

Implikacje zdrowotne bezrobocia w Polsce i na Śląsku na tle zmian społecznych

Health implications of unemployment in Poland and Silesia, against background of social change

MARCIN DUDEK^{1/}, JOANNA KASZNIĄ-KOCOT^{1,2/}, AGATA WYPYCH-ŚLUSARSKA^{1/}

^{1/} Zakład Epidemiologii, Katedra Epidemiologii i Biostatystyki, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

^{2/} Poradnia Alergologiczna, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu

Celem artykułu jest przedstawienie wpływu bezrobocia na stan zdrowia populacji, ze szczególnym uwzględnieniem rodziny bezrobotnego. Zainteresowanie tematyką wpływu bezrobocia na zdrowie sięga lat międzywojennych. Dzieci z rodzin, w których co najmniej jeden z rodziców jest bezrobotny, częściej chorują przewlekłe. Osoby pozbawione pracy częściej sięgają po alkohol i papierosy. Bezrobocie rodziców negatywnie wpływa także na stan zdrowia nastolatków, pogarsza się ich zdrowie fizyczne oraz psychiczne. Występowanie objawów somatycznych, takich jak bóle głowy, brzucha spada wraz ze wzrostem zamożności rodzin. Podobnie sytuacja odnosi się do zaburzeń natury psychicznej, jak przygnębienie, zdenerwowanie. Liczne badania wykazały, iż rodziny dotknięte bezrobociem charakteryzują się gorszym zdrowiem, w tym zdrowiem psychicznym. Bezrobocie skutkuje obniżeniem standardu życia, może mieć wpływ na marginalizację oraz wykluczenie z życia społecznego. W artykule scharakteryzowano także etapy zmian na rynku pracy z uwzględnieniem procesu przemian społeczno-gospodarczych.

Słowa kluczowe: bezrobocie, problemy zdrowotne, zmiany społeczne, rodzina

The aim of this article is to present the impact of unemployment on health status of the population, with particular emphasis on the family of the unemployed. The impact of unemployment on health had been the subject of scientific discussion since before the World War II. Chronic diseases are more common in children from families with at least one unemployed parent. The unemployed are more likely to use cigarettes and alcohol. Parental unemployment has a negative impact on the health of young people, characterized by worsened physical and mental health. Among the families of the unemployed more common are somatic symptoms, e.g. headaches, stomachaches and psychical symptoms, such as depression, anxiety. Numerous studies have shown that families affected by unemployment are characterized by decreased health, including mental health. Unemployment results in a lowered standard of living, can increase marginalization and exclusion from social life. The article describes the stages of changes in the labor market, taking into account the process of economic and social change.

Key words: unemployment, health problems, social changes, family

© Hygeia Public Health 2016, 51(2): 146-153

www.h-ph.pl

Nadesłano: 01.09.2015

Zakwalifikowano do druku: 30.05.2016

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Marcin Dudek

Zakład Epidemiologii, Katedra Epidemiologii i Biostatystyki

Wydział Zdrowia Publicznego

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

ul. Piekarska 18, 41-902 Bytom

tel. 606 72 68 24, e-mail: dudekmarcin1990@gmail.com

Wprowadzenie

Funkcjonowanie społeczeństwa oraz przebieg wszelkich procesów w nim zachodzących ma charakter ciągły, dlatego społeczeństwa ulegają ciągłym modyfikacjom. Najbardziej złożoną i skomplikowaną formą zmienności jest zmiana społeczna, definiowana jako różnica między stanem systemu społecznego w jednym momencie czasu i stanem tego samego systemu w innym [1].

W XX w. postęp i intensywność zmian społecznych przybrały niespotykane nigdy wcześniej tempo,

w znacznej mierze związane z procesem globalizacji. Ich nagłość i postępowość powodowało „zachwiania równowagi” otaczającego świata, konieczność adaptacji do nowych warunków, co mogło prowadzić do dezorganizacji jednostki, poczucia niepewności i zagubienia, braku bezpieczeństwa, ale także generowania nowych problemów, m.in. zdrowotnych. Pierwsza połowa minionego stulecia obfitowała w ciąg negatywnych, traumatycznych wydarzeń, w szczególności związanych z działaniami wojennymi obejmującymi nie tylko Polskę, ale cały świat. Ubiegły wiek pozo- stanie zapamiętany jako okres nagłych, nieprzewi-

dywalnych zmian, powodujących zmiany sytuacji społeczno-politycznej różnych grup czy zbiorowości oraz podważenia ich tożsamości [1].

Przykładem zmian społecznych w Polsce są zmiany spowodowane odzyskaniem niepodległości w 1918 r., obaleniem systemu komunistycznego w 1989 r., a także wstąpienie Polski do UE w 2004 r. Każde z tych wydarzeń charakteryzowało się innymi problemami i wyzwaniem stającym przed polskim społeczeństwem. W 1918 r. było to odtworzenie struktur państwowych, stworzenie całkowicie nowych reguł w zakresie prawa, edukacji czy zdrowia. Lata 90. XX w., to zmiany w strukturze gospodarczej i gwałtowne zmiany na rynku pracy oraz pojawienie się bezrobocia, rozwój nowych technologii – komputeryzacji i szerokiego dostępu do Internetu. XXI w. i wejście do UE, to dalsze zmiany w strukturze zatrudnienia, a także wzrost migracji zarobkowych do krajów zachodnich, przez co rozluźnieniu uległy więzi rodzinne i społeczne.

Każda ze wspomnianych zmian społecznych w sposób pośredni bądź też bezpośredni wpływała na stan zdrowia całej populacji, bądź wybranych grup, których przemiany te dotyczyły. Czynniki ekonomiczne są niewątpliwie jednymi z kluczowych elementów kształtujących profil zdrowotny populacji. Zasoby materialne, posiadanie bądź brak pracy decydują o możliwościach finansowych rodziny, w tym o korzystaniu z dostępnej opieki medycznej, długookresowej bądź doraźnej pomocy, sposobach spędzania wolnego czasu, sposobie żywienia, możliwościach kształcenia własnych dzieci.

Dlatego też autorzy niniejszej pracy przedstawiają na podstawie aktualnych i wiarygodnych doniesień naukowych wpływ bezrobocia jako efektu zmiany społecznej na stan zdrowia populacji.

Bezrobocie na tle historii Polski

Bezrobocie jest kwestią podejmowaną nie tylko przez ekonomistów, ale ze względu na swoje konsekwencje pozostaje również sprawą społeczną, polityczną, a nawet zdrowotną. Dodatkowo przybiera ono wymiar mikrospołeczny, dotykając np. rodzin i małych społeczności, jak również wymiar makrospołeczny, ujawniając się m.in. w obliczu światowego kryzysu gospodarczego. Bezrobocie pozostaje w ścisłym związku z innymi negatywnymi przejawami życia społecznego, wzmacniając tym samym niekorzystne oddziaływanie m.in. na sferę zdrowia, pogłębiając nierówności społeczne i nierówności w zdrowiu, prowadząc do dyskryminacji i stygmatyzacji wybranych grup. Coraz częściej tematy juvenalizacji biedy, dziedziczenia biedy przeplatają się z tematyką bezrobocia i jego wpływu na funkcjonowanie jednostki.

Mówiąc o bezrobociu w Polsce należy wskazać na jego wymiary i charakter w zależności od obserwowanej zmiany społecznej.

Pierwsze wzmianki o bezrobociu odnoszą się do dwudziestolecia międzywojennego, okresu, w którym Polska odzyskała niepodległość stając przed wyzwaniem zaopatrzenia obywateli w pracę, a tym samym w środki niezbędne do życia. Bezrobocie w tym okresie było elementem stałym, zmniejszając się w okresach wzrostu gospodarczego i zwiększając z chwilą kryzysu ekonomicznego. Ponadto Polska dwudziestolecia międzywojennego była krajem wyraźnie zróżnicowanym pod względem ekonomicznym, na co niewątpliwie miał wpływ okres 123 lat pod zaborami.

Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości na Śląsku zjawisko bezrobocia było stosunkowo niskie. Przyczyniła się do tego inna struktura gospodarcza, która charakteryzowała się szeroko rozbudowanym przemysłem, handlem, komunikacją oraz usługami. Ponadto zaznaczyć należy, że Śląsk w tym okresie charakteryzował się autonomią i związanym z tym swoistym przywilejem, jakim był Skarb Śląski. W pierwszych latach po odzyskaniu niepodległości Śląsk charakteryzował się niskim poziomem bezrobocia. Taki stan mógł wynikać także z niedostępności zasobów pracy dla ludności spoza województwa. Jednakże od 1924 r. nastąpił gwałtowny wzrost bezrobocia, którego szczytowym okresem był 1933 r. – 136 tys. bezrobotnych (w 1923 r. było to 2 tys.). Stopa bezrobocia wyniosła 10%, a tym samym Śląsk znalazł się wśród regionów kraju najbardziej dotkniętych bezrobociem. Podobny trend występował w całym kraju, a w 1933 r. bezrobocie osiągnęło poziom 780 tys. osób [2].

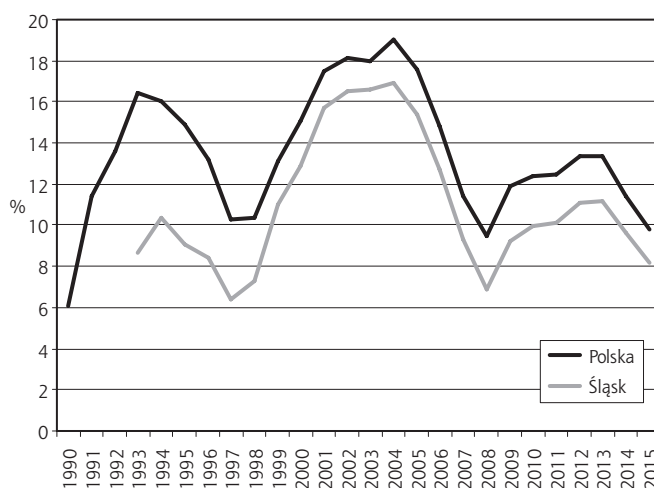
Po II wojnie światowej bezrobocie niemal na 50 lat zniknęło z polskiej rzeczywistości. Spowodowane to było ideologią realnego socjalizmu, według założeń którego każdy obywatel musiał posiadać pracę. Można jednak powiedzieć, że przed 1989 r. w Polsce występowało bezrobocie ukryte, związane z wykonywaniem pracy, która nie była ściśle związana z wykształceniem. Przyczyną tego było zastąpienie nadmiernego popytu na pracę, zjawiskiem przeciwnym, a mianowicie nadmierną podażą pracy. Specyfiką okresu komunizmu była nobilitacja życia w mieście, urbanizacja i uprzemysłowienie. Stąd też masowe migracje ludności z terenów wiejskich do miast, nieprzemyślany rozwój architektoniczny poprzez budowę wielkich, homogenicznych osiedli robotniczych, intensywny rozwój przemysłu. Szczególnie nasilony ruch migracji dotyczył Górnego Śląska, regionu silnie uprzemysłowionego. To tu podążała duża liczba ludności z różnych części Polski znajdując pracę w przemyśle ciężkim. Ponadto miasto socjalistyczne skupione było przede wszystkim na działalności produkcyjnej, dlatego też większość mieszkańców zatrudniona była w tym sek-

torze, a inne dziedziny gospodarki zostały zaniedbane [3]. Gospodarka sterowana centralnie, wspomagana ideologią socrealizmu wpłynęła w późniejszym czasie na losy wielu grup społecznych, szczególnie osób zatrudnionych w przemyśle ciężkim, skazując ich często na bezrobocie, marginalizację i brak perspektyw.

Transformacja ustrojowa w Polsce, oprócz wielu korzyści przyniosła ze sobą również niepożądane skutki. Wśród nich wymienić należy pojawienie się nowych form ryzyka i zagrożeń, w tym bezrobocie, pogorszenie się warunków życia, pojawienie się enklaw biedy. Dodatkowo wzrosła świadomość zagrożeń środowiskowych i zdrowotnych wynikających z wieloletnich zaniedbań. Efektem tego była m.in. restrukturyzacja przemysłu. Zauważono konieczność i potrzebę zmiany profilu polskiej gospodarki z wytwórczej na usługową. Wiązało się to niestety z koniecznością likwidacji dotychczasowych miejsc pracy, zwłaszcza w przemyśle ciężkim [4].

Dlatego też w latach 90. XX w. pojawiło się dotąd niespotykane zjawisko – bezrobocie masowe [5, 6]. Dotknęło ono szczególnie Górny Śląsk i dawne robotnicze dzielnice poszczególnych miast, prowadząc do ich zubożenia, marginalizacji mieszkającej tam ludności i deprivacji ekonomicznej. Jako przykład można podać dzielnice Bytomia (Bobrek, Karb, Miechowice), Chorzowa (Chorzów Batory i Chorzów Stary) oraz Katowic (Szopienice, Janów) [4]. Niekorzystnym zjawiskiem charakteryzującym polskie bezrobocie jest jego długookresowość, a także dziedziczenie, przejawiające się szczególnie przekazywaniem biedy i określonych wzorców zachowań, nieumiejętności korzystania z zasobów społecznych, bądź ograniczonego dostępu do nich. Poziom bezrobocia jest różny w województwach, w większym stopniu dotyczy kobiet oraz osób o niższym wykształceniu [6]. Poniższa rycina prezentuje stopę bezrobocia w Polsce oraz na Śląsku w latach 1990-2015 (ryc. 1) [7, 8].

Pierwsze trzy lata okresu transformacji charakteryzowały się gwałtownym wzrostem stopy bezrobocia (o 10%). Drugi okres wzrostowy charakterystyczny jest dla okresu przedakcesyjnego, wtedy również odnotowano najwyższą stopę bezrobocia (19% w Polsce i 17% na Śląsku w 2004 r.). Wstąpienie Polski do UE wiązało się z udostępnieniem dla Polaków zachodnich rynków pracy, ale także z przeobrażeniami na rynku krajowym. Po wstąpieniu do UE obserwowany jest trend spadkowy w liczbie osób bezrobotnych (ryc. 1). Jednocześnie wzrastał wskaźnik aktywności zawodowej osób w wieku produkcyjnym. Poza ogólną poprawą sytuacji na rynku pracy polepszyła się również sytuacja osób młodych – w latach 2004-2012 bezrobocie wśród osób młodych (poniżej 25 r.ż.) zmniejszyło się o 15% (z 42 do 27%). Ostatnie 10 lat to także wzrost liczby nowych miejsc pracy. Tworzeniu miejsc pracy sprzyjały zarówno wzrost



Ryc. 1. Stopa bezrobocia w Polsce i na Śląsku w latach 1990-2015 (na podstawie danych Powiatowego Urzędu Pracy w Rybniku)

Fig. 1. Unemployment rate in Poland and Silesia between 1990-2015 (based on data from District Labour Office in Rybnik)

gospodarczy, ale również środki unijne. Po 2004 r. zmieniła się struktura zatrudnienia w poszczególnych sektorach gospodarki, odnotowano 4% wzrost zatrudnienia w przemyśle (53% w 2003 r. do 57% w 2013 r.) oraz 2% wzrost w usługach (29% w 2003 r. do 31% w 2013 r.). Wstąpienie do UE umożliwiło Polakom poszukiwanie pracy w krajach unijnych. Od maja 2004 r. swobodny przepływ pracowników był możliwy pomiędzy nowymi krajami UE oraz Wielką Brytanią, Irlandią i Szwecją. W kolejnych latach pozostałe państwa otwierały swoje rynki pracy dla migrantów. Zdecydowana większość migracji miała charakter zarobkowy. Najliczniejsza fala migracji miała miejsce w latach 2004-2007 (w 2004 r. w UE przebywało czasowo 750 tys. osób, natomiast w 2011 r. 1622 tys.) [9].

Okres wzrostu gospodarczego przerwał kryzys gospodarczy z 2008 r. Jego skutkiem było pojawienie się recesji i spowolnienia gospodarczego w wielu krajach UE [10]. Zmiany na polskim rynku pracy miały łagodniejszy przebieg, do 2010 r. stopa bezrobocia wzrosła o 3%, a następnie się ustabilizowała (ryc. 1). Rynek pracy dostosował się do hamującej gospodarki, a dzięki temu nie nastąpił gwałtowny wzrost bezrobocia długookresowego. Kryzys dotknął przede wszystkim branżę budowniczą oraz przemysł. Kryzys gospodarczy wymusił zmiany w funkcjonowaniu rynku pracy oraz jego uelastycznienie, co w konsekwencji doprowadziło do zwiększenia niepewności zatrudnienia. Zwiększył się odsetek pracujących w ramach umów na czas określony, umowy zlecenia i umowy o dzieło – z 19% w 2004 r. do 27% w 2014 r. [9].

Transformacja na Śląsku

Śląsk już od najdawniejszych czasów słynął jako zagłębie górnictwo-hutnicze. Przemysł w regionie

ukształtował obecne społeczeństwo – jego kulturę, styl życia, zaangażowanie w pracę, a tym samym dbanie o rodzinę, jej byt. Po latach rozwoju regionu, budowy nowych kopalń, a także przerostu zatrudnienia, na początku lat 90. XX w. następował powolny proces restrukturyzacji, mający na celu poprawę efektywności, ale też poprawę wyników finansowych kopalń, które ciągle były nierentowne [11]. Poziom zatrudnienia w kopalniach w 1989 r. wynosił ponad 407 tys., a 6 lat później zatrudnienie ograniczono do 268 tys. Kolejne lata, to dalszy spadek liczby zatrudnionych w górnictwie, by w 2010 r. wynieść poziom 110 tys. Poza zwolnieniami zmniejszono liczbę kopalń, których w 2010 r. (ogółem) było 24, z tego 15 należało do Kompanii Węglowej będącej największym pracodawcą w sektorze [12]. Ostatnie 4 lata również nie są spokojnym okresem w sektorze wydobywczym, a ostatnie miesiące wskazują, iż problem zwolnień i likwidacji zakładów pracy jeszcze nie został zakończony. Konsekwencją przekształceń jest pogorszenie warunków materialnych rodzin górniczych, często utrzymujących się tylko z dochodów jednego członka rodziny. Problem pogłębia brak nowych miejsc pracy, gdyż po zamknięciu kopalń pracę tracili także pracownicy zakładów współpracujących z przemysłem wydobywczym.

Poza górnictwem restrukturyzacja objęła także sektor hutniczy, mający wieloletnie tradycje na Górnym Śląsku. Na terenie obecnego woj. śląskiego w 1989 r. funkcjonowało 19 hut (z 26 w całej Polsce). Na początku lat 90. XX w. pojawił się problem spadku zapotrzebowania na wyroby stalowe. Konieczne stało się dostosowanie przemysłu do zasad wolnorynkowych i konkurencji na rynku [13]. Do początku XXI w. zostało zlikwidowanych ok. 85% funkcjonujących w regionie pieców hutniczych. Likwidacji uległy huty zlokalizowane w Chorzowie, Bytomiu, Rudzie Śląskiej oraz Świętochłowicach. Jednocześnie przemysł hutniczy skoncentrowano i unowocześniono w Hucie Katowice w Dąbrowie Górniczej. Całkowitemu przekształceniu uległo także stalownictwo. Do 2000 r. zostało wygaszonych prawie 80% pieców stalowniczych. Likwidacji uległy przede wszystkim ośrodki zlokalizowane w centrum aglomeracji – w Bytomiu, Chorzowie, Rudzie Śląskiej, Katowicach, Gliwicach, a także w Sosnowcu [11]. Na przestrzeni lat 1990-2010 zatrudnienie w hutnictwie spadło z poziomu 147 tys. do 25,5 tys. pracowników [14].

Niektóre miasta śląskie, w przeszłości typowo górnicze, przekształciły się w miasta usługowe, w których poziom bezrobocia jest relatywnie niski (np. Katowice – 4,9%, Gliwice – 6,7%). Najwyższa stopa bezrobocia rejestrowana jest w Bytomiu i wynosi 19,1%. Analizując dane dotyczące bezrobocia można zauważyć, iż zdecydowana większość bezrobotnych to osoby dotychczas związane z przetwórstwem przemysłowym [15].

Bezrobocie a zdrowie rodzin

W wielu badaniach społecznych udowodniono, że bezrobocie negatywnie oddziałuje na zdrowie, jest jedną z istotnych determinant wpływających na stan zdrowia populacji [16-20]. Od lat prowadzone są badania mające na celu ukazanie wpływu, jakie niesie za sobą bezrobocie z punktu widzenia osoby bezrobotnej, ale także jej rodziny. Zainteresowanie tematem sięga lat międzywojennych. Badania brytyjskie wskazują, że zatrudnienie i dochód są ważnym elementem determinującym stan zdrowia populacji, a bezrobocie wśród mężczyzn dotychczas pracujących i utrzymujących rodzinę 4-krotnie zwiększa ryzyko choroby psychicznej [16].

Bezrobocie wpływa także na rozwój uzależnień, co może być efektem stresu. Nagła utrata pracy powoduje często zmianę kondycji finansowej rodziny, może prowadzić do ograniczenia kontaktów społecznych i spowodować szereg negatywnych skutków zdrowotnych [21]. Długotrwały stres i napięcie emocjonalne mogą sprzyjać zachowaniom mającym na celu szybkie i łatwe opanowanie nieprzyjemnego uczucia. Różnego rodzaju używki należą właśnie do tego typu prostych rozwiązań. W badaniach poznańskich udowodniono, iż osoby bezrobotne częściej przejawiają zachowania antyzdrowotne, sięgają po alkohol i papierosy. Wśród 1068 bezrobotnych zarejestrowanych w PUP szkodliwe dla zdrowia spożywanie piwa deklarowała 1/4 badanych, wina 28%, a alkoholu wysokoprocentowego aż 55% badanych. Ponad połowa badanych zadeklarowała jednak, że nie zmieniła swoich zachowań w tym względzie pod wpływem utraty pracy. Niepokojący jest jednak fakt, że aż 11,2% respondentów przyznało się do rozpoczęcia picia alkoholu z chwilą znalezienia się poza rynkiem pracy [22]. Literatura przedmiotu nie jest jednak zgodna co do wpływu bezrobocia na częstość konsumpcji alkoholu. Niektóre badania sugerują związek między utratą pracy a nadużywaniem alkoholu, inne wskazują, że takie zależności nie zachodzą [23].

Z badań europejskich wynika, że dzieci z rodzin, w których co najmniej jeden z rodziców jest bezrobotny, częściej chorują przewlekłe. Pierwszym badaczem tej zależności był M. Brenner. Zauważył on, że istnieje korelacja pomiędzy odsetkami zgonów a poziomem bezrobocia w USA. Bezrobocie obniża standard życia, a także oddziałuje na pojawienie się lęków i napięć w rodzinie bezrobotnego. Brenner wskazał, iż szczególnie narażone są grupy pracowników niewykwalifikowanych, należące do niższych klas społecznych. Brak bezpieczeństwa socjalno-ekonomicznego skutkuje stresem, a także zachowaniami negatywnymi, szkodliwymi dla zdrowia. Skutkiem braku pracy może być także samobójstwo. Bezrobocie obniża standard życia, a także oddziałuje na pojawienie się lęków

i napięć w rodzinie bezrobotnego [17]. W badaniach Bunna'a, prowadzonych na grupach kobiet i mężczyzn w wieku 35-64 lat wykazano, że bezrobocie i cykle koniunkturalne wpływają na zwiększenie zachorowalności i śmiertelności z powodu choroby wieńcowej oraz ilość leków przepisywanych pacjentom [18]. Badanie kohortowe dotyczące oddziaływania czynników społecznych, w szczególności bezrobocia na ryzyko wystąpienia ostrych zespołów wieńcowych wykazało, że ryzyko zawału mięśnia sercowego ma związek z utratą pracy. Występowanie ostrych zespołów wieńcowych jest wyższe wśród bezrobotnych niż w przypadku osób, które pracy nie utraciły. Szczególnie narażone na wystąpienie zawału mięśnia sercowego były osoby w pierwszym roku od utraty pracy. Wykazano także zależność pomiędzy stabilnością zatrudnienia a przypadkami zawałów serca [24].

Badania powadzone wśród Katalończyków na początku lat 90. XX w. wykazały, że osoby bezrobotne charakteryzują się gorszym zdrowiem. Jednocześnie wykazano, iż bezrobocie silniej oddziałuje na zdrowie psychiczne mężczyzn, co ma związek z tradycyjnym podziałem ról społecznych. Gorszy stan zdrowia obserwowano także wśród bezrobotnych mających rodziny [25].

Wyniki aktualnej Diagnozy Społecznej pokazują, że w Polsce na początku 2013 r. ponad 18% gospodarstw domowych z bezrobotnymi żyło w skrajnym ubóstwie, a 67,8% w niedostatku. Niepokojący jest również wzrost zasięgu skrajnego ubóstwa i niedostatku w okresie 2011-2013 [21]. Co więcej, bezrobocie i ubóstwo są składową wykluczenia materialnego, zmiennej determinującej zdrowie, w tym zdrowie psychiczne. Wstępne badania przeprowadzone w Warszawie wykazały, że bezrobotni respondenci w porównaniu do pracujących częściej oceniali gorzej ogólny stan swojego zdrowia, samopoczucia fizycznego i psychicznego [26].

Badania L. Fagina z 1981 r. potwierdziły wpływ bezrobocia na zdrowie rodzin. Wykazano zwiększenie przypadków depresji, bezsenności, obniżenia samooceny, a także wzrost liczby samobójstw wśród bezrobotnych. Wystąpiło także nasilenie objawów somatycznych związanych z astmą. Stan zdrowia dzieci w rodzinach, gdzie rodzice są bezrobotni również uległ pogorszeniu [19]. Kolejne badania, tym razem Banksa i Jacksona z 1982 r. wykazały zależność pomiędzy doświadczaniem bezrobocia, a nieznanymi zaburzeniami psychicznymi [20]. Zgodnie z danymi z Małego Rocznika Statystycznego z 1994 r. jedną z przyczyn niepojęcia pracy jest zły stan zdrowia (28% biernych zawodowo) [27]. Badania przeprowadzone w Łodzi wśród osób krótko- i długotrwale bezrobotnych wykazały, że bezrobocie jest przyczyną przewlekłego stresu psychospołecznego i prowadzi do pogorszenia stanu

zdrowia psychicznego (niepokój, lęk, depresja) oraz prowadzi do obniżenia odczuwalnej jakości życia we wszystkich aspektach – zdrowiu fizycznym i psychicznym, relacjach społecznych i środowiskowych [28]. Ciągłe prowadzone są badania dotyczące wpływu bezrobocia na występowanie depresji oraz samobójstw. Jednocześnie zauważa się, iż depresja również może być przyczyną utraty pracy. W Kanadzie od 1994 r. prowadzono 10-letnie badanie kohortowe, którego celem było zbadanie wpływu depresji na późniejsze bezrobocie. Analizie poddano pracowników, u których wystąpiły epizody depresyjne. Badania wskazały, że ryzyko depresji jest wyższe w grupie wiekowej 26-45 lat niż wśród starszych pracowników. Wykazano również, że depresja nie jest tylko skutkiem bezrobocia, ale również epizody depresji wpływają na dalszą karierę zawodową, znacząco ją ograniczając i prowadząc do utraty pracy [29]. Również celem badania Butterworth'a i wsp. było określenie roli zdrowia psychicznego na przyszły status zawodowy. Potwierdzono, iż zły stan zdrowia psychicznego jest powiązany z brakiem pracy. Kobiety, u których występują zaburzenia psychiczne są bardziej narażone na bezrobocie, niż te z dobrym zdrowiem psychicznym [30].

Prowadzone są liczne badania dotyczące związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy bezrobociem a umieralnością. Jak wskazują wyniki metaanalizy przeprowadzonej przez Roelfs'a i wsp., bezrobocie jest związane ze znacznym ryzykiem umieralności wśród wielu grup ludności, ze szczególnym uwzględnieniem osób bezrobotnych [31]. Badania Martikainen i wsp. wskazują, iż jest prawdopodobne występowanie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy bezrobociem a zgonami, szczególnie nagłymi [32]. W Polsce również przeprowadzono badania dotyczące wpływu bezrobocia na przedwczesną umieralność. Przeanalizowano grupę osób bezrobotnych, zarejestrowanych w urzędzie pracy w Gdańsku pomiędzy 1999 a 2004 r. oraz zestawiono z danymi dotyczącymi całej populacji dopasowanej wiekowo. Umieralność wśród bezrobotnych była 2-krotnie wyższa niż w populacji ogólnej. Największe różnice w przyczynowości zgonów odnotowano w przypadku chorób wątroby, alkoholu, a także samobójstw. Zaobserwowano także, iż kobiety bezrobotne są bardziej zagrożone przedwczesnym zgonem niż te, które pracy nie utraciły [33].

Kołodziej i wsp. przeprowadziła badania w Polsce, porównujące umieralność w okresie transformacji ustrojowej w latach 1988-1989 oraz 2001-2002. W badaniu pod uwagę wzięto przedwczesną umieralność osób w wieku 35-64 lat wraz z uwzględnieniem poziomu wykształcenia. Wykazano, iż najniższa umieralność występowała wśród osób z wyższym wykształceniem, zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Różnice edukacyjne w umieralności były wyraźne po-

między kobietami i mężczyznami, u których wykształcenie było znacznie wyższe. W analizowanych latach zaobserwowano, że ryzyko przedwczesnej śmierci spada, szczególnie wyraźny trend odnotowano wśród najstarszej grupy wiekowej. Jednocześnie zaczęły się pogłębiać różnice pomiędzy poziomem wykształcenia a przedwczesną umieralnością. W grupie o najniższym poziomie edukacyjnym ryzyko przedwczesnego zgonu uległo słabszemu zmniejszeniu niż w grupie najlepiej wykształconej [34].

Analizę wpływu zmian społecznych, transformacji ustrojowej na stan zdrowia populacji Polski i Śląska, na podstawie analizy wtórnych danych epidemiologicznych przedstawiła Kasznia-Kocot i wsp. w 2008 r. Autorzy opracowania wykazali, że zmiany na poziomie makrospołecznym wpłynęły na funkcjonowanie rodzin (rozwoły, przemoc w rodzinie, gorsza sytuacja materialna rodzin wielodzietnych) oraz zjawisko bezrobocia. Zwrócili uwagę na rosnący odsetek ryzykownych zachowań zdrowotnych młodzieży (spożywanie alkoholu, narkotyków, przemoc) oraz wzrost hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych [35].

Interesujący projekt przeprowadzony został wśród ubogich mieszkańców woj. łódzkiego. Projekt „Wzmocnić szanse i osłabić transmisję biedy wśród mieszkańców miast województwa łódzkiego – WZLOT” miał za zadanie wzmocnić procesy inkluzji społecznej grup, które na skutek długotrwałej biedy i bezrobocia zagrożone zostały marginalizacją i wykluczeniem społecznym [36]. Przeprowadzone badania wyraźnie wskazały na związek między stanem zdrowia a posiadaniem lub brakiem pracy. To ostatnie często wiąże się z ubóstwem, nieumiejętnościami społecznymi, niskim wykształceniem. Może być przyczyną wczesnego, niechcianego macierzyństwa, różnych form patologii społecznej, zaburzeń psychicznych. Kierunek zależności jest tutaj obustronny. Bardzo często zły stan zdrowia decyduje o braku pracy i konieczności korzystania z zasiłku rehabilitacyjnego. Nierzadko respondenci z uwagi na ubóstwo i chęć zapewnienia swoim dzieciom lepszego bytu, popadali w konflikty z prawem. Tak było w przypadku mężczyzny, który trudnił się handlem marihuaną, aby wysłać swoje dzieci na kolonie [36].

Badania przeprowadzone w 2013 r. w jednym z miast śląskich (Rybniku) wśród młodzieży szkół podstawowych i ponadpodstawowych wykazały, że tylko 78% uczniów wychowywało się w pełnych rodzinach [8]. Oceniano także stan zamożności rodzin wg skali FAS (*Family Affluence Scale*) [37]. W rodzinach o niskim poziomie zamożności wychowywało się 19%, o średnim 42%, a o wysokim 39% uczniów. Zjawisko migracji zarobkowej dotyczyło 13% rodzin.

Rozluźnienie więzi rodzinnych, jak i inne zjawiska (21% uczniów doznawała różnych form przemocy) były przyczyną różnych problemów psychicznych związanych z nieradzeniem sobie ze stresem [8].

Bezrobocie negatywnie oddziałuje na rodziny, w rodzinach dochodzi do konfliktów rodzic-dziecko, często także dochodzi do konfliktów między rodzicami. Więzy rodzinne są osłabione, często dochodzi do porzucenia rodziny przez jednego z rodziców. Obserwuje się zjawisko tzw. „eurosierot” – dzieci, które pozbawione opieki rodziców emigrujących za pracą, zdane są na siebie i doraźną opiekę dziadków lub dalszych krewnych. Dzieci często nie spotykają się z życzliwością otoczenia, wzrasta w nich poczucie samotności. Pogarsza się postrzeganie dzieci w środowisku szkolnym [6]. Państwowy Zakład Higieny podjął się przeprowadzenia w 2003 r. badań, których celem było zbadanie wpływu samopoczucia i negatywnych zdarzeń życiowych na subiektywne postrzeganie zdrowia i kształtowanie nawyków antyzdrowotnych. Z badań wynika, że bezrobocie negatywnie wpływa na stan zdrowia nastolatków, pogarsza się ich zdrowie fizyczne oraz psychiczne [38]. Stan materialny rodziny, który jest ściśle powiązany z posiadaniem pracy, wpływa na postrzeganie zdrowia przez młodzież. Zadowolenie z życia nastolatków także jest powiązane z zamożnością rodziny. Występowanie objawów somatycznych, takich jak bóle głowy, brzucha, spada wraz ze wzrostem zamożności rodzin. Podobnie sytuacja odnosi się do zaburzeń natury psychicznej, jak przygnębienie, zdenerwowanie. Badania nie wykazały zależności pomiędzy występowaniem chorób przewlekłych a statusem materialnym [39].

Czynnikiem, który determinuje stan zdrowia psychicznego jest także status socjoekonomiczny. Badania wykazują, że zaburzenia psychiczne częściej występują u dzieci pochodzących z rodzin o niższych dochodach. Zaburzenia te mogą mieć podłoże już w życiu płodowym, ale znaczenie może mieć utrudniony dostęp do niezbędnych świadczeń medycznych. Dodatkowo często występująca zależność pomiędzy bezrobociem i uzależnieniami, przemoc w rodzinie także może oddziaływać negatywnie na zdrowie psychiczne dzieci. Badania nie wykazały zależności pomiędzy występowaniem nadwagi lub otyłości, a zamożnością rodziny [39].

Podsumowanie

Bezrobocie negatywnie oddziałuje na różne sfery życia, powoduje braki w dostępie do kultury, edukacji, a także dostępności do opieki zdrowotnej. Sam stan bycia bezrobotnym negatywnie odbija się na zdrowiu całej rodziny. Należy podejmować działania niwelujące zdrowotne konsekwencje bezrobocia, zarówno w odniesieniu do jednostki, jak i całego społeczeństwa.

Bezrobocie skutkuje zazwyczaj ubóstwem, wiąże je zależność przyczynowo-skutkowa. Brak środków finansowych utraconych na skutek braku pracy koreluje z obniżeniem standardu życia, a często także z degradacją społeczną. Bezrobocie jest jedną z przyczyn nierówności społecznych oraz nierówności w zdrowiu.

W dobie kryzysu gospodarczego stan materialny wielu grup społecznych uległ pogorszeniu, a tym samym obniżyła się jakość życia. Konieczne wydaje się prowadzenie dalszych badań nad wpływem bezrobocia na zdrowie, ze szczególnym uwzględnieniem rodziny bezrobotnego.

Piśmiennictwo / References

1. Sztompka P. Socjologia. Znak, Kraków 2002.
2. Borkowski T, Marcinkowski AS. Bezrobocie w II Rzeczypospolitej. [w:] Socjologia bezrobocia. Borkowski T, Marcinkowski AS (red). Śląsk, Katowice 1999: 35-45.
3. Węclawowicz G, Łotocka M, Baucz A. Rozwój miast w Polsce. Raport wprowadzający Ministerstwa Rozwoju Regionalnego. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2010. http://www.mrr.gov.pl/rozwoj_regionalny/polityka_regionalna/rozwoj_miast/strony/rozwoj_miast.aspx (01.12.2014).
4. Swadźba U (red). 20 lat transformacji w aspekcie regionalnym. Śląsk. Refleksje socjologów. UŚI, Katowice 2011.
5. Borkowski T, Marcinkowski AS. Bezrobocie w latach 1990-1994. [w:] Socjologia bezrobocia. Borkowski T, Marcinkowski AS(red). Śląsk, Katowice 1999: 155-161.
6. Przewoźniak L. Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia. [w:] Zdrowie publiczne. T. I. Czupryna A, Paździoch S, Ryś A i wsp. (red). VERSALIUS, Kraków 2000: 71-95.
7. Stopa bezrobocia w latach 1990-2015. http://www.pup-rybnik.pl/statystyki_graficzne.html (11.02.2016).
8. Dudek M. Zmiany społeczne a problemy zdrowotne dzieci i młodzieży. Praca magisterska. SUM w Katowicach, Bytom 2014.
9. Kałużńska M, Karbownik P, Burkiewicz W i wsp. Polskie 10 lat w Unii. Raport MSZ, Warszawa 2014.
10. Błasiak W. Pomiędzy centrum a peryferiami na progu XXI wieku. Śląsk, Katowice 2013.
11. Pakuła L. Tendencje restrukturyzacji przemysłu Górnośląskiego Okręgu Przemysłowego w dobie transformacji. Prace Komisji Geografii Przemysłu Polskiego Towarzystwa Geograficznego 2003, 6: 59-67.
12. Przybyłka A. Spadek zatrudnienia wśród górników węgla kamiennego w kolejnych etapach restrukturyzacji branży na Górnym Śląsku. Studia i Materiały Miscellanea Oeconomicae 2013, 17(1): 99-108.
13. Szulc W, Garbarz B, Paduch J. Przebieg i wyniki restrukturyzacji przemysłu stalowego w Polsce. Prace Instytutu Metalurgii Żelaza 2011, 4: 40-51.
14. Bukowski M (red). Zatrudnienie w Polsce 2010. Integracja i globalizacja. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2011.
15. <http://wupkatowice.praca.gov.pl/-/889312-wykresy> (26.01.2015).
16. Chandola T, Bartley M, Wiggins R, Schofield P. Social inequalities and health by individual and household measures of social position in a cohort of healthy people. J Epidemiol Community Health 2003, 57: 56-62.
17. Brenner MH. Mortality and the national economy. A review and the experience of England and Wales, 1936-76. Lancet 1979, 2(8142): 568-573.
18. Bunn AR. Ischaemic heart disease mortality and the business cycle in Australia. Am J Public Health 1979, 69(8): 772-781.
19. Fagin L. Unemployment and health in families. Case studies base on family interviews. DHSS, London 1981.
20. Banks MH, Jackson PR. Unemployment and risk of minor psychiatric disorder in young people: cross-sectional and longitudinal evidence. Psychol Med 1982, 12(4): 789-798.
21. Czapiński J, Panek T (red). Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2013. http://analizy.mpips.gov.pl/images/stories/publ_i_raporty/DS2013/Raport_glowny_Diagnoza_Spoleczna_2013.pdf (12.02.2015).
22. Gromadecka-Sutkiewicz M, Kłos J, Adamek R i wsp. Palenie papierosów i picie alkoholu wśród bezrobotnych. Prz Lek 2012, 10: 973-977.
23. Popovici I, French MT. Does Unemployment Lead to Greater Alcohol Consumption? Ind Relat (Berkeley) 2013, 52(2): 444-466.
24. Dupre ME, George LK, Liu G, et al. The Cumulative Effect of Unemployment on Risks for Acute Myocardial Infarction. Arch Intern Med 2012, 172(22): 1731-1737.
25. Artazcoz L, Benach J, Borell C, 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.
26. Supranowicz P. Aktywność zawodowa a zdrowie mieszkańców Warszawy. Część I: Bezrobocie. Wstępna analiza. Prz Epidemiol 2014, 68: 583-586.
27. Mały Rocznik Statystyczny. GUS, Warszawa 1994.
28. Worach-Kardas H, Kostrzewski S. Stres bezrobocia i jakość życia długotrwale bezrobotnych w starszych grupach wieku. Probl Hig Epidemiol 2011, 92(3): 403-414.
29. Patten SB, Wang JL, Williams JV, et al. Prospective Evaluation of the Effect of Major Depression on Working Status in a Population Sample. Can J Psychiatry 2009, 54(12): 841-845.
30. Butterworth P, Leach LS, Pirkis J, Kelaher M. Poor mental health influences risk and duration of unemployment: a prospective study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012, 47: 1013-1021.
31. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, et al. Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and All-cause mortality. Soc Sci Med 2011, 72(6): 840-854.

32. Martikainen P, Maki N, Jantti M. The effects of unemployment on mortality following workplace downsizing and workplace closure: A register-based follow-up study of Finnish men and women during economic boom and recession. *Am J Epidemiol* 2007, 165: 1070-1075.
33. Zagożdżon P, Zaborski L, Ejsmont J. Survival and cause-specific mortality among unemployed individuals in Poland during economic transition. *J Public Health* 2009, 31(1): 138-146.
34. Kołodziej H, Łopuszańska M, Bielicki T, Jankowska EA. Social inequality in premature mortality among Polish urban adults during economic transition. *Am J of Hum Biol* 2007, 19: 878-885.
35. Kasznia-Kocot J, Wypych-Ślusarska A, Słowiński J. Czy zmieniająca się sytuacja społeczno-ekonomiczna wytwarza nowe problemy zdrowotne u dzieci? *Med Środ* 2008, 11(2): 124-133.
36. Jankowski B, Wawrzywoda-Kruszyńska W. Mieszkańcy łódzkich enklaw biedy 10 lat później. Biblioteka, Łódź 2010.
37. Boyce W, Torsheim T, Currie C, Zambon A. The family affluence scale as a measure of national wealth: validation of an adolescent self-report measure. *Soc Indic Res* 2006, 78: 473-487.
38. Supranowicz P. Bezrobocie rodziców a wybrane warunki życia, samopoczucie młodzieży i postrzegane zdrowie. *Prz Epidemiol* 2005, 59(3): 773-780.
39. Mazur J (red). Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej. Wyniki badań HBSC 2006 w ujęciu środowiskowym. IMiD, Warszawa 2007.