznaczniki nie wpływają w jednakowy sposób na dobrostan jednostki. Wpływ ten jest różny, analogicznie jak na zdrowie fizyczne wpływają witaminy. W przypadku wyznaczników 1-6 wpływ ten jest taki, jak witamin A i D, tj. pozytywny wpływ widoczny jest tylko w pewnym optymalnym zakresie. Zbyt duży, bądź zbyt mały poziom wywiera niekorzystny efekt. Cechy środowiska 7-9 natomiast, tak jak witaminy C i E, niekorzystnie wpływają na zdrowie, wyłącznie w przypadku ich niedoboru [2-5]. Zgodnie z zaprezentowanym modelem, bezrobocie zubaża środowisko, w jakim żyje bezrobotny, przez co poziom „witamin” – czyli cech środowiska, jest stale na niskim poziomie. Tak zubożone przez bezrobocie środowisko może być zagrożeniem dla zdrowia psychicznego. Środowisko bezrobocia jest zubożone, a natężenie poszczególnych jego cech lokuje się na niższym, szkodliwym dla zdrowia poziomie [3].

Jednym z kluczowych czynników wpływających na zdrowotne efekty braku zatrudnienia jest czas trwania bezrobocia. Doprowadziło to do skonstruowania modelu faz reakcji na bezrobocie (Eisenberg i Lazarsfeld, za: [3]). Fazy reakcji są takie same dla wszystkich bezrobotnych, każdy bowiem przechodzi przez te same stadia psychiczne. Badacze zgodni są, co do tego, że po wstrząsie, jaki następuje bezpośrednio po utracie pracy, przychodzi okres nadziei i aktywności w poszukiwaniu pracy (drugi, trzeci miesiąc). Wskutek jednakże braku efektów aktywności, nadzieja załamuje się, następuje zniechęcenie bezskutecznym poszukiwaniem pracy, przechodząc w pesymizm oraz depresję (czwarty, szósty miesiąc). Około szóstego miesiąca następuje załamanie, a następnie stopniowa adaptacja do sytuacji bezrobocia [6]. Długotrwałe bezrobocie wiąże się więc z apatią, beznadziejnością ale i pewną stabilizacją sytuacji życiowej. Długotrwałe bezrobotni przebywają w środowiskach trwale zubożonych, a ich ogólny stan zdrowia psychicznego, choć ustabilizowany, pozostaje raczej na niskim poziomie.

Przedłużający się okres bezrobocia prowadzić może do dalszego pogorszenia stanu zdrowia psychicznego [3, 7, 8] do powstawania stanów depresyjnych [9-11], a także samobójstw [12, 13]. Zdrowie jest jednym z najważniejszych zasobów w radzeniu sobie ze stresem, w tym także ze stresem wywołanym bezrobociem. Ubytek także i tego zasobu może prowadzić więc do sytuacji, kiedy to wyrwanie się z stanu bierności zawodowej będzie bardzo trudne, a czasem wręcz niemożliwe.

Bezrobotni powyżej 45 r.ż. stanowią interesującą, a dotąd w niewielkim zakresie zbadaną w aspekcie zdrowia i jakości życia grupę bezrobotnych. Osoby

te będące w tzw. niemobilnym wieku produkcyjnym, znajdują się w zgoła innej niż osoby młodsze sytuacji życiowej. Osiągnęły już bowiem pewien „pułap” życiowy, zarówno zawodowy, materialny, jak i społeczny. Role społeczne takie jak wychowywanie wnuków, czy zaangażowanie w życie rodzinne, nabierają dużego znaczenia i mogą stanowić substytut aktywności zawodowej. Ponadto zbliżający się okres dezaktywacji zawodowej powoduje, iż w wielu przypadkach bezrobocie staje się przedłużonym okresem biernego oczekiwania na emeryturę, zarazem zaś ucieczką od wymagań stawianych przez pracę zawodową. Problemem osób w wieku powyżej 45 lat jest duże rozpowszechnienie długotrwałego (powyżej 12 miesięcy) bezrobocia; statystyki wskazują, iż dotyczy to blisko 50% w tej grupie wieku.

W ostatnich latach co raz częściej przedmiotem badań różnych dyscyplin naukowych staje się jakość życia. W naukach medycznych analiza jakości życia pozwala spojrzeć na stan zdrowia, skuteczność leczenia czy rehabilitację szerzej – umożliwiając dostrzeżenie aspektów zdrowia nie związanych bezpośrednio ze stanem somatycznym [14]. Na poczucie jakości życia składają się zarówno czynniki subiektywne, jak i obiektywne. Czynniki subiektywne to przede wszystkim indywidualne wyobrażenie sensu życia, system wartości czy kontekst społeczny. Czynniki obiektywne natomiast, to zbiór określonych, jednakowych dla wszystkich kryteriów [15] – np. dochód *per capita*, warunki mieszkaniowe, stan zdrowia fizycznego. Jakość życia, jako pojęcie wielowymiarowe, nie posiada jednej, uniwersalnej definicji. Cechą wspólną wszystkich jest jednak próba definiowania jakości życia poprzez nie jeden lecz wiele subiektywnych i obiektywnych czynników. Zgodnie z WHO jakość życia określana jest jako postrzegana przez jednostkę pozycja w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości w której żyje, i w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami, i obawami [16]. Jest to ocena dynamiczna, zmieniająca się w czasie, na którą wpływają doświadczenia całego życia, zarówno przeszłe, jak i aktualne [17]. Pomimo dużego zainteresowania problematyką, niewiele jest jednak badań nad jakością życia osób bezrobotnych, w szczególności w niemobilnym wieku produkcyjnym.

Cel badania

Ocena wpływu czasu trwania bezrobocia oraz wyodrębnionych cech społeczno-demograficznych na stan zdrowia psychicznego, występowanie chorób przewlekłych, samoocenę stanu zdrowia oraz postrzeganą jakość życia osób bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej.

Materiał i metoda

Badaniem objęto grupę 454 osób bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej zamieszkałych na terenie miasta Łodzi. Łódź jest trzecim co do wielkości miastem w Polsce i stanowi przykład środowiska wielkomiejskiego o rozpowszechnionym bezrobociu, w szczególności wśród osób powyżej 45 lat.

Badanie przeprowadzono w dwóch okresach badawczych: wrzesień-listopad 2009 r. oraz czerwiec-lipiec 2010 r. Grupę podstawową stanowiły osoby bezrobotne długotrwanie, tj. dłużej niż 12 miesięcy, w wieku 45 lat i więcej (razem $n=230$), zarejestrowane w urzędach pracy w Łodzi. Badaniu poddany został losowo co trzeci bezrobotny długotrwanie w wieku 45 lat i więcej zgłaszający się do urzędu pracy w okresie przeprowadzania badania. Dla celów analizy porównawczej wyłoniono grupę osób krótkotrwanie bezrobotnych, tj. pozostających bez pracy do 6 miesięcy, (razem $n=224$). Grupa porównawcza została dobrana pod względem płci i wieku do grupy podstawowej za pomocą metody doboru kwotowego.

Badanie przeprowadzone zostało za pomocą metody sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki wywiadu kwestionariuszowego.

Niniejsze badanie przeprowadzono w oparciu o trzy narzędzia badawcze:

1. Autorski kwestionariusz, za pomocą którego zebrano dane w zakresie cech socjodemograficznych (stan cywilny, wykształcenie, posiadanie dzieci na utrzymaniu) oraz czasu trwania bezrobocia, sytuacji materialnej gospodarstwa domowego, występowania chorób przewlekłych w okresie bezrobocia.
2. Kwestionariusz WHOQOL-BREF, który pozwolił zbadać ogólną ocenę zdrowia i postrzeganą jakość życia badanych.
3. General Health Questionnaire (GHQ 12) który posłużył do zbadania samopoczucia psychicznego badanych – w szczególności osób, których stan psychiczny uległ (lub może ulec) załamaniu. Polska adaptacja tego kwestionariusza została opracowana przez Z. Makowską i D. Merecz z Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi [18].

W celu opracowania zebranych danych zastosowano metody opisowe oraz wnioskowania statystycznego. Porównanie częstości występowania poszczególnych odmian cech w analizowanych grupach dokonano przy pomocy testu niezależności χ^2 , zaś siłę zależności oceniano przy pomocy współczynnika współzależności C-Pearsona. W celu zbadania zgodności rozkładu badanych cech z rozkładem normalnym zastosowano test Kołmogorowa-Smirnova z poprawką Lillieforsa. W przypadku gdy rozkłady istotnie

odbięły od rozkładu normalnego dla porównania wyników w przypadku dwóch grup stosowano nieparametryczny test Manna-Whitney'a, a dla porównania wielu grup test Kruskala-Wallis. Projekt badawczy zakładał możliwy wpływ wielu zmiennych demograficznych, społeczno-ekonomicznych, zdrowotnych na ocenę jakości życia, samoocenę zdrowia i stan zdrowia psychicznego badanych. W związku z tym zastosowano jedno- i wieloczynnikową analizę regresji logistycznej. Analiza regresji logistycznej pozwoliła na obliczenie szansy (OR – *odds ratio*), wystąpienia zdarzenia opisywanego przez dychotomiczną zmienną (ocena jakości życia, samoocena zdrowia i wystąpienie zaburzeń zdrowia psychicznego) w zależności od różnych zmiennych niezależnych. Analizę prowadzono przy 95% przedziale ufności i poziomie istotności $p=0,05$. Jednoczynnikowy model regresji pozwolił wyeliminować zmienne nieistotne statystycznie. Model wieloczynnikowy umożliwił natomiast zbadanie wpływu wielu zmiennych objaśniających na prawdopodobieństwo wystąpienia pozytywnej jakości życia, negatywnej samooceny stanu zdrowia oraz zaburzeń zdrowia psychicznego. Obliczenia przeprowadzono przy pomocy pakietu Statistica 8.

Wyniki

Opis grupy poddanej badaniu

Badaniem objęto 230 osób długotrwale bezrobotnych (grupa podstawowa) oraz 224 osoby krótkotrwale bezrobotne (grupa porównawcza). W wyniku zastosowanej metodologii badawczej uzyskano znaczną homogeniczność badanych grup pod względem płci i wieku. W obydwóch grupach udział kobiet i mężczyzn był zbliżony (50,4% vs. 49,6%). Dominującym przedziałem wieku była grupa osób w wieku 45-54 lata (67,8% wśród długotrwale i 67,9% wśród krótkotrwale bezrobotnych). Blisko co czwarty badany był w wieku 54-59 lat (23,5% i 23,2% odpowiednio w grupie podstawowej i porównawczej). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 60-64 lata – tylko co jedenasta osoba znajdowała się w tym przedziale wieku (odpowiednio 8,7% i 8,9%).

Ogólny stan zdrowia psychicznego badanych

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy czasem trwania bezrobocia a wynikiem GHQ 12 ($p<0,01$). Wyniki kwestionariusza świadczące o możliwym pogorszeniu stanu psychicznego i wystąpieniu takich objawów jak lęk czy depresja, istotnie częściej obserwowano u długotrwale bezrobotnych (55,2% wobec 41,1% u krótkotrwale bezrobotnych) (tab. I).

W grupie długotrwale bezrobotnych nie zaobserwowano statystycznie istotnej różnicy stanu zdrowia

psychicznego u kobiet i mężczyzn ($p>0,05$), jakkolwiek czasowe zaburzenie zdrowia psychicznego nieco częściej występowało u kobiet niż u mężczyzn (odpowiednio: 58,6% i 51,8%). W grupie porównawczej także nie stwierdzono istotnej różnicy w podziale na płeć w zakresie wyniku kwestionariusza GHQ 12 ($p>0,05$). W przypadku tej grupy badanych, odsetek kobiet i mężczyzn, u których zaobserwowano negatywny wynik kwestionariusza GHQ 12 był znacznie niższy niż w grupie długotrwale bezrobotnych i wynosił 38,7% dla mężczyzn i 43,4% dla kobiet. Także i w tej grupie nieco częściej na zaburzenia psychiczne narażone były kobiety niż mężczyźni (tab. II i III).

Wśród długotrwale bezrobotnych częstość uzyskiwania negatywnego wyniku kwestionariusza, świadczącego o możliwym załamaniu stanu psychicznego, zwiększała się wraz z wiekiem. Podczas gdy w grupie wieku 45-54 lat negatywny wynik osiągnęło nieco ponad połowa badanych, u starszych, mających 55-59 lat frakcja wyniosła 0,59, a w najstarszej grupie już ponad 2/3 osób miało taki wynik, jakkolwiek różnica nie okazała się istotna statystycznie ($p>0,05$). Widać więc, że wraz z wiekiem znacznie wzrastało narażenie na wystąpienie zaburzeń psychicznych (tab. IV). W grupie porównawczej zależność również nie była istotna ($p>0,05$) lecz częstość negatywnych wyników nie wzrastała z wiekiem. Ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego najczęściej występowało w grupie najmłodszej, tj. w wieku 45-54 lat (tab. V).

Wśród długotrwale bezrobotnych nie stwierdzono w prawdzie statystycznie istotnej zależności pomiędzy ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych a stanem cywilnym, tym niemniej w przypadku kawalerów/panien oraz osób będących w stałym związku co druga osoba była narażona na ryzyko takich zaburzeń. Wśród osób rozwiedzionych i wdowców/wdów ryzyko było jeszcze większe, gdyż dotyczyło 2/3 badanych (tab. VI). W grupie porównawczej najmniejsze narażenie na wystąpienie zaburzeń zdrowia psychicznego występowało u bezrobotnych pozostających w stałym związku (frakcja 0,36), następnie w grupie kawalerów/panien (tu narażona była niemal co druga osoba), zaś największe dotyczyło osób rozwiedzionych oraz wdowców/wdów, gdzie frakcja wyniosła 0,55 (tab. VII).

Poziom wykształcenia nie różnicował w sposób istotny stanu zdrowia psychicznego długotrwale bezrobotnych ($p>0,05$), niemniej jednak zwraca uwagę fakt, że im niższy poziom wykształcenia, tym większa częstotliwość występowania tego rodzaju zaburzeń. Zaburzenia takie najczęściej dotyczyły osób o najniższym poziomie wykształcenia (frakcja 0,59), najrzadziej osób legitymujących się najwyższym poziomem wykształcenia (frakcja 0,29) (tab. VIII). Wśród bezrobotnych krótkotrwale rozkład był nieco

Tabela I. Ogólny stan zdrowia psychicznego a czas trwania bezrobocia
Table I. Mental health and period of unemployment

Stan zdrowia psychicznego	Długotrwanie bezrobotni		Krótkotrwanie bezrobotni		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Pozytywny	103	44,8	132	58,9	235	51,8
Negatywny	127	55,2	92	41,1	219	48,2
Razem	230	100,0	224	100,0	454	100,0

$\chi^2=9,095$; $p<0,01$; $C=0,140$

Tabela II. Ogólny stan zdrowia psychicznego a płeć w grupie długotrwanie bezrobotnych
Table II. Mental health and gender in long-term unemployed

Stan zdrowia psychicznego	Długotrwanie bezrobotni				Razem	
	Mężczyźni		Kobiety			
	n	%	n	%	n	%
Pozytywny	55	48,2	48	41,4	103	44,8
Negatywny	59	51,8	68	58,6	127	55,2
Razem	114	100,0	116	100,0	230	100,0

$\chi^2=1,092$; $p>0,05$

Tabela III. Ogólny stan zdrowia psychicznego a płeć w grupie krótkotrwanie bezrobotnych
Table III. Mental health and gender in short-term unemployed

Stan zdrowia psychicznego	Krótkotrwanie bezrobotni				Razem	
	Mężczyźni		Kobiety			
	n	%	n	%	n	%
Pozytywny	68	61,3	64	56,6	132	58,9
Negatywny	43	38,7	49	43,4	92	41,1
Razem	111	100,0	113	100,0	224	100,0

$\chi^2=0,495$; $p>0,05$

Tabela IV. Ogólny stan zdrowia psychicznego a wiek w grupie długotrwanie bezrobotnych
Table IV. Mental health and age in long-term unemployed

Stan zdrowia psychicznego	Długotrwanie bezrobotni						Razem	
	Wiek [lata]							
	45-54		55-59		60-64			
	n	Fracja	n	Fracja	n	Fracja	n	Fracja
Pozytywny	75	0,48	22	0,41	6	0,30	103	0,45
Negatywny	81	0,52	32	0,59	14	0,70	127	0,55
Razem	156	1,00	54	1,00	20	1,00	230	1,00

$\chi^2=2,809$; $p>0,05$

Tabela V. Ogólny stan zdrowia psychicznego a wiek w grupie krótkotrwanie bezrobotnych
Table V. Mental health and age in short-term unemployed

Stan zdrowia psychicznego	Krótkotrwanie bezrobotni						Razem	
	Wiek [lata]							
	45-54		55-59		60-64			
	n	Fracja	n	Fracja	n	Fracja	n	Fracja
Pozytywny	84	0,55	35	0,67	13	0,65	132	0,59
Negatywny	68	0,45	17	0,33	7	0,35	92	0,41
Razem	152	1,00	52	1,00	20	1,00	224	1,00

$\chi^2=2,657$; $p>0,05$

inny bowiem pogorszenie stanu psychicznego najczęściej dotyczyło osób z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym (frakcja 0,48) a najrzadziej z wykształceniem średnim (frakcja 0,35). Jednak i w tej grupie nie stwierdzono statystycznie istotnego związku pomiędzy poziomem wykształcenia a stanem zdrowia psychicznego ($p>0,05$) (tab. IX).

Analiza logistyczna wieloczynnikowa wykazała, iż 3 cechy istotnie zwiększały ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego. Cechami tymi były: brak wiary w zdolność do pracy, zwiększające to ryzyko ponad dziesięciokrotnie ($OR=10,752$), brak umiejętności do jednoznacznej oceny stanu zdrowia wywołujące wzrost ryzyka ponad 5-krotnie ($OR=5,698$) oraz niezadowolony ze związków osobistych, zwiększające ryzyko ponad czterokrotnie ($OR=4,236$) (ryc. 1).

Tabela VI. Ogólny stan zdrowia psychicznego a stan cywilny w grupie długotrwanie bezrobotnych
Table VI. Mental health and marital status in long-term unemployed

Stan zdrowia psychicznego	Długotrwanie bezrobotni						Razem	
	Stan cywilny							
	Kawaler\ Panna		W stałym związku		Rozwiedziony\ Wdowiec\ a			
n	Fracja	n	Fracja	n	Fracja	n	Fracja	
Pozytywny	14	0,52	62	0,49	27	0,35	103	0,45
Negatywny	13	0,48	64	0,51	50	0,65	127	0,55
Razem	27	1,00	126	1,00	77	1,00	230	1,00

$\chi^2=4,483$; $p>0,05$

Tabela VII. Ogólny stan zdrowia psychicznego a stan cywilny w grupie krótkotrwanie bezrobotnych
Table VII. Mental health and marital status in the short-term unemployed

Stan zdrowia psychicznego	Krótkotrwanie bezrobotni						Razem	
	Stan cywilny							
	Kawaler\ Panna		W stałym związku		Rozwiedziony\ Wdowiec\ a			
	n	Fracja	n	Fracja	n	Fracja	n	Fracja
Pozytywny	10	0,53	101	0,64	21	0,45	132	0,59
Negatywny	9	0,47	57	0,36	26	0,55	92	0,41
Razem	19	1,00	158	1,00	47	1,00	224	1,00

$\chi^2=5,882$; $p<0,05$; $C=0,160$

Tabela VIII. Ogólny stan zdrowia psychicznego a wykształcenie w grupie długotrwanie bezrobotnych
Table VIII. Mental health and education in long-term unemployed

Stan zdrowia psychicznego	Długotrwanie bezrobotni						Razem	
	Wykształcenie							
	Podstawowe, zasadnicze zawodowe		Średnie		Policealne, Wyższe nieukończone, Wyższe			
	n	Fracja	n	Fracja	n	Fracja	n	Fracja
Pozytywny	59	0,41	34	0,48	10	0,71	103	0,45
Negatywny	86	0,59	37	0,52	4	0,29	127	0,55
Razem	145	1,00	71	1,00	14	1,00	230	1,00

$\chi^2=5,279$; $p>0,05$

Występowanie chorób przewlekłych w okresie bezrobocia

Występowanie chorób przewlekłych (nowych lub takich, które uległy zaostrzeniu) wzrastało wraz z czasem trwania bezrobocia badanych. Najczęściej występującymi dolegliwościami zarówno w grupie badanej, jak i porównawczej były choroby układu krążenia. Częstość występowania chorób w obu badanych grupach nie różniła się w sposób istotny statystycznie ($p>0,05$). Wyjątek stanowiły choroby układu oddechowego, które istotnie częściej występowały u osób długotrwale bezrobotnych ($p<0,01$) – 7,8% i 1,8% (tab. X).

W obu grupach kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały na występowanie chorób o charakterze przewlekłym. W szczególności dotyczyło to zaburzeń psychicznych, które występowały istotnie częściej wśród kobiet w obydwu grupach. Pozostałe choroby występowały ze zbliżoną częstością, jedynie choroby układu oddechowego w grupie podstawowej i choroby układu krążenia w grupie porównawczej występowały częściej pośród mężczyzn (tab. XI i XII).

Samoocena stanu zdrowia i poczucie jakości życia bezrobotnych

Czas trwania bezrobocia nie wpływał w sposób istotny statystycznie na samoocenę stanu zdrowia

Tabela IX. Ogólny stan zdrowia psychicznego a wykształcenie w grupie krótkotrwale bezrobotnych

Table IX. Mental health and education in short-term unemployed

Stan zdrowia psychicznego	Krótkotrwale bezrobotni						Razem	
	Wykształcenie							
	Podstawowe, zasadnicze zawodowe		Średnie		Policealne, Wyższe nieukończone, Wyższe		n	Frakcja
	n	Frakcja	n	Frakcja	n	Frakcja	n	Frakcja
Pozytywny	53	0,52	61	0,65	18	0,62	132	0,59
Negatywny	48	0,48	33	0,35	11	0,38	92	0,41
Razem	101	1,00	94	1,00	29	1,00	224	1,00

$\chi^2=3,238$; $p>0,05$

Tabela X. Występowanie chorób przewlekłych a czas trwania bezrobocia

Table X. Chronic diseases and period of unemployment

Dolegliwość	Długotrwale bezrobotni				Krótkotrwale bezrobotni		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Choroby układu krążenia	73	31,7	55	24,6	128	28,2		
Choroby układu pokarmowego	23	10,0	12	5,4	35	7,7		
Choroby układu oddechowego	18	7,8	4	1,8	22	4,8		
Zaburzenia psychiczne (w tym nerwice)	17	7,4	23	10,3	40	8,8		
Inne przewlekłe choroby	42	18,3	45	20,1	87	19,2		
Nie wystąpiły ani nie zaostrzyły się żadne schorzenia	110	47,8	123	54,9	223	49,1		

* Procenty nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli wybrać kilka odpowiedzi

badanych. Okazało się, że połowa badanych była zadowolona (46%) lub bardzo zadowolona (4%) ze swojego zdrowia, a dalszych 30,6% ani zadowolona, ani niezadowolona. Długotrwale bezrobotni częściej niż przebywający krótko na bezrobociu wyrażali swoje niezadowolenie ze stanu zdrowia (21,3% wobec 17,4%) (tab. XIII).

W grupie badanej nie stwierdzono istotnej różnicy w ocenie zadowolenia ze stanu zdrowia pomiędzy kobietami i mężczyznami ($p>0,05$), choć kobiety były częściej niezadowolone i bardzo niezadowolone (26,7% wobec 15,8% wśród mężczyzn). Także w grupie porównawczej kobiety i mężczyźni podobnie oceniali zadowolenie ze swojego zdrowia ($p>0,05$), aczkolwiek kobiety nieco częściej pozytywnie oceniały swoje zdrowie niż mężczyźni (56,6% vs. 53,1%). W tej grupie badanych odsetek zadowolonych okazał się wyższy zarówno wśród kobiet (56,6%) jak i wśród mężczyzn (53,1%) od analogicznych wartości w grupie długotrwale bezrobotnych (odpowiednio 43,1% i 47,4%).

Bezrobotni z grupy badanej będący w różnym wieku nie różnili się istotnie pod względem dokonanej

Tabela XI. Występowanie chorób przewlekłych a płeć w grupie długotrwale bezrobotnych

Table XI. Chronic diseases and gender in long-term unemployed

Dolegliwość	Długotrwale bezrobotni				Porównanie częstości	
	Mężczyźni		Kobiety		Chi ²	p
	n	%	n	%		
Choroby układu krążenia	33	28,9	40	34,5	0,813	$p>0,05$
Choroby układu pokarmowego	10	8,8	13	11,2	0,379	$p>0,05$
Choroby układu oddechowego	11	9,6	7	6,0	1,041	$p>0,05$
Zaburzenia psychiczne (w tym nerwice)	4	3,5	13	11,2	4,978	$p<0,05$
Inne przewlekłe choroby	18	15,8	24	20,7	0,925	$p>0,05$
Nie wystąpiły ani nie zaostrzyły się żadne schorzenia	59	51,8	51	44	1,398	$p>0,05$

* Procenty nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli wybrać kilka odpowiedzi

Tabela XII. Występowanie chorób przewlekłych a płeć w grupie krótkotrwale bezrobotnych

Table XII. Chronic diseases and gender in short-term unemployed

Dolegliwość	Krótkotrwale bezrobotni				Porównanie częstości	
	Mężczyźni		Kobiety		Chi ²	p
	n	%	n	%		
Choroby układu krążenia	30	27,0	25	22,1	0,726	$p>0,05$
Choroby układu pokarmowego	6	5,4	6	5,3	0,201	$p>0,05$
Choroby układu oddechowego	1	0,9	3	2,7	0,237	$p>0,05$
Zaburzenia psychiczne (w tym nerwice)	6	5,4	17	15,0	5,647	$p<0,05$
Inne przewlekłe choroby	17	15,3	28	24,8	3,124	$p>0,05$
Nie wystąpiły ani nie zaostrzyły się żadne schorzenia	64	57,7	59	52,2	0,671	$p>0,05$

* Procenty nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli wybrać kilka odpowiedzi

samooceny stanu zdrowia ($p > 0,05$). Wraz z wiekiem zmniejszał się zarówno odsetek ocen negatywnych, jak i pozytywnych, wzrastał natomiast udział ocen przeciętnych zadowolenia ze stanu zdrowia. Najczęściej niezadowolonymi oraz zadowolonymi okazały się osoby w wieku 45-54 lata (frakcja odpowiednio 0,24 i 0,48), natomiast badani z grupy najstarszej najczęściej wybierali ocenę „ani zadowolony, ani niezadowolony” (frakcja 0,55). Także wśród krótkotrwale bezrobotnych nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności zadowolenia ze zdrowia od wieku badanych ($p > 0,05$). Tu najczęściej zadowolonymi były osoby w wieku 55-59 lat (frakcja 0,66). Osoby najstarsze, podobnie jak w grupie badanej, najczęściej wybierały odpowiedź „ani zadowolony, ani niezadowolony” (frakcja 0,45). Wśród najmłodszych, tj. w wieku 45-54 lata, ponad połowę stanowili zadowoleni i bardzo zadowoleni.

W analizie logistycznej wieloczynnikowej najważniejszy okazał się brak wiary w zdolność do pracy, które zwiększało ryzyko negatywnej oceny własnego zdrowia pięciokrotnie oraz niezadowolenie ze związków osobistych 2,5-krotnie zwiększające to ryzyko. Występowanie chorób przewlekłych w okresie bezrobocia zwiększało ryzyko niemal trzykrotnie, a występowanie innych chorób przewlekłych niż wymienione w ankiecie (np. chorób układu kostno-stawowego, cukrzycy, chorób wzroku lub słuchu) niemal czterokrotnie. Cechą wpływającą na negatywną samoocenę stanu zdrowia był również brak aktywności fizycznej ($OR = 2,777$) (ryc. 2).

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy czasem trwania bezrobocia a zadowoleniem z jakości życia ($p < 0,001$; $C = 0,20$). Ponad jedna trzecia długotrwale bezrobotnych oceniła negatywnie swoją jakość życia, podczas gdy w grupie porównawczej udział ocen negatywnych był mniejszy i dotyczył jednej czwartej badanych. Jednocześnie odsetek po-

zytywnych ocen jakości życia był wśród długotrwale bezrobotnych znacząco niższy niż wśród pozostałych bezrobotnych (23,5% vs. 42,4%). Wraz z czasem trwania bezrobocia wzrastał odsetek osób, które nie były w stanie jednoznacznie negatywnie bądź pozytywnie ocenić poziomu swojej jakości życia (44,4% w porównaniu do 33,9%) (tab. XIV).

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w ocenie jakości życia przez kobiety i mężczyzn będących długotrwale bezrobotnymi ($p > 0,05$), choć warto zauważyć, że nieco częściej zadowoleni byli mężczyźni

Tabela XIII. Samoocena stanu zdrowia a czas trwania bezrobocia
Table XIII. Self-rated health and period of unemployment

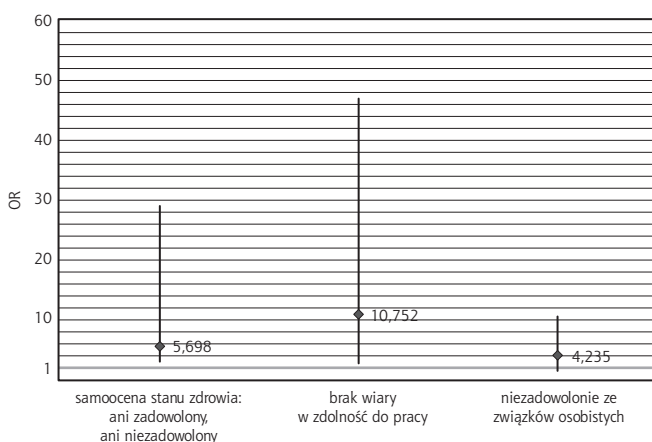
Zadowolenie ze stanu zdrowia	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo niezadowolony	6	2,6	3	1,3	9	2,0
Niezadowolony	43	18,7	36	16,1	79	17,4
Ani zadowolony Ani niezadowolony	77	33,5	62	27,7	139	30,6
Zadowolony	97	42,2	112	50,0	209	46,0
Bardzo zadowolony	7	3,0	11	4,9	18	4,0
Razem	230	100,0	224	100,0	454	100,0

$\chi^2 = 5,126$; $p > 0,05$

Tabela XIV. Postrzegana jakość życia a czas trwania bezrobocia badanych
Table XIV. Quality of life and period of unemployment

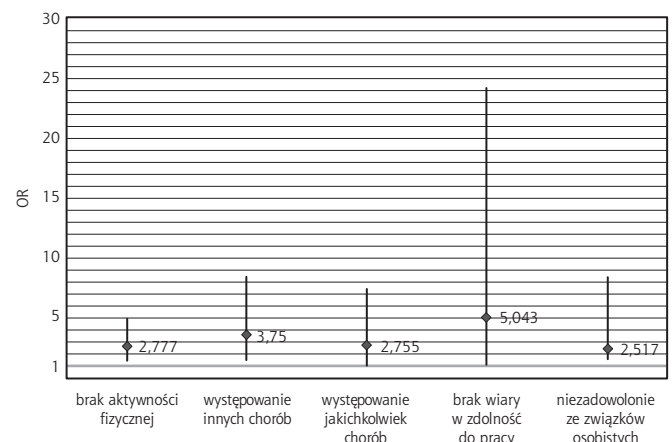
Zadowolenie z jakości życia?	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo niezadowolony	10	4,4	4	1,8	14	3,1
Niezadowolony	64	27,7	49	21,9	113	24,9
Ani zadowolony Ani niezadowolony	102	44,4	76	33,9	178	39,1
Zadowolony	51	22,2	90	40,2	141	31,1
Bardzo zadowolony	3	1,3	5	2,2	8	1,8
Razem	230	100,0	224	100,0	454	100,0

$\chi^2 = 19,572$; $p < 0,001$; $C = 0,20$



Ryc. 1. Ilorazy szans – ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego z 95% przedziałami ufności

Fig.1. Odds ratio – risk of occurrence of mental disorders with 95% confidence intervals



Ryc. 2. Ilorazy szans – ryzyko negatywnej samooceny stanu zdrowia z 95% przedziałami ufności

Fig. 2. Odds ratio – risk of negative self-evaluation of health with 95% confidence intervals

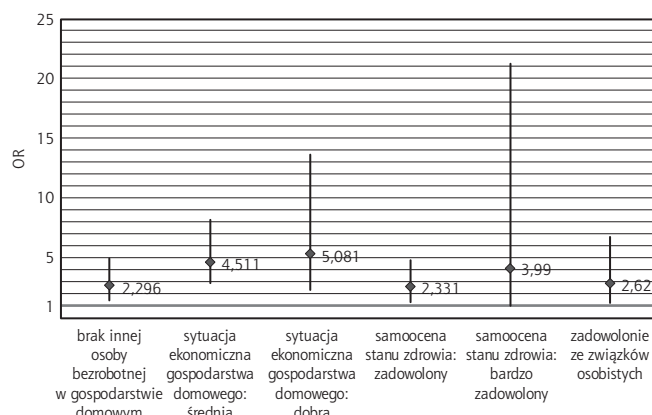
(30% w porównaniu do 20,7%). Także wśród osób krótkotrwale bezrobotnych nie stwierdzono istotnej różnicy w ocenie jakości życia w zależności od płci, chociaż w tym przypadku częściej zadowolone okazały się kobiety (51% vs. 34,2%).

Wśród osób długotrwale bezrobotnych nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy zadowoleniem z jakości życia a wiekiem ($p > 0,05$). Najczęściej badani oceniali swoją jakość życia wybierając odpowiedź „ani zadowolony ani niezadowolony”, w szczególności dotyczyło to osób najstarszych, powyżej 59 roku życia (65%). Relatywnie najbardziej zadowolonymi ze swojej jakości życia okazali się bezrobotni w wieku 55-59 lat (32%), najmniej zaś osoby najmłodsze, w wieku 45-54 lata (22%). Pośród osób krótkotrwale bezrobotnych także nie wystąpiły istotne różnice tej oceny w zależności od wieku ($p > 0,05$). W tej grupie także najczęściej zadowolonymi były osoby w wieku 55-59 lat (50%), najgorzej zaś oceniały swoją jakość życia osoby najstarsze, tj. w wieku 60-54 lata (30%).

Konstrukcja kwestionariusza WHOQOL-Bref pozwoliła również na zbadanie poziomu zadowolenia z jakości życia w tzw. 4 dziedzinach. Ocena każdej z dziedzin zawierała się w przedziale 4-20 pkt [19]. Na dziedzinę fizyczną składała się m.in.: ocena odczuwanego bólu i dyskomfortu, zależności od leków i leczenia, witalności. Dziedzina psychiczna to np. poczucie radości z życia, sensu życia czy umiejętność koncentracji. Dziedzina społeczna to ocena związków osobistych, poczucie wsparcia społecznego. Wreszcie na dziedzinę środowiskową składały się m.in. ocena sytuacji finansowej, otaczającego środowiska, warunków mieszkaniowych. Analiza postrzeganej jakości życia bezrobotnych w zakresie 4 dziedzin wykazała, że zarówno osoby długotrwale, jak i krótkotrwale bezrobotne najgorzej postrzegały swoją jakość życia w obszarze otaczającego ich środowiska (odpowiednio 11,54 i 12,38). Z kolei najlepiej wypadła ocena jakości życia w aspekcie zdrowia fizycznego (14,46 i 15,27). Jednocześnie wykazano, iż wraz z czasem trwania bezrobocia pogarszała się ocena jakości życia we wszystkich dziedzinach. Największa różnica pomiędzy osobami długotrwale bezrobotnymi a krótkotrwale bezrobotnymi występowała w obszarze dziedziny środowiskowej, następnie dziedziny fizycznej, społecznej (13,51 vs. 14,32), najmniejsza zaś w dziedzinie psychicznej (12,46 vs. 13,15).

W analizie logistycznej wieloczynnikowej dowiedziano, iż cztery czynniki wpływały najsilniej na pozytywną ocenę jakości życia. Najważniejsza okazała się sytuacja ekonomiczna gospodarstwa domowego, która jeśli jest średnia zwiększała szansę pozytywnej oceny jakości życia 4,5 razy, a jeśli jest bardzo dobra to nawet ponad pięciokrotnie. Zadowolenie ze swojego

stanu zdrowia zwiększało tę szansę dwukrotnie, a przy dużym zadowoleniu nawet blisko czterokrotnie. Ważną rolę odgrywał także czynnik społeczny, jakim jest zadowolenie ze związków osobistych, które zwiększało pozytywną ocenę ponad 2,5-krotnie. Brak innej osoby bezrobotnej w gospodarstwie domowym powodował, iż szansa pozytywnej oceny jakości życia wzrastał ponad dwukrotnie ($OR = 2,296$) (ryc. 3).



Ryc. 3. Ilorazy szans – szansa pozytywnej oceny jakości życia z 95% przedziałami ufności

Fig. 3. Chance for positive evaluation of quality of life with 95% confidence intervals

Dyskusja

Powiązanie braku stałego zatrudnienia z pogorszeniem stanu zdrowia fizycznego i zwiększoną przez czynnik bezrobocia umieralnością nie jest łatwe do udowodnienia. W klasycznych już dzisiaj analizach H. Brenner zauważył, iż okresom kryzysu i recesji z wysokim bezrobociem towarzyszy wzrost wskaźników świadczących o pogorszeniu stanu zdrowia populacji – wzrost umieralności, występowania chorób przewlekłych, przyjęć do szpitali psychiatrycznych [20-22]. Inne populacyjne zarówno retro- jak i prospektywne wskazują, iż w okresie bezrobocia wzrasta zachorowalność na choroby somatyczne, nasilająca się wraz z czasem trwania bezrobocia [23, 24]. W badaniu tylko częściowo udało się potwierdzić tę obserwację. Bezrobotni długotrwale częściej niż krótko bezrobotni wskazywali na wystąpienie chorób przewlekłych w okresie braku stałego zatrudnienia, nie był to jednak związek istotny statystycznie. Większość badań wskazuje na większą zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia wśród osób bezrobotnych [25, 26]. W niniejszym badaniu chorobami najsilniej związanymi z czasem trwania bezrobocia okazały się choroby układu oddechowego. Podobne obserwacje świadczące o nasilonym występowaniu chorób układu oddechowego wśród bezrobotnych ukazały fińskie badania rynku pracy oraz badania L. Fagin, S.V. Kasl [12, 27, 28]. Obecność takich zaburzeń miała także istotny wpływ na postrzeganą jakość życia badanych.

Wyniki badań wskazują, iż stres bezrobocia związany jest z pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego i występowaniem negatywnych emocji [9, 10, 24]. Długotrwałe narażenie na stresor psychospołeczny, jakim jest brak zatrudnienia, doprowadziło w grupie badanych do pogorszenia nastroju i zaburzeń zdrowia o charakterze depresyjnym. Wśród osób bezrobotnych relatywnie krótko (do 6 miesięcy) nieco częściej niż wśród długo bezrobotnych występowały choroby psychiczne. Zdaniem niektórych badaczy negatywne skutki utraty pracy mogą wystąpić zwłaszcza w okresie do 6 miesięcy po utracie pracy. Bezrobotni dłużej niż pół roku doświadczają natomiast stabilizacji poziomu zdrowia psychicznego, które utrzymuje się jednak na niskim poziomie prowadząc często do niepokojów, lęków, braku wiary w siebie i depresji [29, 30].

Ważną determinantą zarówno samooceny stanu zdrowia oraz poziomu zdrowia psychicznego badanych okazało się zadowolenie ze związków osobistych. Poczucie niezadowolenia z tej sfery życia osobistego było związane ze zwiększonym ryzykiem negatywnej samooceny stanu zdrowia oraz wystąpieniem zaburzeń zdrowia psychicznego, natomiast zadowolenie zwiększało szansę na pozytywną ocenę jakości życia. Potwierdza to wyniki innych badań, w których środowisko społeczne i mnogość oraz rozległość kontaktów społecznych odgrywają ważną rolę w modyfikowaniu zdrowotnych konsekwencji bezrobocia [24, 31].

W badaniu wykryto możliwe efekty kumulowania się bezrobocia w gospodarstwie domowym. Zgodnie z teorią Clark'a bezrobocie innych członków gospodarstwa domowego może mieć łagodzący wpływ na negatywne efekty zdrowotne bezrobocia, wytwarza się bowiem w gospodarstwie domowym swoiste przyzwolenie, norma na pozostawanie poza pracą (zatrudnieniem) [32]. Wyniki niniejszego badania nie stanowią jednak potwierdzenia dla tej teorii. Fakt występowania innej osoby bezrobotnej w gospodarstwie domowym badanego nie miał bowiem większego wpływu na ogólny stan zdrowia psychicznego i samooceny stanu zdrowia. Jest to także zbieżne z wynikami innych badań [32, 33]. Jednak fakt występowania innych bezrobotnych w gospodarstwie domowym nie może zostać uznany za zupełnie nieistotny, gdyż jak pokazały wyniki przeprowadzonego badania może znacząco obniżać poziom postrzeganej jakości życia bezrobotnych. Pomimo, iż zarówno wśród długotrwałe, jak i krótkotrwałe bezrobotnych najmniejsze narażenie na wystąpienie zaburzeń psychicznych występowało wśród osób przebywających w stałym związku (formalnym bądź nieformalnym), porównując wyniki obu grup można zauważyć, iż wraz z czasem trwania bezrobocia pogorszenie kondycji psychicznej widoczne było wyraźniej właśnie wśród osób przebywających w stałym związku niż wśród

osób owdowiałych, a zwłaszcza osób stanu wolnego. Stały związek jest bowiem związany z pewnymi wymaganiami i celami życiowymi stawianymi przez partnera, często także z koniecznością utrzymania dzieci, co może nasilać negatywne efekty bezrobocia. Do podobnych wniosków doszli autorzy *Diagnozy Społecznej z 2009 r.* – badania przeprowadzonego na populacji polskiej. Stres życiowy osłabiało bowiem m.in. bycie singlem czy wdowieństwo [34]. Opisane powyżej wyniki potwierdzają także inne badania przeprowadzane wśród osób bezrobotnych. Generalnie małżeństwo zdaje się wpływać pozytywnie na sytuację zdrowotną bezrobotnych, tylko w przypadku kobiet. Występujące różnice tłumaczyć można odmiennymi rolami społecznymi kobiet i mężczyzn [26, 35].

Postrzegana jakość życia ulegała pogorszeniu wraz z trwaniem okresu bezrobocia. Odsetek ocen pozytywnych jakości życia w grupie długotrwałe bezrobotnych wyniósł tylko 23,5%, podczas gdy wśród krótkotrwałe bezrobotnych 42,4%. Wyniki te są gorsze od oceny jakości życia młodych bezrobotnych (w wieku 20-25 lat), gdzie 67% badanych oceniło swoją jakość życia pozytywnie [36]. W porównaniu do oceny zadowolenia z życia wyrażanej w badaniach na reprezentatywnej grupie mieszkańców Polski oraz województwa łódzkiego ocena jakości życia osób bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej jest znacznie gorsza. Odsetek ocen pozytywnych wynosi w takich badaniach ok. 70% respondentów [34, 37]. Także wyniki innych badań [38-41] wskazują, iż bezrobotni charakteryzują się gorszą oceną jakości życia niż pracujący. Przeprowadzone badanie wykazało, iż ważnym czynnikiem wpływającym na ogólną ocenę jakości życia osób bezrobotnych była ocena sytuacji ekonomicznej gospodarstwa domowego. Innymi słowy dobra ocena sytuacji ekonomicznej zwiększała znacząco szansę pozytywnej oceny jakości życia. Podobne wyniki uzyskano w badaniach osób w wieku 45-64 lata z niskim dochodem przeprowadzonych przez amerykańskie centrum zwalczania i zapobiegania chorobom [42].

Niektóre badania wskazują, iż bezrobocie związane jest ze złą samooceną stanu zdrowia [24, 43]. Niniejsze badanie wykazało jednak, iż znaczna część bezrobotnych pozytywnie oceniła stan swojego zdrowia. Ponadto zaobserwowane nieznaczne pogorszenie tej oceny w trakcie trwania bezrobocia nie było istotne statystycznie. Być może było to spowodowane znacznym i mającym tendencję wzrostową poziomem bezrobocia występującym na terenie, na którym przeprowadzono badanie. Istnieją bowiem badania wskazujące, iż lokalnie występujący wysoki poziom bezrobocia może łagodzić negatywny wpływ braku pracy na samopoczucie bezrobotnych i poziom zdrowia [23, 44, 45].

Wnioski

1. Stan bezrobocia może prowadzić do wielu negatywnych skutków w sferze zdrowotnej. Analiza wieloczynnikowa przy pomocy modelu regresji logistycznej wykazała, iż siła efektów zdrowotnych bezrobocia zależy nie tylko od sytuacji ekonomicznej gospodarstwa domowego lecz także od innych współistniejących czynników. Istotną rolę odgrywało bowiem zadowolenie ze związków osobistych, wiara w zdolność do ponownego podjęcia zatrudnienia, brak aktywności fizycznej, czy też obecność innej osoby bezrobotnej w gospodarstwie domowym.
2. Brak zatrudnienia nie zawsze jednak prowadzi do pogorszenia oceny stanu zdrowia. Brak pracy: wymagań i oczekiwań pracodawcy, często obciążenia psychicznego i fizycznego stawianego przez pracę dla wielu może stanowić czynnik korzystny dla postrzeganego potencjału zdrowia i sił witalnych. Większe negatywne konsekwencje widoczne mogą być za to w stanie psychicznym i postrzeganej jakości życia, na które, jak wskazują wyniki niniejszego badania stan bezrobocia, szczególnie długotrwałego, wywiera negatywny wpływ.
3. Reakcja na sytuację bezrobocia jest silnie zindywidualizowana. Zależy od kontekstu społecznego, stanu zdrowia nie tylko w czasie ale i przed bezrobociem, oczekiwań wobec pracy i wartości jaką przedstawia praca w życiu danej jednostki. Jakość życia, jako konstrukt wielowymiarowy, mogący w sposób subiektywny opisywać poziom zadowolenia z życia w jego zdrowotnym, materialnym i duchowym wymiarze, wydaje się więc lepiej określać główne obszary deficytów, jakie może wywołać bezrobocie.
4. Programy przeciwdziałania skutkom bezrobocia powinny być nacelowane na dążenie do przełamania bariery bezsilności wobec rynku pracy poprzez wzmocnienie poczucia własnej wartości, zwalczanie lęku i depresji wśród bezrobotnych. Istotnym jest podejmowanie zindywidualizowanych działań mających na celu wzmocnienie mocnych stron osoby bezrobotnej, dostosowanych do jego indywidualnej sytuacji i cech. Pamiętać należy, iż prognozy demograficzne GUS wskazują, że proces starzenia się naszego społeczeństwa w nadchodzących latach przybierze na sile. Działania skierowane do osób bezrobotnych powinny zatem zawierać elementy dotyczące monitorowania oraz promowanie zdrowia, gdyż osoby poszukujące pracy narażone będą równocześnie na dwa czynniki zmniejszające ich potencjał zdrowotny – bezrobocie i wiek.

Badania były realizowane w ramach grantu Prezydenta Miasta Łodzi – Zarządzenie nr 2957/V/09 z dn. 30.03.2009 r., temat nr 1 „Biologiczne, kulturowe i społeczne przejawy stresu środowiskowego i jego wpływ na zdrowie współczesnych Łoździan” – projekt Ed-VII-4346/G-1,4,9/09 oraz współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Budżetu Państwa w ramach Działania 2.6 Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego, w związku z realizacją projektu p.n. „Stypendia wspierające innowacyjne badania naukowe doktorantów”.

Piśmiennictwo / References

1. Paul KI, Geithner E, Moser K. Latent Deprivation among People who Are Employed, Unemployed, or Out of the Labor Force. *J Psychol* 2009, 143(5): 477-491.
2. Jonge J, Schaufeli WB. Job characteristics and employee well-being: a test of Warr's Vitamin Model in health care workers using structural equation modeling. *J Organiz Behav* 1998, 19: 387-407.
3. Kalbarczyk A. Psychologiczne konsekwencje utraty pracy i bezrobocia. [w:] Organizacja, Praca, Bezrobocie. Kranas G (red). Wyd Uniw Warszawskiego, Warszawa 1999: 7-44.
4. Cieślak R, Klonowicz T. Wsparcie społeczne a stres pracy i bezrobocie. [w:] Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Sęk H, Cieślak R (red). PWN Warszawa 2006: 152-170.
5. Scanlan JN, Beltran RO. Work in unemployment – occupied or preoccupied? A review. *Work* 2007, 28(4): 325-334.
6. Szyłko-Skoczny M. Polityka społeczna wobec bezrobocia w Trzeciej Rzeczypospolitej. ASPRA-JR, Warszawa 2000.
7. Verkley H, Stolk J. Does happiness lead into idleness? [w:] How harmful is happiness? Veenhoven R (red). Rotterdam: Universitaire Pers Rotterdam 1990: 79-93.
8. Worach-Kardas H. Bezrobocie a zdrowie psychofizyczne. *Polit Społ* 1996, 4: 25-30.
9. Claussen B, Bjørndal A, Hjort PF. Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *J Epidemiol Community Health* 1993, 47: 14-18.
10. Bjarnason T, Sigurdardottir TJ. Psychological distress during unemployment and beyond: social support and material deprivation among youth in six northern European countries. *Soc Sci Med* 2003, 56(5): 973-985.
11. Butterworth P, Rodgers B, Windsor TD. Financial hardship, socio-economic position and depression: Results from the PATH Through Life Survey. *Soc Sci Med* 2009, 69: 229-237.
12. Przewoźniak L. Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia. [w:] Zdrowie publiczne. Czupryna A i wsp (red). T. 1. Uniw Wyd Med Vesalius Kraków 2000: 71-126.
13. Fergusson DM, Horwood LJ, Woodward LJ. Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: causation or selection?. *Soc Sci Med* 2001, 53: 305-320.

14. Wnuk M, Marcinkowski JT. Jakość życia chorobach przewlekłych. *Hygeia Public Health* 2013, 48(3): 274-278.
15. Mroczkowska D. Wpływ sumienności i sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych na jakość życia. *Hygeia Public Health* 2013, 48(2): 205-210.
16. The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995, 41: 1403-1409.
17. Wdowiak L, Stanisławek D, Stanisławek A. Jakość życia w stacjonarnej opiece długoterminowej. *Med Rodz* 2009, 4: 49-63.
18. Makowska Z, Merecz D. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Golberga, Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28. Oficyna Wyd Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2001.
19. Wołowicka L, Jaracz K. Polska wersja WHOQOL – WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. [w:] Jakość życia w naukach medycznych. Wołowicka L (red). Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001: 235-280.
20. Brenner MH. Mortality and the national economy. A review and the experience of England and Wales, 1936-1976. *Lancet* 1979, 2/8142: 568-573.
21. Kośmicki M. Stres psychospołeczny jako czynnik ryzyka choroby wieńcowej. *Przew Lek* 2002, 6: 30-31.
22. Włodarczyk C, Bryła M. Niektóre metodologiczne problemy interpretacji zależności między sytuacją społeczno-ekonomiczną a stanem zdrowia. *Zdr Publ* 1983, 11-12 (94): 588-593.
23. Martikainen PT, Valkonen T. Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet* 1996, 348: 909-913.
24. Leeflang RLI, Klein-Hesselink DJ, Spruit IP. Health effect of unemployment – I. Long – term unemployed men in a rural and an urban setting. *Soc Sci Med* 1992, 34(4): 341-350.
25. Geyer S, Peter R. Hospital admissions after transition into unemployment. *Soz Praventivmed* 2003, 48: 105-114.
26. Eliason M, Storrie D. Job loss is bad for your health – Swedish evidence on cause – specific hospitalization following involuntary job loss. *Soc Sci Med* 2009, 68(8): 1396-1406.
27. Linkola P. Nowa polityka wiekowa Finlandii od 1995 roku. Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2007.
28. Bańka A. Jak definiuje się bezrobocie z perspektywy psychologicznej? [w:] Podręcznik pomocy psychologicznej. Bańka A (red). Wyd PRINT – B Poznań 1992: 22-34.
29. Rowley KM, Feather NT. The impact of unemployment in relation to age and length of unemployment. *J Occup Psychol* 1987, 60: 323-332.
30. Warr P. Psychologiczne skutki długotrwałego bezrobocia. [w:] Człowiek w społecznej przestrzeni bezrobocia. Chirkowska-Smolak T, Chudzicka A (red). Wyd Nauk UAM Poznań 2004: 137-152.
31. Béland F, Birch S, Stoddart G. Unemployment and health: contextual – level influences on the production of health in populations. *Soc Sci Med* 2002, 55(11): 2033-2052.
32. Scutella R, Wooden M. The effects of household joblessness on mental health. *Soc Sci Med* 2008, 67: 88-100.
33. Pearlin LJ, Lieberman MA, Menaghan EG, Mullan JT. The Stress Process. *J Health Soc Behav* 1981, 22: 337-356.
34. Czapiński J, Panek T. Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków, Raport. Rada Monitoringu Społecznego, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa 2009.
35. Artazcoz L, et al. Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class. *Am J Public Health* 2004, 94(1): 82-88.
36. Axselsson L, et al. Inequalities of quality of life in unemployed young adults: A population – based questionnaire study. *Int J Equity Health* 2007, 6: 1-9.
37. Wciórka B. Poziom satysfakcji życiowej Polaków w latach 1994-2006, Komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2007.
38. Martella D, Maass A. Unemployment and Life Satisfaction: The Moderating Role of Structure and Collectivism. *J Appl Soc Psychol* 2000, 30: 1095-1108.
39. Brenklev T, et al. Relationship Between Sick Leave, Unemployment, Disability, and Health-Related Quality of Life in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis* 2006, 12: 402-412.
40. Jiang Y, Hesser JE. Associations between health-related quality of life and demographics and health risks. Results from Rhode Island's 2002 behavioral risk factor survey. *Health Qual Life Outcomes* 2006, 4: 1-9.
41. Zagożdżon P, Ejsmond J. Jakość życia związana ze zdrowiem u bezrobotnych. *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89(4): 498-503.
42. Zahran HS i wsp. Public Health and Aging: Health-Related Quality of Life Among Low-Income Persons Aged 45-64 Years United States, 1995-2001. *Morb Mortal Weekly Report* 2003, 52: 1120-1124.
43. Blaxter M. *Health and Lifestyles*. Routledge, London 1990.
44. Trew K, Kilpatrick R. The daily life of the unemployed Social and psychological dimensions. Department of Psychology, Queen's University of Belfast, Belfast 1984.
45. Hemström Ö. Explaining differential rates of mortality decline for Swedish men and women: a time – series analysis, 1945-1992. *Soc Sci Med* 1999, 48: 1759-1777.