

# Stres bezrobocia i jakość życia długotrwale bezrobotnych w starszych grupach wieku

## Unemployment stress and quality of life of long-term unemployed in older age groups

HALINA WORACH-KARDAS, SZYMON KOSTRZEWSKI

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

**Cel pracy.** Ocena wpływu czasu trwania bezrobocia na sytuację zdrowotną oraz postrzeganą jakość życia osób bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej zamieszkających na terenie miasta Łodzi oraz ocena wpływu wyodrębnionych cech społeczno-demograficznych – takich jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny, sytuacja rodzinna i materialna – na sytuację zdrowotną oraz jakość życia bezrobotnych.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto grupę 454 osób bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy w Łodzi. Badanie przeprowadzone zostało za pomocą metody sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki wywiadu kwestionariuszowego.

**Wyniki.** Bezrobocie związane jest z wieloma negatywnymi skutkami w sferze zdrowotnej, a następstwem przewlekłego stresu wywołanego brakiem pracy jest pogorszenie stanu zdrowia psychicznego a także obniżenie odczuwanej jakości życia we wszystkich jej aspektach. Ukazano także wielowymiarowe tło siły oddziaływań stresu bezrobocia na sytuację zdrowotną bezrobotnych, która zależy od takich czynników, jak: sytuacja ekonomiczna gospodarstwa domowego, poczucie zadowolenia ze zdolności do pracy, zadowolenie ze związków osobistych czy kumulowanie się bezrobocia w gospodarstwie domowym.

**Wnioski.** Znaczne bezrobocie występujące wśród osób w starszej grupie wieku produkcyjnego oraz negatywne skutki zdrowotne, z jakimi wiąże się stres bezrobocia, mogą utrudniać ich powrót na rynek pracy. Pomoc i wsparcie, jaką otrzymują bezrobotni, powinny obejmować również działania, których celem jest zapobieganie pozaekonomicznym skutkom bezrobocia.

**Słowa kluczowe:** stres bezrobocia, jakość życia, długotrwale bezrobotni, starsze grupy wiekowe

**Aim.** To evaluate the influence of unemployment duration on health situation and quality of life in a group of unemployed persons aged 45 years and over, living in the city of Łódź, considering such socio-demographic factors as: gender, age, education, marital status, family and economic conditions.

**Material & Methods.** The survey was conducted on 454 unemployed aged 45 years and over, registered in the employment offices in Łódź. The research tool was a questionnaire survey and the research method was a diagnostic sounding.

**Results.** Unemployment is linked with many negative health effects and the results of chronic stress caused by unemployment are deterioration of mental health and of quality of life in all its aspects. The research has also shown the multidimensional background of unemployment stress influence on the health status of unemployed that depends on the following factors: economical status of household, satisfaction with one's ability to work, satisfaction with personal relationships, accumulation of unemployment in household.

**Conclusions.** Large unemployment in the age group of 45 years and over, and negative health effects of unemployment can effectively block re-employment. Help and support received by the unemployed should include actions targeted at preventing non-economical effects of unemployment.

**Keywords:** unemployment stress, quality of life, long-term unemployed, older age groups

© Probl Hig Epidemiol 2011, 92(3): 403-414

www.phie.pl

Nadesłano: 20.06.2011

Zakwalifikowano do druku: 18.07.2011

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

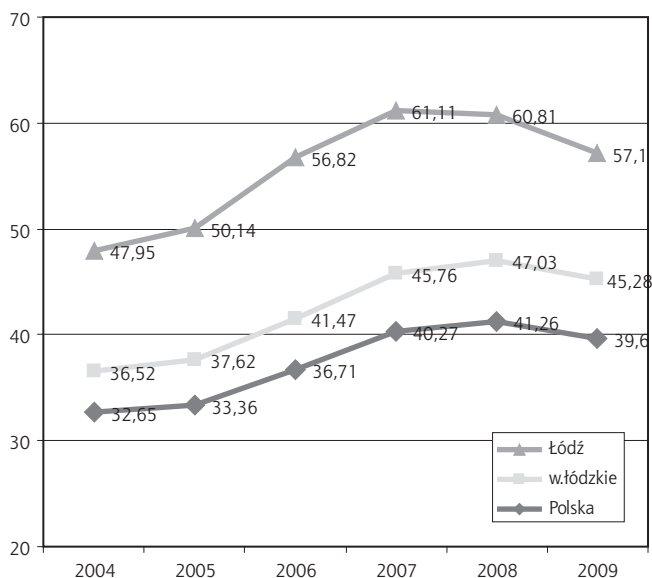
tel. 42 639 32 81, e-mail: halina.worach-kardas@umed.lodz.pl

### Wstęp

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 Łódzian” – 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”.

Przymusowy brak zatrudnienia, dotyczący niemal wszystkie grupy społeczne bez względu na wiek czy wykształcenie, był i nadal jest w Polsce istotnym problemem. Po okresie spadku poziomu bezrobocia w Polsce w latach 2004-2008 obserwowany jest wyraźny wzrost liczby osób bezrobotnych. W końcu 2010 r. zarejestrowanych w urzędach pracy w Polsce

było ponad 1 954 tys. osób, czyli o 62 tys., więcej niż w 2009 r. i o 480 tys. więcej niż w 2008 r. Stopa bezrobocia wynosiła 12,3% ludności aktywnej zawodowo [1,2]. Największą grupę wśród bezrobotnych stanowili bezrobotni długotrwale, czyli pozostający w rejestrach urzędów pracy przez okres ponad 12 miesięcy, którzy stanowili blisko 30% zarejestrowanych (ryc. 1) [1].



Ryc. 1. Udział osób powyżej 45 lat wśród bezrobotnych długotrwale w latach 2004-2009 (w %)

Fig. 1. Percentage of persons aged over 45 years among long-term unemployed between 2004-2009

Źródło: [4,5,6,7,8,9,10,11]

Istotnym problemem polskiej gospodarki jest niska aktywność zawodowa osób w starszym wieku produkcyjnym. Polska należy do krajów posiadających jeden z najniższych wskaźników zatrudnienia osób w tej grupie wieku w całej Unii Europejskiej. W Polsce w 2009 r. zatrudnionych było tylko 32% osób w wieku powyżej 55 lat; niższy wskaźnik zatrudnienia dla tej grupy wiekowej występował tylko na Malcie (28,1%). Z kolei najwyższy wskaźnik występował w Szwecji, gdzie w zatrudnieniu pozostawało 70% osób w tym wieku [12]. Niski poziom zatrudnienia osób z tej grupy wiekowej tylko po części może być tłumaczony przechodzeniem na rentę z tytułu niezdolności do pracy lub przedwczesną emeryturą. Wczesna dezaktywizacja zawodowa jest bowiem także konsekwencją znacznego bezrobocia osób w tym wieku. W 2009 r. w Polsce co trzeci bezrobotny zarejestrowany w urzędzie pracy był w wieku 45-64 lata, zaś w przypadku długotrwale bezrobotnych odsetek ten wyniósł blisko 40% [8,13]. Zarówno województwo łódzkie, jak i miasto Łódź, na terenie którego przeprowadzono niniejsze badanie, charakteryzują się szczególnie dużym udziałem osób w wieku powyżej 45 lat wśród długotrwale bezrobotnych. Podczas, gdy średnia dla kraju

wynosiła w 2009 r. 40%, to w województwie łódzkim bezrobotni w tym wieku stanowili 45,3%, natomiast w Łodzi ponad połowa (57%) długotrwale bezrobotnych to osoby w wieku powyżej 45 lat (ryc. 1).

Badania dowodzą, iż bezrobocie wywiera niekorzystny wpływ na wiele aspektów życia jednostki, w tym na jej zdrowie, a w szerszym ujęciu także na zdrowie i potencjał zdrowotny całej populacji. Stres psychospołeczny wywołany bezrobociem nie jest związany bowiem wyłącznie z problemami ekonomicznymi gospodarstw domowych osób bezrobotnych. Praca zawodowa jest sposobem osiągnięcia takich wartości jak ceniona pozycja społeczna, możliwość kontaktów interpersonalnych czy możliwość wykorzystywania i rozwijania umiejętności. Zubożone o te cechy środowisko, w jakim żyje bezrobotny, może stanowić potencjalne zagrożenie dla jego zdrowia psychicznego i somatycznego. Wyniki badań wskazują, że sytuacja bezrobocia może być odpowiedzialna za większą, niż wśród pracujących, umieralność oraz częstsze użycie leków i korzystanie z usług medycznych przez bezrobotnych [14,15,16,17,18,19,20]. Zdrowie jest jednym z najważniejszych zasobów w radzeniu sobie ze stresem, w tym także ze stresem wywołanym sytuacją bezrobocia. Ubytek także i tego zasobu może doprowadzić więc do sytuacji, kiedy to wyrwanie się ze stanu bezrobocia będzie niezwykle trudne, a czasem wręcz niemożliwe.

Pojęcie „jakość życia” jest konstruktem wielowymiarowym, który kształtowany jest przez wiele, zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych czynników. Postrzegana jakość życia odzwierciedlać może poziom zadowolenia z życia w jego zdrowotnym, materialnym i duchowym wymiarze. 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 [21]. Jest to ocena dynamiczna, zmieniająca się w czasie, na którą wpływają doświadczenia całego życia, zarówno przeszłe, jak i aktualne [22]. Jakość życia staje się obecnie przedmiotem wielu badań, różnych dyscyplin naukowych. W jednej z największych na świecie baz bibliograficznych, bazie Medline gromadzącej od ponad 40 lat piśmiennictwo naukowe, w roku 1973 dostępnych było tylko 5 publikacji, które ukazywały się pod hasłem jakość życia („quality of life”) [23]. Obecnie takich publikacji jest blisko 150 000. Pomimo tak dużego zainteresowania problematyką, niewiele jest badań nad jakością życia osób bezrobotnych, w szczególności w niemobilnym wieku produkcyjnym, tj. w wieku 45 lat i więcej.

Dotychczasowe badania nie dały jednoznacznej odpowiedzi na kluczowe pytanie o przyczynowy związek między bezrobociem i zdrowiem oraz uwarun-

kowania modyfikujące efekty bezrobocia. Zdrowotne i społeczne skutki braku zatrudnienia uzależnione są od wielu cech i postaw samego bezrobotnego, siła tych efektów może być więc różna. Nie zmienia to jednak przekonania o niezwykle rozległym wpływie bezrobocia, szczególnie długotrwałego, na niemal wszystkie aspekty egzystencji człowieka, w tym na jego zdrowie i postrzeganą jakość życia.

## Cele badania

Ocena wpływu czasu trwania bezrobocia na sytuację zdrowotną oraz postrzeganą jakość życia osób bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej zamieszkałych na terenie miasta Łodzi, a także ocena wpływu wyodrębnionych cech społeczno-demograficznych na sytuację zdrowotną i jakość życia bezrobotnych.

W wyniku przeprowadzonego badania osiągnięte zostały następujące cele szczegółowe:

- ocena wpływu czasu trwania bezrobocia oraz czynników społeczno-ekonomicznych na samoocenę stanu zdrowia, występowanie zaburzeń zdrowia o charakterze przewlekłym oraz zachowania zdrowotne bezrobotnych,
- ocena ogólnego stanu zdrowia psychicznego osób bezrobotnych,
- ocena wpływu czasu trwania bezrobocia oraz współistniejących czynników społeczno-ekonomicznych na stan zdrowia psychicznego bezrobotnych,
- ocena jakości życia osób bezrobotnych w zależności od czasu trwania bezrobocia i występujących czynników społeczno-ekonomicznych,
- analiza uwarunkowań jakości życia osób bezrobotnych.

## Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 454 osób bezrobotnych w okresie wrzesień 2009 r. – lipiec 2010 r. Grupę badaną stanowiły osoby długotrwale bezrobotne w wieku 45 lat i więcej, zarejestrowane w Powiatowych Urzędach Pracy Nr 1 i 2 w Łodzi. Badaniu poddany został co trzeci bezrobotny zgłaszający się do Powiatowego Urzędu Pracy we wszystkie dni tygodnia w okresie przeprowadzania badania. Dla celów analizy porównawczej wyłoniono grupę osób krótkotrwale bezrobotnych, tj. do 6 miesięcy, dobranych pod względem płci i wieku do grupy badanej.

Badanie przeprowadzone zostało za pomocą metody sondażu diagnostycznego wśród osób bezrobotnych w wieku 45 lat i więcej z wykorzystaniem techniki wywiadu kwestionariuszowego.

Na potrzeby przeprowadzenia niniejszego badania dobrano trzy narzędzia badawcze:

1. Samodzielnie opracowany kwestionariusz, za pomocą którego zebrano dane dotyczące cech so-

cjodemograficznych (stan cywilny, wykształcenie, posiadanie dzieci na utrzymaniu) oraz informacje dotyczące m.in. czasu trwania bezrobocia, sytuacji materialnej gospodarstwa domowego, podejmowanych prób aktywizacji zawodowej, czy zachowań zdrowotnych.

2. Kwestionariusz WHOQOL-BREF, który pozwolił zbadać subiektywną ocenę jakości życia, w obrębie 4 dziedzin: zdrowia fizycznego, zdrowia psychicznego, relacji społecznych i środowiska. Kwestionariusz ten umożliwia zbadanie zarówno ogólnej oceny jakości życia i zdrowia (poprzez dwa oddzielnie analizowane pytania dotyczące zadowolenia z życia i zdrowia), jak i bardzo szczegółową ocenę czynników kształtujących poziom jakości życia badanych. Dziedziny składają się z poddziedzin, którymi są pytania odnoszące się do poszczególnych aspektów jakości życia. Punktację dla dziedzin uzyskuje się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin i pomnożenie ich przez 4. Dzięki temu wyniki dla poszczególnych dziedzin jakości życia zawierają się w zakresie od 4 do 20. Im wyższy wynik, tym lepsza postrzegana jakość życia dla danej dziedziny.
3. Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia (GHQ-12), który posłużył do zbadania samopoczucia psychicznego badanych. Kwestionariusz pozwala na wyłonienie osób, których stan psychiczny uległ czasowemu lub długookresowemu załamaniu w wyniku doświadczanych trudności, problemów lub na skutek choroby psychicznej oraz takich, u których występuje istotne ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego. Dla GHQ-12 maksymalny wynik wynosi 12 punktów. Na podstawie przeprowadzonych badań przyjęto, iż dla kwestionariusza GHQ-12 jako potencjalny przypadek zaburzenia zdrowia psychicznego można uznać osoby, które uzyskały więcej niż 2 punkty [24].

W prezentowanym badaniu jako zmienne zależne traktowane są takie zmienne, jak: samoocena stanu zdrowia, występowanie zaburzeń zdrowia w okresie bezrobocia, zachowania zdrowotne badanych, ogólna ocena stanu zdrowia psychicznego, ogólna ocena postrzeganej jakości życia, wybrane dziedziny i poddziedziny jakości życia. Do zmiennych niezależnych zaliczono czas trwania bezrobocia, wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, wielkość gospodarstwa domowego, posiadanie dzieci na utrzymaniu, występowanie bezrobocia w gospodarstwie domowym, sytuacja ekonomiczna gospodarstwa domowego, aktywność i aktywizacja zawodowa.

W celu opracowania zebranych danych zastosowano metody opisowe i metody wnioskowania staty-



stycznego. Dla porównania częstości występowania poszczególnych odmian cech w analizowanych grupach oraz podgrupach badanych skorzystano z testu niezależności  $\chi^2$ . Siłę zależności oceniano przy pomocy współczynnika współzależności C-Pearsona. Przed dokonaniem analizy wyników cech mierzalnych sprawdzano zgodność ich rozkładów z rozkładem normalnym przy pomocy testu  $\lambda$ -Kolmogorowa. W przypadku gdy rozkłady istotnie odbiegały od rozkładu normalnego dla porównania wyników w przypadku dwóch grup stosowano nieparametryczny test Manna-Whitney'a, a dla porównania wielu grup test Kruskala-Wallisa. Wpływ wielu cech na pozytywną ocenę jakości życia, na negatywną samoocenę zdrowia i ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego badano stosując jedno i wieloczynnikową analizę logistyczną. Za istotne statystycznie uznano te różnice pomiędzy średnimi (pomiędzy częstościami, czy te zależności pomiędzy cechami), dla których obliczona wartość odpowiedniego testu była równa lub większa od wartości krytycznej odczytanej z tablic odpowiedniego rozkładu przy właściwej liczbie stopni swobody i prawdopodobieństwie błędu  $p=0,05$ . 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). Grupę badaną stanowiły losowo wybrane osoby zgłaszające się do urzędów pracy we wszystkie dni tygodnia w okresie przeprowadzania badania. Kryterium, jakie zastosowano wobec osób stanowiących grupę podstawową był wiek 45 lat i więcej oraz bezrobocie trwające dłużej niż 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat. Następnie w sposób celowy dobrano grupę porównawczą. Były to osoby bezrobotne 6 miesięcy i krócej, zbliżone pod względem płci i wieku do osób z grupy podstawowej. W wyniku zastosowanej metodologii badawczej uzyskano znaczną homogeniczność badanych grup pod względem płci i wieku. W obydwóch grupach nieco więcej było kobiet niż mężczyzn (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 dla długotrwale i krótkotrwale bezrobotnych). 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%).

Pod względem stanu cywilnego dominującą grupę zarówno wśród długotrwale, jak i krótkotrwale bezro-

botnych stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim. W grupie podstawowej jednak udział takich osób był znacznie mniejszy niż w grupie porównawczej (50,9% vs. 66,9%). Podobny udział w obydwóch grupach stanowiły osoby przebywające w związku nieformalnym (odpowiednio 3,9% i 3,6%) oraz w separacji (16,5% i 16,1%). Natomiast w grupie długotrwale bezrobotnych znacznie częściej występowały osoby owdowiałe (17% w porównaniu do 4,9%).

Pod względem posiadanego wykształcenia zarówno w grupie podstawowej, jak i porównawczej najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym. W grupie długotrwale bezrobotnych częściej występowały osoby z wykształceniem podstawowym (blisko 24% w porównaniu do ponad 11%), jak i zasadniczym zawodowym (39,1% w porównaniu do 33,5%). Blisko co trzeci długotrwale bezrobotny (30,9%) posiadał wykształcenie średnie, jednak w grupie krótkotrwale bezrobotnych osób o takim wykształceniu było więcej – 42%. Osób posiadających wykształcenie wyższe było ponad dwa razy więcej w grupie krótkotrwale bezrobotnych niż wśród długotrwale bezrobotnych – odpowiednio 12,9% i 6,1%. Warto zatem zauważyć, iż bezrobotni długotrwale posiadali relatywnie niższe wykształcenie niż bezrobotni krótkotrwale (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka socjo-demograficzna badanych grup  
Table 1. Socio-demographic profile of examined group and control

Cecha	Grupa			
	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni	
	N=230	%	N=224	%
Płeć:				
Mężczyźni	114	49,6	111	49,6
Kobiety	116	50,4	113	50,4
Wiek:				
45-54	156	67,8	152	67,9
55-59	54	23,5	52	23,2
60-64	20	8,7	20	8,9
Stan cywilny:				
Kawaler/Panna	27	11,7	19	8,5
Żonaty/Zamężna	117	50,9	150	66,9
Przebywam w związku nieformalnym	9	3,9	8	3,6
Rozwiedziony/a /w separacji	38	16,5	36	16,1
Wdowiec/Wdowa	39	17,0	11	4,9
Wykształcenie:				
Podstawowe	55	23,9	26	11,6
Zasadnicze zawodowe	90	39,1	75	33,5
Średnie ogólnokształcące	35	15,2	39	17,4
Średnie zawodowe	36	15,7	55	24,6
Wyższe nieukończone lub policealne	4	1,7	11	4,9
Wyższe	10	4,4	18	8,0

### Postrzegana jakość życia badanych

Stwierdzono istotną statystycznie, niezbyt silną 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 pozytywnych ocen jakości życia był wśród długotrwale bezrobotnych znacząco niższy niż wśród krótkotrwale bezrobotnych (23,5% vs. 42,4%). Dodatkowo osoby długotrwale bezrobotne częściej niż bezrobotni przez krótki okres czasu nie byli w stanie jednoznacznie negatywnie bądź pozytywnie ocenić poziomu swojej jakości życia (44,4% w porównaniu do 33,9%) (tab. II). 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 (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%).

Analiza postrzeganej jakości życia bezrobotnych w zakresie 4 dziedzin: zdrowia fizycznego, psychicznego, relacji społecznych i środowiska (tab. III) wykazała, że zarówno osoby długotrwale, jak i krótkotrwale bezrobotne najgorzej postrzegały swoją jakość życia w obszarze otaczającego ich środowiska (fizycznego, domowego, materialnego a także uczestnictwa w rekreacji i wypoczynku). Z kolei najlepiej wypadła ocena jakości życia w aspekcie zdrowia fizycznego (odczuwanego bólu i dyskomfortu, zależności od leków i leczenia, witalności) Stwierdzono istotną statystycznie różnicę oceny jakości życia w zakresie zdrowia fizycznego u długotrwale i krótkotrwale bezrobotnych ( $p < 0,001$ ), okazało się bowiem, że średnia ocena była istotnie wyższa w grupie krótkotrwale bezrobotnych (15,27±2,39 vs. 14,46±2,12). Kobiety i mężczyźni nie różnią się w sposób istotny statystycznie pod

względem oceny zdrowia fizycznego, co dotyczy obydwu badanych grup ( $p > 0,05$ ). Dokonano także porównania mężczyzn długotrwale bezrobotnych z mężczyznami krótkotrwale bezrobotnymi i także w tym przypadku oceny zdrowia fizycznego okazały się podobne (14,75±2,23 vs. 15,24±2,25;  $p > 0,05$ ). Natomiast porównanie kobiet długotrwale bezrobotnych z krótkotrwale bezrobotnymi wykazało istotną statystycznie różnicę ( $p < 0,001$ ). W tym przypadku okazało się, że średnia dla krótkotrwale bezrobotnych kobiet jest istotnie wyższa (15,30±2,53) niż dla kobiet długotrwale bezrobotnych (14,18±1,98). Badani istotnie różnie oceniają swoją jakość życia w dziedzinie zdrowia psychicznego ( $p < 0,001$ ). Istotnie wyższa średnia dotyczy grupy krótkotrwale bezrobotnych (13,15±2,49) niż długotrwale bezrobotnych (12,46±2,39). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w tym zakresie pomiędzy kobietami i mężczyznami z obydwu badanych grup ( $p > 0,05$ ). W obu grupach średnie były bardzo zbliżone (długotrwale bezrobotni odpowiednio 12,35 i 12,57 oraz krótkotrwale bezrobotni 13,07 i 13,24). Porównanie wyników dla kobiet pozostających długo i krótko bezrobotnymi wykazało istotną statystycznie różnicę ( $p < 0,05$ ), niższa średnia była w grupie długotrwale bezrobotnych kobiet (13,07±2,63 vs. 12,35±2,53). Analogiczne porównanie dziedziny psychicznej u mężczyzn z obu grup także wykazało istotnie wyższą średnią w przypadku mężczyzn krótkotrwale bezrobotnych (13,24±2,36 vs. 12,57±2,25 przy  $p < 0,05$ ). Zaobserwowano także istotną statystycznie różnicę pomiędzy długotrwale i krótkotrwale bezrobotnymi w zakresie oceny dziedziny społecznej jakości życia ( $p < 0,001$ ). W grupie krótkotrwale bezrobotnych średnia ocena okazała się istotnie wyższa (14,32±2,37) niż dla długotrwale bezrobotnych (13,51±2,41). Porównanie mężczyzn i kobiet w obrębie każdej z analizowanych grup bezrobotnych nie wykazało istotnej statystycznie różnicy ocen dziedziny społecznej (dla długotrwale bezrobotnych odpowiednio 13,66±2,35 vs. 13,37±2,47 oraz dla krótkotrwale bezrobotnych 14,27±2,26 vs. 14,37±2,49;  $p > 0,05$ ). W następnej kolejności dokonano porównania oddzielnie mężczyzn w obu grupach i wykryto, iż mężczyźni krótkotrwale bezrobotni osiągnęli istotnie wyższe wyniki niż mężczyźni długotrwale bezrobotni (14,27±2,26 vs. 13,66±2,35 przy  $p < 0,05$ ). Podobnie grupy kobiet długo i krótkotrwale bezrobotnych istotnie różnią się oceną dziedziny społecznej (odpowiednio 13,27±2,24 vs. 14,37±2,49 przy  $p < 0,01$ ). W tym przypadku różnica okazała się jeszcze większa niż dla mężczyzn. Stwierdzono także istotną statystycznie różnicę oceny ostatniej z badanych dziedzin jakości życia – dziedziny środowiskowej. Podobnie jak dla pozostałych dziedzin jakości życia istotnie wyższą średnią uzyskano dla osób krótkotrwale bezrobotnych

Tabela II. Postrzegana jakość życia a czas trwania bezrobocia badanych

Table II. Respondents by perceived quality of life and unemployment duration

Jak zadowolony jesteś z jakości Twojego 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

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

– odpowiednio  $12,38 \pm 2,03$  i  $11,54 \pm 1,78$  ( $p < 0,001$ ). Mężczyźni długotrwale bezrobotni uzyskali istotnie wyższą średnią ocenę dziedziny środowiskowej niż kobiety ( $11,79 \pm 2,01$  w porównaniu do  $11,29 \pm 1,50$  przy  $p < 0,05$ ). W grupie porównawczej nie stwierdzono natomiast istotnej różnicy w tym zakresie pomiędzy kobietami i mężczyznami. Obydwie grupy mężczyzn nie różnią się między sobą istotnie w ocenie dziedziny środowiskowej ( $11,79 \pm 2,01$  vs.  $12,25 \pm 1,85$  przy  $p > 0,05$ ). Jednocześnie porównanie kobiet wykazało, iż kobiety będące krótko na bezrobociu uzyskały istotnie wyższą średnią ( $12,51 \pm 2,19$ ) niż bezrobotne długotrwale ( $11,29 \pm 1,50$  przy  $p < 0,001$ ).

Dokonując analizy postrzeganej jakości życia w obrębie 24 poddziedzin wykryto 14 obszarów, w obrębie których istnieją istotne różnice pomiędzy długotrwale i krótkotrwale bezrobotnymi. Stwierdzono, iż wraz z czasem trwania bezrobocia:

- pogarsza się poczucie zdolności do jakiegokolwiek pracy (zarobkowej bądź niezarobkowej),
- spada zadowolenie z możliwości prowadzenia normalnego, codziennego życia,
- wzrasta poczucie, iż ból fizyczny stanowi ograniczenie w aktywności życiowej
- zmniejsza się poczucie sensu i znaczenia własnego życia,
- osłabia się akceptacja własnego wyglądu zewnętrznego,
- zmniejsza się odczuwana radość z życia,
- wzrasta nasilenie takich negatywnych uczuć jak smutek, przygnębienie czy lęk,
- wzrasta niezadowolenie ze związków osobistych,

Tabela III. Dziedziny jakości życia a czas trwania bezrobocia  
Table III. Respondents by domains of quality of life and unemployment duration

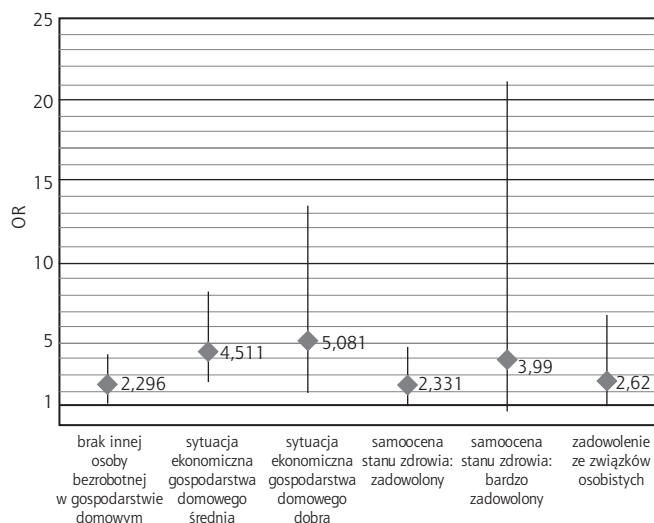
Obliczone parametry	Długotrwale bezrobotni	Krótkotrwale bezrobotni
Dziedzina fizyczna		
Średnia	14,46	15,27
Me	14,29	15,14
SD	2,12	2,39
Porównanie	$z = 3,799; p < 0,001$	
Dziedzina psychiczna		
Średnia	12,46	13,15
Me	12,00	13,00
SD	2,39	2,49
Porównanie	$z = 3,580; p < 0,001$	
Dziedzina społeczna		
Średnia	13,51	14,32
Me	14,00	14,67
SD	2,41	2,37
Porównanie	$z = 3,340; p < 0,001$	
Dziedzina środowiskowa		
Średnia	11,54	12,38
Me	11,50	12,50
SD	1,78	2,03
Porównanie	$z = 4,654; p < 0,001$	

- zmniejsza się zadowolenie z życia seksualnego,
- pogorszeniu ulega poziom zadowolenia ze środowiska i warunków mieszkaniowych,
- zmniejsza się zadowolenie z zasobów finansowych,
- pogarsza się możliwość przemieszczania,
- zmniejsza się dostępność do informacji i umiejętności potrzebnych w codziennym życiu.

Natomiast dla pozostałych 10 poddziedzin jakości życia kwestionariusza WHOQOL-Bref nie wykryto różnic pomiędzy badanymi grupami. Nie obserwowano więc zależności pomiędzy czasem trwania bezrobocia a:

- poziomem sił witalnych,
- możliwością poruszania się,
- zadowoleniem ze snu,
- uzależnieniem możliwości prowadzenia codziennego życia od leczenia i użycia leków,
- umiejętnością koncentracji,
- poziomem samooceny własnej osoby,
- poziomem zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego,
- poczuciem fizycznego i psychicznego bezpieczeństwa,
- możliwością i uczestnictwem w rekreacji oraz wypoczynku,
- zadowoleniem z dostępności do opieki medycznej.

W analizie logistycznej wieloczynnikowej dowiedziono, iż cztery czynniki wpływają na pozytywną ocenę jakości życia. Najważniejszym z nich okazała się sytuacja ekonomiczna gospodarstwa domowego, która jeśli była średnia zwiększała szansę pozytywnej oceny jakości życia 4,5 razy ( $OR = 4,511$ ),



Ryc. 2. Ilorazy szans – szansa pozytywnej oceny jakości życia z 95% przedziałami ufności

Fig. 2. Odds ratio – the chance of a positive quality of life evaluation with 95% confidence intervals



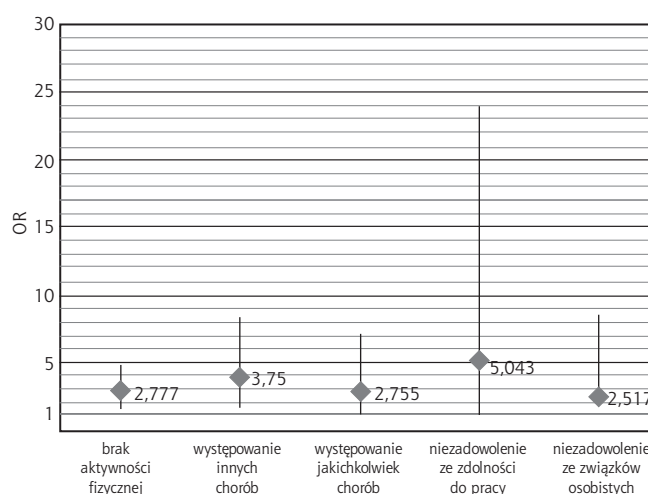
a jeśli była bardzo dobra to nieco ponad pięciokrotnie (OR=5,081). Także zadowolenie z własnego zdrowia zwiększało tę szansę dwukrotnie (OR=2,331), a przy dużym zadowoleniu nawet niemal czterokrotnie (OR=3,990). Ważną rolę odgrywał także czynnik społeczny, jakim jest zadowolenie ze związków osobistych, które zwiększało pozytywną ocenę ponad 2,5-krotnie (OR=2,620). Natomiast brak innej osoby bezrobotnej w gospodarstwie domowym powodował, iż szansa pozytywnej oceny wzrasta ponad dwukrotnie (OR=2,296) (ryc. 2).

### Sytuacja zdrowotna i zachowania zdrowotne badanych

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy osobami krótko i długotrwale bezrobotnymi w zakresie zadowolenia ze swojego zdrowia ( $p>0,05$ ). Okazało się, że połowa badanych jest zadowolona (46%) lub bardzo zadowolona (4%) ze swojego zdrowia, a dalszych 30,6% ani zadowolona, ani niezadowolona. Osoby długotrwale bezrobotne tylko nieco rzadziej wyrażały swoje niezadowolenie ze stanu zdrowia (21,3% wobec 17,4%) (tab. IV). 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%).

W analizie logistycznej wieloczynnikowej najważniejszą cechą wpływającą na negatywną samoocenę stanu zdrowia okazało się niezadowolenie ze zdolności do pracy, które zwiększało ryzyko negatywnej oceny pięciokrotnie (OR=5,043). Zdiagnozowanie choroby przewlekłej (bądź zaostrzenie jej objawów w okresie

bezrobocia) zwiększało ryzyko niemal trzykrotnie (OR=2,755), a występowanie innych chorób, takich jak choroby układu kostno-stawowego, cukrzyca, czy choroby wzroku, słuchu, niemal czterokrotnie (OR=3,750). Także istotnym czynnikiem był brak aktywności fizycznej oraz niezadowolenie ze związków osobistych, które zwiększały ryzyko negatywnej samooceny stanu zdrowia odpowiednio 2,7 i 2,5-krotnie (OR=2,777 i OR=2,517) (ryc. 3).



Ryc. 3. Ilorazy szans – ryzyko negatywnej samooceny stanu zdrowia z 95% przedziałami ufności

Fig. 3. Odds ratio – the risk of a negative health status self-evaluation with 95% confidence intervals

Tabela V. Ogólny stan zdrowia psychicznego a czas trwania bezrobocia  
Table V. Respondents by general mental health status and unemployment duration

Wynik kwestionariusza GHQ 12	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale 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

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

W niniejszym badaniu dokonano także analizy wpływu czasu trwania bezrobocia na stan zdrowia psychicznego badanych, którą przeprowadzono za pomocą kwestionariusza GHQ-12. W grupie badanych bezrobotnych aż u 48,2% istniało ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego. Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy czasem trwania bezrobocia a wynikiem GHQ 12 ( $p<0,01$ ). Wyniki GHQ 12 większe niż 2 istotnie częściej obserwowano u długotrwale bezrobotnych (55,2% wobec 41,1% u krótkotrwale bezrobotnych). A więc u tak dużej części badanych doszło do pogorszenia stanu psychicznego i wystąpienia takich objawów jak lęk czy depresja (tab. V). W grupie długotrwale bezrobotnych nie zaobserwowano istotnej różnicy wyników GHQ 12 u kobiet i mężczyzn ( $p>0,05$ ). Warto jednak za-

Tabela IV. Samoocena stanu zdrowia a czas trwania bezrobocia  
Table IV. Respondents by health status self-evaluation and unemployment duration

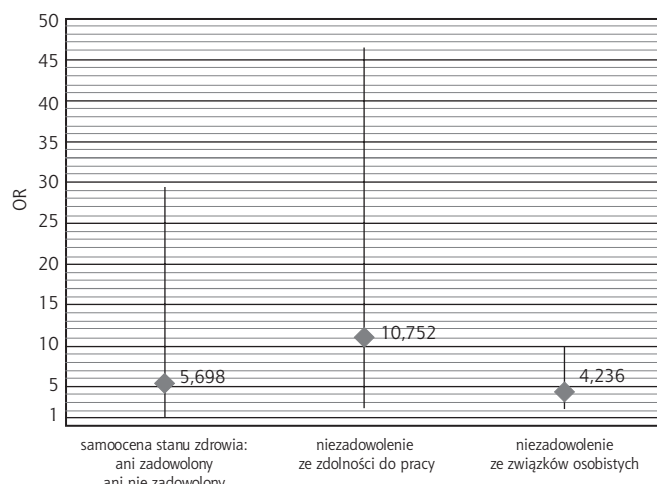
Jak zadowolony jesteś ze swojego zdrowia?	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni		Razem	
	n	%	n	%	N	%
Bardzo niezadowolony	6	2,6	3	1,3	9	2,0
Niezadowolony	43	18,7	36	16,1	79	17,4
Ani zadowolony						
Ani niezadowolony	77	33,5	62	27,7	139	30,6
Zadowolony	97	42,2	112	50,0	209	46,0
Bardzo zadowolony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

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

uważyć, że wyniki świadczące o czasowym zaburzeniu zdrowia psychicznego nieco częściej występowały u kobiet niż u mężczyzn (odpowiednie odsetki wynoszą: 58,6% i 51,8%).

Analiza logistyczna wieloczynnikowa wykazała, cechy istotnie wpływające na ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego, cechami tymi są: niezadowolenie ze zdolności do pracy, zwiększające to ryzyko ponad dziesięciokrotnie ( $OR=10,752$ ), brak zdolności do jednoznacznej oceny stanu zdrowia wywołujące wzrost ryzyka ponad 5-krotnie ( $OR=5,698$ ) i niezadowolenie ze związków osobistych, ponad czterokrotnie zwiększające ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego i wystąpienia stanów depresyjnych ( $OR=4,236$ ) (ryc. 4).

Ponad połowa długotrwale bezrobotnych podanych badaniu (52,2%) przyznała, iż w okresie bezrobocia została u nich zdiagnozowana lub uległa zaostrzeniu choroba o charakterze przewlekłym. W grupie krótkotrwale bezrobotnych odsetek takich odpowiedzi był nieco niższy i wyniósł 45%. Najczęściej występującymi dolegliwościami były choroby układu krążenia, na wystąpienie których wskazywał co trzeci



Ryc. 4. Ilorazy szans – ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego (GHQ-12>12) z 95% przedziałami ufności

Fig. 4. Odds ratio – the risk of mental health disorders (GHQ-12>12) with 95% confidence intervals

Tabela VI. Występowanie chorób przewlekłych a czas trwania bezrobocia  
Table VI. Respondents' incidence of chronic diseases and unemployment duration

Dolegliwość	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni		Razem	
	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

długotrwale bezrobotny i co czwarty krótkotrwale bezrobotny. Częstość występowania chorób w grupie badanej i porównawczej nie różniła się w sposób istotny statystycznie ( $p>0,05$ ), z wyjątkiem chorób układu oddechowego, które istotnie częściej występowały u osób długotrwale bezrobotnych ( $p<0,01$ ) – 7,8% i 1,8% (tab. VI).

Nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy występowaniem chorób przewlekłych w okresie bezrobocia a płcią badanych ( $p>0,05$ ). Odnotować jednak należy, iż kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały na występowanie takich zaburzeń (56% w porównaniu do 48,2%). Podobne zjawisko występowało w grupie porównawczej, z tym że różnica była mniejsza (47,8% vs. 42,3%). W grupie długotrwale bezrobotnych, tak jak w grupie porównawczej, zaburzenia psychiczne występowały istotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn ( $p<0,05$ ). Pozostałe choroby występowały ze zbliżoną częstością. Jedynie choroby układu oddechowego w grupie długotrwale bezrobotnych i choroby układu krążenia w grupie porównawczej występowały częściej wśród bezrobotnych mężczyzn (tab. VII i VIII).

Analizie zostały także poddane zachowania

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

Table VII. Gender-related frequency of chronic disease incidence in long-term unemployed group

Dolegliwość	Długotrwale bezrobotni		Porównanie częstości	
	Mężczyźni	Kobiety	$\chi^2$	p
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 VIII. Występowanie chorób przewlekłych a płeć w grupie krótkotrwale bezrobotnych

Table VIII. Gender-related frequency of chronic disease incidence in short-term unemployed group

Dolegliwość	Krótkotrwale bezrobotni		Porównanie częstości	
	Mężczyźni	Kobiety	$\chi^2$	p
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



zdrowotne badanych. Nie stwierdzono istotnej różnicy w częstości palenia papierosów w grupie badanej i porównawczej ( $p > 0,05$ ). Palącymi okazała się ponad połowa respondentów (53,7%), nieco częściej wśród krótkotrwale bezrobotnych (56,7%) niż wśród długotrwale (50,9%) (tab. IX). Wśród długotrwale bezrobotnych nie stwierdzono istotnej różnicy w częstości palenia papierosów przez mężczyzn i kobiety ( $p > 0,05$ ). Mężczyźni palili papierosy nieco częściej niż kobiety (odpowiednie odsetki wyniosły: 54,4% i 47,4%). Podobne wyniki dotyczyły grupy porównawczej. Natomiast porównanie odpowiadających sobie grup mężczyzn i kobiet przebywających długookresowo i krótko na bezrobociu wykazało, że spadek rozpowszechnienia nałogu palenia papierosów w większej mierze dotyczył mężczyzn niż kobiet.

Ponad jedna trzecia badanych przyznała, iż nie uprawia jakiegokolwiek formy aktywności fizycznej, w tym gimnastyki czy pracy na działce. Nie wykazano istotnej różnicy w poziomie aktywności fizycznej pomiędzy długotrwale i krótkotrwale bezrobotnymi, niezależnie od czasu trwania bezrobocia aktywność fizyczna badanych pozostawała na podobnym poziomie. (tab. X). Wśród długotrwale bezrobotnych nie stwierdzono istotnej różnicy w częstości uprawiania aktywności fizycznej pomiędzy mężczyznami i kobietami ( $p > 0,05$ ), choć kobiety częściej przyznawały, że są aktywne (72,4%) niż mężczyźni (60,5%). Także i w grupie krótkotrwale bezrobotnych mężczyźni i kobiety nie różnili się istotnie pod względem aktywności fizycznej ( $p > 0,05$ ). W tej grupie różnice między płciami były jeszcze mniejsze niż w grupie porównawczej (64% mężczyźni i 66,4% kobiety). Porównując wyniki osobno dla mężczyzn i kobiet pomiędzy grupami badaną i porównawczą można stwierdzić, iż rozpowszechnienie aktywności fizycz-

nej wśród długotrwale bezrobotnych mężczyzn jest mniejsze, natomiast kobiet większe w porównaniu do grup krótkotrwale bezrobotnych.

## Dyskusja

Badania populacyjne – zarówno retro- jak i prospektywne – wskazują, iż w okresie bezrobocia wzrasta zachorowalność na choroby somatyczne, która nasila się wraz z czasem trwania bezrobocia [16,25,26]. W przeprowadzonym badaniu tylko częściowo udało się potwierdzić tę obserwację. Bezrobotni długotrwale częściej niż krótkotrwale bezrobotni wskazywali na wystąpienie chorób przewlekłych w okresie, gdy nie posiadają stałego zatrudnienia, jednak nie był to związek istotny statystycznie. Większość badań wskazuje na większą zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia wśród osób bezrobotnych [15,16,27,28]. W niniejszym badaniu chorobami, które najsilniej związane były 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 [16,29,30]. Obecność takich zaburzeń miała także istotny wpływ na postrzeganą jakość życia badanych. Może to być spowodowane znacznym rozpowszechnieniem nałogu palenia papierosów w grupie długo trwale bezrobotnych.

Wyniki przeprowadzonego badania świadczą, iż stres wywołany bezrobociem skutkuje nieznacznym pogorszeniem samooceny stanu zdrowia wraz z długością trwania bezrobocia, co jest zgodne z wynikami innych badań [15,16,31,32]. Zaobserwowane różnice pomiędzy długotrwale i krótkotrwale bezrobotnymi w badanej grupie wieku okazały się stosunkowo niewielkie i nieistotne statystycznie. Nie wykazano także istotnych różnic w samoocenie stanu zdrowia pomiędzy mężczyznami i kobietami. W porównaniu do populacji generalnej bezrobotni długotrwale znacznie gorzej oceniali stan swojego zdrowia. Tylko 45% bezrobotnych długotrwale oceniało pozytywnie swoje zdrowie, podczas gdy średni wynik dla populacji Polski to blisko 72% [33]. Różnica w pozytywnej ocenie stanu zdrowia mężczyzn i kobiet okazała się mniejsza, wyniosła bowiem tylko 4,3%, podczas gdy w badaniu dotyczącym ludności Polski różnica ta wynosiła 7% na korzyść mężczyzn. W porównaniu do mieszkańców Łodzi w tej samej grupie wieku, tj. 45-64 lata badani bezrobotni wykazują znacznie gorszą ocenę stanu zdrowia i rzadziej oceniają ją pozytywnie (45,2% w porównaniu do 73,1%) [34].

Wyniki badania ukazały silny związek między przewlekłym narażeniem na stres bezrobocia a pogorszeniem nastroju, przygnębieniem i smutkiem. Obserwacje przedstawione przez Latałskiego i wsp.

Tabela IX. Palenie tytoniu a czas trwania bezrobocia  
Table IX. Respondents' smoking habits and unemployment duration

Czy pali Pan/i papierosy?	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni		Razem	
	n	%	n	%	N	%
Tak	117	50,9	127	56,7	244	53,7
Nie	113	49,1	97	43,3	210	46,3
Razem	230	100,0	224	100,0	454	100,0

$\chi^2 = 1,550$ ;  $p > 0,05$

Tabela X. Aktywność fizyczna a czas trwania bezrobocia  
Table X. Respondents' physical activity and unemployment duration

Regularna aktywność fizyczna	Długotrwale bezrobotni		Krótkotrwale bezrobotni		Razem	
	n	%	n	%	N	%
Tak	153	66,5	146	65,2	299	65,9
Nie	77	33,5	78	34,8	155	34,1
Razem	230	100,0	224	100,0	454	100,0

$\chi^2 = 0,091$ ;  $p > 0,05$

oraz Bjarnason i Sigurdardottir wykazały podobne zależności [32,35]. W niniejszym badaniu zauważalny był także związek pomiędzy pogorszeniem nastroju a obniżeniem samooceny stanu zdrowia wśród bezrobotnych.

Długotrwałe narażenie na stresor psychospołeczny jakim jest brak zatrudnienia doprowadziło w grupie badanych bezrobotnych do zaburzeń zdrowia psychicznego i wystąpienia stanów depresyjnych. Jednocześnie wśród osób bezrobotnych relatywnie krótko (do 6 miesięcy) nieco częściej niż wśród długotrwałe bezrobotnych występowały choroby psychiczne. Zdaniem niektórych badaczy skutki utraty pracy – prowadzące do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego a nawet poważnych zaburzeń psychicznych – mogą wystąpić zwłaszcza w okresie do 6 miesięcy po utracie pracy. Bezrobotni dłużej niż 6 miesięcy doświadczają natomiast stabilizacji poziomu zdrowia psychicznego, które utrzymuje się jednak na niskim poziomie prowadząc często do niepokojów, lęków i depresji [14,36,37]. Porównując rozpowszechnienie takich stanów w badanej grupie z częstością występowania podobnych zaburzeń wśród dorosłych mieszkańców Łodzi należy stwierdzić, iż zaburzenia o charakterze depresyjnym występują dwukrotnie częściej wśród bezrobotnych. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w ramach polskiego programu WHO-CINDI, częstość występowania depresji dotyczy blisko co czwartego dorosłego mieszkańca Łodzi [38]. W niniejszym badaniu u ponad połowy badanych stan psychiczny uległ krótkotrwałemu lub długookresowemu załamaniu wskutek doświadczanych trudności skutkując u tych osób zaburzeniami depresyjnymi.

Badani bezrobotni najczęściej (39,1%) oceniali swoją jakość życia na średnim poziomie, a dokładnie nie byli w stanie ocenić czy są z niej zadowoleni czy nie. Pozytywnie jakość życia oceniał co trzeci bezrobotny, negatywnie zaś ponad jedna czwarta badanych. Postrzegana jakość życia ulegała pogorszeniu wraz z trwaniem okresu bezrobocia na co wskazuje fakt, iż odsetek ocen pozytywnych w grupie długotrwałe bezrobotnych wyniósł tylko 23,5%, podczas gdy wśród krótkotrwałe bezrobotnych odsetek ten wyniósł 42,4%. Wyniki te są gorsze od oceny jakości życia dokonanej przez młodych bezrobotnych (w wieku 20-25 lat), gdzie 67% badanych oceniło swoją jakość życia pozytywnie [39]. 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 [33,40]. Pośrednio potwierdza to wyniki innych badań [41,42,43,44], które wskazują, iż bezrobotni charakteryzują się

gorszą oceną jakości życia niż pracujący. Z przeprowadzonych przez nas badań wynika również, iż ważnym czynnikiem wpływającym na ogólną ocenę jakości życia osób bezrobotnych była ocena sytuacji ekonomicznej gospodarstwa domowego. Innymi słowy dobra ocena sytuacji ekonomicznej zwiększała 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 [45].

Istotnym czynnikiem mogącym mieć wpływ na poziom zdrowia osób bezrobotnych jest znaczne rozpowszechnienie nałogu palenia papierosów, jakie występuje w tej zbiorowości. W niniejszym badaniu blisko 54% ankietowanych przyznało, iż pali papierosy. Wraz z czasem trwania bezrobocia odsetek osób palących malał, lecz wciąż wynosił ponad 50% badanych. Jest to wynik znacznie wyższy niż w badaniach ogólnopolskich, dotyczących reprezentatywnej grupy całej ludności Polski, gdzie do palenia tytoniu przyznawał się co czwarty, a w grupie wiekowej 45 i więcej lat co trzeci respondent [33]. Ponadto zaobserwowana w badaniu częstość występowania osób palących papierosy była wyższa od rozpowszechnienia tego zjawiska wśród mieszkańców Łodzi w tej samej grupie wiekowej, gdzie wyniosła 48,5% [34]. Wyniki niniejszego badania są więc zbieżne z wynikami przywołanego poprzednio badania ogólnopolskiego oraz innych badań wśród bezrobotnych, w których zaobserwowano większy odsetek osób palących papierosy wśród osób pozbawionych zatrudnienia niż wśród zatrudnionych [33,46,47,48].

## Wnioski

1. Bezrobocie jest jednym z najważniejszych wydarzeń życiowych będących źródłem stresu i może być postrzegane jako szkodliwy bodziec środowiska, w jakim żyje dzisiejszy człowiek. W opracowanej przez amerykańskiego psychologa T.H. Holmes'a i współpracowników skali określającej znaczenie wydarzeń życiowych w rozwoju stresu i jego możliwych konsekwencji, utrata pracy znajduje się w pierwszej dziesiątce najsilniejszych zdarzeń wywołujących stres. Bezrobocie posiada tylko nieco mniejszy potencjał stresu niż choroba lub uszkodzenie ciała, czy śmierć bliskiego członka rodziny, a jednocześnie jest bardziej stresujące niż zmiana stanu zdrowia członka rodziny, odejście na emeryturę lub problemy seksualne [49].
2. Efekty utraty pracy nie są jednakowe dla wszystkich bezrobotnych i zależą od wieku oraz etapu życia zawodowego. Dla osób w średnim bądź zaawansowanym wieku produkcyjnym bezrobocie może oznaczać zakończenie życia zawodowego i zmniejszenie świadczeń emerytalnych oraz do-

datkowe ubytki w zdrowiu, które i tak pogarsza się z wiekiem.

3. Stan bezrobocia związany jest z wieloma negatywnymi skutkami w sferze zdrowotnej, a przedłużający się brak pracy wpływa także na postrzeganą jakość życia we wszystkich jej aspektach – zdrowotnym, fizycznym, społecznym i środowiskowym. Przeprowadzona analiza wieloczynnikowa przy pomocy modelu regresji logistycznej wykazała, iż siła efektów bezrobocia zależy od wielu współistniejących czynników, takich jak sytuacja ekonomiczna gospodarstwa domowego, poczucie zadowolenia ze zdolności do pracy, zadowolenie ze związków osobistych, kumulowanie się bezrobocia w gospodarstwie domowym czy mała aktywność fizyczna. Do nasilenia zdrowotnych efektów bezrobocia przyczyniać się mogą również takie czynniki jak płeć żeńska, wiek 55-59 lat, pozostawanie w stałym związku, wykształcenie średnie, bądź podstawowe. Czynniki te powinny być uwzględnione w strategii służb zatrudnienia i programach aktywizacji osób bezrobotnych oraz działaniach prewencyjnych i interwencyjnych z zakresu zdrowia publicznego.
4. Znaczne bezrobocie występujące wśród osób w starszej grupie wieku produkcyjnego oraz negatywne skutki zdrowotne z jakimi wiąże się stres bezrobocia mogą utrudniać ich powrót na rynek pracy. Pomoc i wsparcie jaką otrzymują bezrobotni powinny obejmować również działania, których celem jest zapobieganie pozaekonomicznym skutkom bezrobocia. Działalność urzędów pracy, jak również organizacji pozarządowych powinna być zatem nakierowana także na zwalczanie społeczno-zdrowotnych konsekwencji stresu bezrobocia. Programy edukacyjne, profilaktyczne i interwencyjne, skupione na promocji zdrowia oraz prewencji chorób powinny stanowić integralną część programów walki ze skutkami bezrobocia w środowisku wielkomiejskim. Zachodzące w polskim społeczeństwie procesy demograficzne określane mianem starzenia się społeczeństwa, prowadzą do wzrostu liczby osób w starszej grupie wieku produkcyjnego oraz w wieku poprodukcyjnym. W sytuacji zmniejszania się zasobów pracy istnieje konieczność aktywizacji zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym i zapobiegania ich wykluczeniu z rynku pracy.

## Piśmiennictwo / References

1. Miesięczna informacja o bezrobociu w Polsce w grudniu 2010 roku. Departament Pracy GUS, Warszawa 2011.
2. Miesięczna informacja o bezrobociu w Polsce w grudniu 2009 roku. Departament Pracy GUS, Warszawa 2010.
3. Bezrobotni pozostający bez pracy powyżej 12 miesięcy. Analiza zmian od 1993 roku do końca 2004 roku. Osoby długotrwale bezrobotne w 2005 roku. Departament Rynku Pracy Ministerstwa Gospodarki i Pracy, Warszawa 2005.
4. Bezrobotni pozostający bez pracy powyżej 12 miesięcy. Analiza zmian od 1993 roku do końca 2005 roku. Osoby długotrwale bezrobotne w 2005 roku. Departament Rynku Pracy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2006.
5. Bezrobotni pozostający bez pracy powyżej 12 miesięcy. Analiza zmian w latach 1993-2006. Osoby długotrwale bezrobotne. Analiza zmian w latach 2005-2006. Departament Rynku Pracy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2007.
6. Bezrobotni pozostający bez pracy powyżej 12 miesięcy od momentu zarejestrowania się. Analiza zmian w latach 1993-2007. Długotrwale bezrobotni. Analiza zmian w latach 2005-2007. Departament Rynku Pracy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008.
7. Bezrobotni pozostający bez pracy powyżej 12 miesięcy od momentu zarejestrowania się. Analiza zmian w latach 1993-2008. Długotrwale bezrobotni. Analiza zmian 2005-2008. Departament Rynku Pracy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2009.
8. Bezrobotni pozostający bez pracy powyżej 12 miesięcy od momentu zarejestrowania się oraz długotrwale bezrobotni. Departament Rynku Pracy, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2010.
9. Bezrobocie w Polsce w 2009 roku-raport tabelaryczny. Departament Rynku Pracy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2010.
10. <http://www.pup2.lodz.pl> (21.11.2010).
11. [http://www.pup-lodz.pl/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=0&Itemid=221](http://www.pup-lodz.pl/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=0&Itemid=221) (21.11.2010).
12. Labour market (labour). [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database;Population and social conditions/](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database;Population and social conditions/) (01.04.2011).
13. Bezrobocie rejestrowane I-IV kwartał 2009 r. GUS, Warszawa 2010.
14. Kalbarczyk A. Psychologiczne konsekwencje utraty pracy i bezrobocia. [w:] Organizacja, Praca, Bezrobocie. Kranas G (red). WUW, Warszawa 1999: 7-44.
15. Leder S. Bezrobocie a zdrowie. *Psychiatr Pol* 1994, 27, 6: 652-666.
16. Przewoźniak L. Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia. [w:] *Zdrowie publiczne*. T. 1. Czupryna A i wsp. (red). Vesalius, Kraków 2000: 71-98.
17. Mathers CD, Schofield DJ. The health consequences of unemployment: the evidence. *MJA* 1998, 168: 178-182.
18. Nylén L, Voss M, Floderus B. Mortality among women and men relative to unemployment, part time work, overtime work, and extra work: a study based on data from the Swedish twin registry. *Occup Environ Med* 2001, 58: 52-57.
19. 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.



20. Novo M, Hammarström A, Janlert U. Do high levels of unemployment influence the health of those who are not unemployed? A gendered comparison of young men and women during boom and recession. *Soc Sci Med* 2001, 53: 293-303.
21. 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.
22. Wdowiak L, Stanisławek D, Stanisławek A. Jakość życia w stacjonarnej opiece długoterminowej. *Med Rodzin* 2009, 4: 49-63.
23. Kulczycka L, Sysa-Jędrzejowska A, Robak E. Jakość życia chorych na układowy toczący rumieniowaty ze szczególnym uwzględnieniem metodyki badań. *Post Hig Med Doświad* 2007, 61: 473-477.
24. Makowska Z, Merecz D. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Golberga, Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28. IMP, Łódź 2001.
25. Martikainen PT, Valkonen T. Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet* 1996, 348: 909-913.
26. 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: 341-350.
27. Geyer S, Peter R. Hospital admissions after transition into unemployment. *Sozial und Präventivmedizin* 2003, 48: 105-114.
28. 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: 1396-1406.
29. Linkola P. Nowa polityka wiekowa Finlandii od 1995 roku. Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2007.
30. Bańka A. Jak definiuje się bezrobocie z perspektywy psychologicznej? [w:] Podręcznik pomocy psychologicznej. Bańka A. Print-B, Poznań 1992: 35-38.
31. Kostrzewski S, Worach-Kardas H. Zdrowotne i społeczno-ekonomiczne aspekty długotrwałego bezrobocia w środowisku wielkomiejskim. *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89(4): 500-506.
32. Latański M i wsp. Problemy zdrowotne bezrobotnych w makroregionie lubelskim. *Zdr Publ* 2004, 114,4: 271-273.
33. Czapiński J, Panek T. Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. zał. 2. Rada Monitoringu Społecznego. WSiFiZ, Warszawa 2009.
34. Pyżalski J, Iwanowicz E, Wojtaszczyk P. Raport z badania w ramach projektu „Orientacja na zdrowie i dobrostan społeczny w regionie Morza Bałtyckiego/HEPRO”. Łódź 2007.
35. 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: 973-985.
36. Warr P. Psychologiczne skutki długotrwałego bezrobocia. [w:] Człowiek w społecznej przestrzeni bezrobocia. Chirkowska-Smolak T, Chudzińska A (red). UAM, Poznań 2004.
37. Lipka A. Indywidualne koszty bezrobocia. Próba klasyfikacji. *Polityka Społeczna* 1992, 3: 4-8.
38. Drygas W i wsp. Stan zdrowia, postawy i zachowania zdrowotne dorosłych mieszkańców Łodzi. *Uniw Med, Łódź* 2007.
39. Axselsson L, et al. Inequalities of quality of life in unemployed young adults: A population – based questionnaire study. *Intern J Equity Health* 2007, 6: 1-9.
40. Wciórka B. Poziom satysfakcji życiowej Polaków w latach 1994-2006. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2007.
41. Zagożdżon P, Ejsmond J. Jakość życia związana ze zdrowiem u bezrobotnych. *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89(4): 498-503.
42. 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.
43. 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.
44. Martella D, Maass A. Unemployment and Life Satisfaction: The Moderating Role of Structure and Collectivism. *J Appl Social Psychol* 2000, 30: 1095-1108.
45. Zahran HS, et al. Public Health and Aging: Health-Related Quality of Life Among Low-Income Persons Aged 45-64 Years United States, 1995-2001. *Morb Mortal Wkly Rep* 2003, 52: 1120-1124.
46. Wadsworth MEJ, Montgomery SM, Bartley MJ. The persisting effect of unemployment on health and social well-being in working life. *Soc Sci Med* 1999, 48: 1491-1499.
47. Latański M i wsp. Wpływ bezrobocia na stan zdrowia i kształtowanie zachowań zdrowotnych wśród osób pozostających bez pracy. *Zdr Publ* 2003, 113,1-2: 174-177.
48. Worach-Kardas H, Kostrzewski S. Zdrowotne konsekwencje bezrobocia długotrwałego. I Ogólnopolska Konferencja Naukowa: Nierówności w zdrowiu w miastach i na terenach wiejskich. Łódź 2008.
49. Oniszczenko W. Stres to brzmi groźnie. Żak, Warszawa 1998.