

Piotr Supranowicz

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA A ZDROWIE MIESZKAŃCÓW WARSZAWY. CZEŚĆ I. BEZROBOCIE: WSTĘPNA ANALIZA*

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego –
Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

WPROWADZENIE. Pogarszanie się stanu zdrowia osób bezrobotnych jest poważnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego, tym bardziej że programy promocji zdrowia dla tej grupy nie zawsze są skuteczne.

CEL PRACY. Przedmiotem pracy jest wstępne rozpoznanie zdrowotnych skutków bezrobocia wśród mieszkańców Warszawy w celu sformułowania zaleceń dla przyszłych bardziej kompleksowych badań.

MATERIAŁ I METODY. Spośród respondentów, którzy wzięli udział w programie dotyczącym społecznej partycypacji w reformie służby zdrowia, włączono do badań 23 bezrobotnych i 172 osoby posiadające zatrudnienie. Przyjęto osiem wskaźników stanu zdrowia i osiem składników zabezpieczenia zdrowotnego.

WYNIKI. W samoocenie stanu zdrowia relatywnie więcej bezrobotnych w porównaniu do osób zatrudnionych gorzej postrzegało swoje zdrowie, samopoczucie fizyczne i psychiczne oraz częściej pozostawali oni w domu z powodu choroby i przebywali w szpitalu, ale relatywnie mniej z nich odwiedzało lekarza rodzinnego. W samoocenie zabezpieczenia zdrowotnego relatywnie więcej bezrobotnych oceniało swoje wydatki na leczenie jako bardzo wysokie, korzystało wyłącznie z publicznej opieki zdrowotnej, a także dobrze rozumiało informacje o zdrowiu przekazywane przez lekarza rodzinnego, ale relatywnie mniej z nich doświadczało trudności związanych z dostaniem się do lekarza. Jednakże nie wszystkie uwidocznione różnice osiągnęły poziom istotności statystycznej.

WNIOSKI. Pomimo ograniczeń wyników uzyskanych przez nas, spowodowanych wstępnym charakterem badań, potwierdziły one niewątpliwie związek między bezrobociem i pogorszeniem się zdrowia. Szczegółowo przedstawiono zalecenia dla przyszłych bardziej kompleksowych badań.

Słowa kluczowe: *zdrowie, praca, bezrobocie*

WSTĘP

Bezrobocie jest poważnym problemem publicznym w sytuacji, gdy państwa Unii Europejskiej (UE) podejmują działania w celu zmniejszenia nierówności społecznych, a z drugiej strony wskaźnik bezrobocia sukcesywnie rośnie od 2008 roku jako wynik kryzysu gospodarczego (1). Sytuacja osób bezrobotnych w Polsce jest szczególnie trudna, gdyż – w porównaniu z państwami skandynawskimi i Europy zachodniej – są oni w większym stopniu pozbawieni odpowiedniej pomocy społecznej (2). W 2013 roku 15% Polaków deklaruowało brak pracy, 31% utraciło pracę w przeszłości, w 29% polskich rodzin była co najmniej jedna bezrobotna osoba, 59% bezrobotnych pozostawało bez płatnej pracy dłużej niż rok, a tylko 11% otrzymywało

zasiłki dla bezrobotnych (3). Ponadto, 58% dorosłych Polaków posiadających pracę obawiało się zwolnienia (4), 25% zatrudnionych jest na umowach czasowych (najwyższy wskaźnik w UE), a dalsze 10% - w niepełnym wymiarze czasu (5).

Zdrowotne skutki bezrobocia, zwłaszcza długotrwałego, są dobrze udokumentowane. Należy zaznaczyć, że zależność między zdrowiem i bezrobociem jest dwukierunkowa: bezrobocie może prowadzić do pogorszenia się zdrowia, a z drugiej strony, złe zdrowie może zwiększać prawdopodobieństwo zostania bezrobotnym (6). Rzetelne metodologicznie badania potwierdziły, że bezrobocie bezpośrednio zwiększa ryzyko przedwczesnego zgonu (7), pogorszenia się zdrowia (8, 9) oraz pojawienia się chorób przewlekłych (10, 11) i niepeł-

* Badania były realizowane w ramach programu badawczego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny nr 9/ZP.1, 2012 „Samoocena stanu zdrowia i jakości życia osób nieaktywnych zawodowo”.

nosprawności (12). Obliczono, że wzrost wskaźnika bezrobocia w państwach UE o 1% powoduje znaczący wzrost samobójstw, zwłaszcza wśród osób młodych (13). Jeśli chodzi o dobór pracowników w oparciu o ich stan zdrowia, to badania prowadzone w ramach *European Community Household Panel* pokazały, że osoby, które od początku charakteryzowały się gorszym zdrowiem oraz problemami psychicznymi i somatycznymi, później narażone były na większe ryzyko stania się bezrobotnymi i pozostawania bez pracy przez długi czas (14). Zjawisko doboru ze względu na zdrowie pojawia się częściej w państwach o niskim wskaźniku bezrobocia. Utrata pracy wpływa nie tylko na zdrowie jednostki, ale również jej rodziny (15).

Celem przedstawianej pracy jest wstępne rozpoznanie zdrowotnych skutków bezrobocia wśród mieszkańców Warszawy, postrzeganych przez samych bezrobotnych, w celu sformułowania zaleceń dla przyszłych bardziej wszechstronnych badań.

MATERIAŁ I METODY

Przedstawiona analiza jest częścią szerszego projektu badawczego dotyczącego udziału społeczeństwa w reformowaniu zdrowia w Polsce, którego podstawowym celem było zbadanie użyteczności informacji zbieranych metodą ankietową jako narzędzia uczestniczenia obywateli w celu tworzenia i wprowadzania polityki zdrowotnej (16). Zakładano, że badania przygotowawcze pozwolą wstępnie rozpoznać liczne ważne problemy zdrowia publicznego, postrzegane przez samych obywateli, oraz sformułowanie zaleceń dla przyszłych badań. Dane zebrano od kwietnia do czerwca 2011 roku w Warszawie. Wybrano budynki i ulice ze wszystkich dzielnic miasta, by uzyskać próbę, która odzwierciedlałaby rozkład demograficzny mieszkańców Warszawy. Czterystu sześciu respondentów odesłało prawidłowo wypełnione ankiety i 195 z nich (23 bezrobotnych i 172 posiadających zatrudnienie) włączono do analizy. Cechy demograficzne próby i zawartość kwestionariusza przedstawiono szczegółowo we wcześniejszej publikacji (16).

Autorski kwestionariusz do badań opracowano w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. Przyjęto osiem wskaźników stanu zdrowia i osiem składników zabezpieczenia zdrowotnego w celu zbadania uwarunkowań i skutków zdrowotnych pozostawania bezrobotnym. Stan zdrowia mierzono przez: 1) samoocenę stanu zdrowia, 2) samopoczucie fizyczne, 3) samopoczucie psychiczne, 4) wsparcie społeczne, 5) pozostawanie w domu w ciągu ostatniego roku na skutek choroby, 6) kontaktowanie się z lekarzem w ciągu ostatniego roku, 7) wystąpienie chorób przewlekłych, 8) hospitalizacja w ciągu ostat-

niego roku. Zabezpieczenie zdrowotne było mierzone przez ocenę: 1) systemu opieki zdrowotnej, 2) kosztów leczenia, 3) korzystania z różnych rodzajów opieki zdrowotnej, 4) jakości opieki ze strony lekarza rodzinnego publicznej opieki zdrowotnej, 5) trudności w dostaniu się do lekarzy, 6) zrozumiałości informacji o zdrowiu przekazywanych przez lekarza rodzinnego, 7) jakości usług lekarzy prywatnych, 8) obecnego systemu emerytalnego. Każdą pozycję zdychotomizowano.

Dodatkowo włączono do analizy informacje dotyczące problemów życiowych i zachowań jako czynniki pośredniczące między bezrobociem i zdrowiem. Problemy życiowe obejmowały następujące negatywne zdarzenia, które mogły pojawić się w ciągu ostatniego roku: 1) konflikty rodzinne, 2) brak pieniędzy, 3) brak możliwości wypoczynku, 4) trudne warunki domowe, 5) doświadczenie przemocy, 6) konieczność ograniczenia życia towarzyskiego. Uwzględniono następujące zachowania zagrażające zdrowiu: 1) regularne picie alkoholu (co najmniej raz w tygodniu), upicie się (co najmniej jeden raz w ciągu ostatniego roku), palenie obecnie papierosów (z różną częstością), 4) przyjmowanie narkotyków (co najmniej raz w życiu).

Do założenia bazy danych zastosowano pakiet oprogramowania statystycznego Epi Info. Istotność różnic w zakresie stanu zdrowia i zabezpieczenia zdrowotnego między respondentami bezrobotnymi i pracującymi zbadano testem chi-kwadrat. Istotność przyjęto na poziomie $p < 0.05$, jednakże ze względu na przygotowawczy charakter badań i małą liczebność bezrobotnych w próbie rozpatrywano również różnice zauważalne (ponad 5%), mimo że nie wykazały istotności statystycznej.

WYNIKI

Cechy demograficzne w dużym stopniu różnicowały respondentów różniących się aktywnością zawodową (Tab. I). Wśród bezrobotnych było znacząco więcej osób gorzej wykształconych i niezamężnych. Kobiety były nieco bardziej narażone na pozostawanie bez pracy.

Różnice między obiema grupami w zakresie stanu zdrowia, nawet jeśli były widoczne, nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej ze względu na ograniczoną liczebność próby (Tab. II). Niemniej jednak warto zauważyć, że bezrobotni respondenci byli znacznie bardziej skłonni oceniać gorzej swoje zdrowie (11% więcej), samopoczucie fizyczne (7% więcej) i psychiczne (11% więcej) oraz częściej przebywali w domu z powodu choroby (14% więcej) i przyjmowani byli do szpitali (8% więcej). W przeciwieństwie do tego, relatywnie mniej z nich kontaktowało się z lekarzami w ciągu ostatniego roku (7% mniej).

Jeśli chodzi o zabezpieczenie zdrowotne, znacząco więcej bezrobotnych (17% więcej) postrzegało własne

koszty leczenia jako bardzo wysokie (Tabela III). Niektóre z pozostałych widocznych różnic były nieistotne statystycznie. Relatywnie więcej bezrobotnych korzystało wyłącznie z publicznej opieki zdrowotnej (12% więcej) i wystarczająco rozumiało informacje o zdrowiu przekazywane przez lekarza rodzinnego (14% więcej). Z drugiej strony, relatywnie mniej bezrobotnych respondentów napotykało na trudności w dostaniu się do lekarzy (9% mniej). Interesujące jest, że żaden z bezrobotnych nie ocenił pozytywnie systemu emerytalnego. Oceny opieki otrzymanej zarówno od lekarza rodzinnego, jak i lekarzy prywatnych były podobne w obu grupach.

Zaobserwowano wyraźne różnice w zakresie niektórych czynników pośredniczących między bezrobociem a zdrowiem (Tab. IV). Zgodnie z oczekiwaniami brak pieniędzy znacząco częściej (ponad dwukrotnie) występował wśród bezrobotnych. Również znacząco częściej narażeni byli oni na zetknięcie się z przemocą (aż cztery razy częściej). Pozostałe różnice dotyczące negatywnych zdarzeń życiowych były nieistotne statystycznie, ale warto zaznaczyć, że w porównaniu do osób zatrudnionych znacznie więcej bezrobotnych deklaroowało istnienie trudnych warunków mieszkaniowych (14% więcej), podczas gdy byli mniej skłonni zgłaszać istnienie problemów rodzinnych (11% mniej). Jeśli chodzi o zachowania zagrażające zdrowiu, to bezrobotni przejawiali nawet bardziej korzystne zachowania w picciu alkoholu i przyjmowania narkotyków, natomiast znacząco wyższy odsetek palaczy stanowili bezrobotni.

DYSKUSJA

Należy wziąć pod uwagę, że przedstawione badania miały charakter badań przygotowawczych. Dlatego też nawet znaczne różnice między obiema grupami respondentów mogły nie wykazać istotności statystycznej. Niemniej jednak wyniki naszych badań wskazują na istnienie związku między bezrobociem i gorszym zdrowiem (w przypadku samooceny stanu zdrowia, samopoczucia fizycznego i psychicznego, pozostawania w domu z powodu choroby i hospitalizacji). Większość badań prospektywnych, w których zakładano, że bezrobocie jest przyczyną zaburzeń zdrowia, potwierdziły, że utrata pracy i pozostawanie bez płatnej pracy, zwłaszcza przez długi okres, może powodować pogorszenie się nastroju i ogólnej oceny zdrowia (8), wystąpienie zaburzeń psychicznych (17) i somatycznych (10, 11) u początkowo zdrowych osób. Pogorszenie zdrowia na skutek utraty pracy w dużej mierze zależy od poziomu ochrony społecznej dla bezrobotnych w poszczególnych państwach (18).

Bardziej skomplikowany jest związek między bezrobociem a korzystaniem z opieki zdrowotnej. Spośród dwóch badań prowadzonych w Szwecji przez *Ahs* i wsp., w pierwszym zaobserwowano znacząco wyższy odsetek

bezrobotnych odwiedzających lekarzy (19), natomiast w drugim nie stwierdzono znaczących różnic zarówno w częstości wizyt u lekarzy, jak i hospitalizacji, chociaż odsetki bezrobotnych były nawet nieco mniejsze (20). W innych badaniach prowadzonych na próbie Szwedów, odsetek przyjęć do szpitala był znacząco wyższy wśród bezrobotnych, a ich hospitalizowanie było w dużym stopniu wynikiem wypadków i samouszkodzeń, podczas gdy nie zgromadzono dowodów na to, by utrata pracy zwiększała przyjęcia do szpitala z powodu chorób układu krążenia (21). Odmienne wyniki przyniosły badania prowadzone w Niemczech, w których odnotowano, że bezrobotni wprawdzie rzadziej byli przyjmowani do szpitala w porównaniu z osobami zatrudnionymi, ale przyjęcia z powodu zawału serca i udaru mózgu były częstsze właśnie w przypadku bezrobotnych (22). *Vartinen* i wsp. wykazali, że bezrobotni Finowie – podobnie jak w naszych badaniach – odwiedzali lekarzy rzadziej niż osoby zatrudnione na czas nieokreślony, ale relatywnie więcej z nich było hospitalizowanych (23). Istnieje zatem potrzeba międzynarodowego porównania związku między utratą pracy a korzystaniem z opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę różnice w zakresie wskaźnika bezrobocia, zmian w czasie, jakości opieki zdrowotnej, systemu ubezpieczeń i zasiłków na wypadek bezrobocia, narodowych programów zdrowotnych dla bezrobotnych, wsparcia społecznego i wielu innych czynników specyficznych dla poszczególnych państw.

Zrozumiałe jest, że problemy finansowe są najważniejszym źródłem trudności w sferze społecznej, na które wskazują bezrobotni. Trudności finansowe powodują postrzeganie nadmiernych kosztów leczenia i mniejsze możliwości korzystania z usług lekarzy prywatnych. Te nierówności zaobserwowano również w innych państwach europejskich (23). Jeśli chodzi o wsparcie społeczne i zdrowotne, to w tych państwach europejskich, w których prowadzono badania zabezpieczenia socjalnego bezrobotnych, osoby pozostające bez pracy – ogólnie rzecz biorąc – postrzegały niższe wsparcie społeczne w porównaniu do zatrudnionych (24, 25) i były bardziej skłonne oceniać, że opieka zdrowotna nie zaspokaja ich potrzeb (20). Ocena zabezpieczenia socjalnego i zdrowotnego bezrobotnych w naszej próbie wydaje się być bardziej optymistyczna. Nie różnili się oni od osób zatrudnionych postrzeganiem wsparcia społecznego czy intensywności prowadzenia życia towarzyskiego, a nawet deklarowali lepsze więzi ze swoją rodziną. W przeciwieństwie do zupełnie dobrych obecnych warunków społecznych, przyszłe emerytury, oceniane bardzo nisko przez wszystkich respondentów, przez bezrobotnych postrzegane były dramatycznie nisko. Jeśli chodzi o zabezpieczenie zdrowotne, osoby bezrobotne oceniły zarówno usługi lekarzy publicznej opieki zdrowotnej, jak i lekarzy prywatnych, tak samo dobrze jak osoby zatrudnione. Lepsze rozumienie infor-

macji o zdrowiu może wskazywać na to, że bezrobotni otrzymują od lekarza rodzinnego lepszą opiekę.

Dotychczasowe badania – ogólnie rzecz biorąc – potwierdziły, że bezrobocie zwiększa ryzyko nadmiernego picia alkoholu, palenia papierosów i przyjmowania narkotyków, jednakże zależności wydają się być bardziej złożone i specyficzne dla poszczególnych państw (26). Nasze badania wykazały, że wśród bezrobotnych istnieje większe zagrożenie regularnym paleniem papierosów, ale zaobserwowano również pozytywny efekt bezrobocia na picie alkoholu i przyjmowanie narkotyków. W Polsce utrzymuje się wysoki wskaźnik bezrobocia, dlatego ten drugi wynik może wynikać z natury wysokiego bezrobocia (w przypadku wyższego wskaźnika bezrobocia zacierają się różnice notowane przy niskim wskaźniku).

Istnieją dowody na to, że ponowne zatrudnienie zmniejsza problemy zdrowotne (8), chociaż jakość pracy i rodzaj umowy o pracę w dużym stopniu modyfikują te korzyści. Longitudinalne badania prowadzone na dużej próbie przez *Leacha* i wsp. wykazały, że pozytywne skutki zdrowotne pojawiły się u tych osób ponownie zatrudnionych, które postrzegały wysoką jakość swojej pracy, podczas gdy zdrowie tych, dla których praca była niebezpieczna i nie przynosząca zadowolenia, pozostawało złe (27). Jeśli chodzi o rodzaj umowy o pracę to badania prowadzone w Finlandii i w USA wykazały zależność między zatrudnieniem czasowym lub elastycznym czasem pracy a nasileniem się problemów zdrowotnych, zwłaszcza zaburzeń psychicznych (28, 29).

Niezależnie od powszechnie podejmowanych działań dotyczących pomocy w nabyciu nowych umiejętności zawodowych i znalezieniu pracy, w wielu państwach europejskich tworzone są specjalne programy promocji zdrowia bezrobotnych. Jednakże nawet w państwie o wysokim zabezpieczeniu socjalnym, jak Holandia, ich skuteczność wydaje się być ograniczona lub są one w ogóle nieskuteczne (30). Dlatego też konieczne jest bardziej szczegółowe rozpoznanie uwarunkowań relacji między bezrobociem i zdrowiem.

WNIOSKI

Biorąc pod uwagę liczne ograniczenia wyników naszych badań, pokazały one niewątpliwą zależność bezrobocia i zdrowia na przykładzie mieszkańców Warszawy. Jednocześnie należy pamiętać, że w porównaniu do wielu innych państw europejskich w Polsce sytuacja bezrobotnych jest szczególnie trudna. To zobowiązuje nas do zasygnalizowania potrzeby podjęcia obszernych badań, które umożliwiłyby aktywne włączenie się obywateli, szczególnie osób bezrobotnych, do tworzenia akceptowanej przez nich polityki przewycięzania bezrobocia. Zatem przyszłe badania planowane w NIZP-PZH powinny zawierać następujące pytania:

1. W jakim stopniu wyjściowy stan zdrowia warunkuje zatrudnienie? Jakie specyficzne zaburzenia zdrowia stwarzają szczególne ryzyko pozostania bez pracy?
2. W jakim stopniu bezrobocie, zwłaszcza długookresowe, powoduje wystąpienie zaburzeń zdrowia. Jakie zaburzenia występują najczęściej?
3. Czy rodzaj umowy o pracę wpływa na stan zdrowia?
4. Jak fizyczne środowisko pracy i relacje interpersonalne we wcześniejszych okresach zatrudnienia wpłynęło na zdrowie bezrobotnych?
5. Jak bezrobotni postrzegają swoje zdrowie w jego fizycznym, psychicznym i społecznym wymiarze? Jak samoocena zdrowia zmienia się w czasie?
6. Czy status bezrobotnych jest brany pod uwagę przez lekarzy odwiedzanych przez nich w związku z zaburzeniami zdrowia? Czy przestrzegane jest ich prawo do godności, autonomii i poufności?
7. Jak często bezrobotni korzystają z opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny, specjalistyczna opieka zdrowotna, hospitalizacja, lekarze prywatni)?
8. Jak bezrobotni oceniają dostępność opieki zdrowotnej?
9. Czy bezrobotni mają możliwość ponoszenia kosztów leczenia?
10. Czy otrzymują oni wyczerpującą i zrozumiałą informację o ich zdrowiu? Czy mają zabezpieczoną pomoc psychologiczną?
11. W jakim stopniu podejmowanie zachowań szkodliwych dla zdrowia (nadmierne picie alkoholu, palenie papierosów, używanie narkotyków) jest reakcją na trudną sytuację spowodowaną brakiem pracy? W jakim stopniu zachowania szkodliwe dla zdrowia zwiększają ryzyko zaburzeń zdrowia?
12. Jak wsparcie społeczne (lub brak wsparcia) ze strony rodziny, znajomych i instytucji świadczących opiekę socjalną wpływa na stan zdrowia bezrobotnych? Jak bezrobocie wpływa na zdrowie rodziny?

Zrozumiałe jest, że takie badania powinny być prowadzone na próbie o odpowiednio dużej liczbie respondentów, aby możliwa była szczegółowa analiza wpływu na zdrowie bezrobotnych wszystkich uwarunkowań przedstawionych wyżej, a jednocześnie spełniałyby warunek reprezentacyjności dla populacji ogólnokrajowej. Najbardziej korzystne dla obserwowania zmian zdrowia bezrobotnych byłyby badania prospektywne prowadzone na tej samej kohorcie.

Otrzymano: 08.05.2014 r.

Zaakceptowano do publikacji: 30.06.2014 r.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Piotr Supranowicz

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

– Państwowy Zakład Higieny

Ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa, Polska

Tel. +48 22 54 21 334, fax +48 22 54 21 375

e-mail: psupranowicz@pzh.gov.pl