

Teresa Bernadetta Kulik, Anna Pacian, Jolanta Pacian, Mariola Janiszewska-Grzyb

Bezrobocie a zdrowie : wybrane problemy

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 31, 5-15

2008

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

**Teresa Bernadetta Kulik¹, Anna Pacian¹, Jolanta Pacian²,
Mariola Janiszewska-Grzyb²**

BEZROBOCIE A ZDROWIE – WYBRANE PROBLEMY

Wstęp

W warunkach przemian politycznych, społecznych i gospodarczych dokonujących się w Polsce niebagatelne znaczenie zajmuje zjawisko bezrobocia. Bezrobocie stało się w ostatniej dekadzie XX wieku jedną z najważniejszych kwestii społecznych polskiego społeczeństwa. Jest ono ważnym problemem społecznych nie tylko kraju, ale również makroregionu lubelskiego (1, 2, 3, 4, 5).

Cel pracy

Głównym celem badań było poznanie zdrowotnych konsekwencji bezrobocia jakie powstały na skutek utraty lub braku zatrudnienia.

Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono od 2000 r. do 2003 roku wśród 1560 bezrobotnych zarejestrowanych w Miejskich i Powiatowych Urzędach Pracy w Lublinie, Świdniku, Lubartowie, Puławach i Kraśniku. Technika badawczą był kwestionariusz ankiety, zaś metodą sondaż diagnostyczny. Otrzymane wyniki badań poddano opracowaniu statystycznemu przy użyciu programu komputerowego Statistica. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testu χ^2 na niezależność przyjmując poziom istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki badań i ich omówienie

W badaniach uczestniczyło 1560 bezrobotnych. Wśród badanych 62,5% stanowiły kobiety, a 37,5% mężczyźni. W mieście mieszkało 66,9% respondentów, natomiast na wsi 33,1%. Spośród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 25-34 lat (34,8%) 18-24 lat (26,6%).

¹ Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie oraz Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim.

² Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

Drugą pozycję pod względem liczebności zajmowali bezrobotni w wieku 35-44 lat (25,1%). Najmniej liczną grupą były osoby w wieku 45-54 lat (11,2%) i 55-59 lat (2,3%). Średnia wieku badanych wynosiła 33,4 lat, mediana 32,0 przy odchyleniu standardowym 9,78. Ponad połowę (50,6%) stanowili respondenci będący w stałych związkach małżeńskich, a w stanie wolnym pozostawało 39,1%. Natomiast 7,6% to bezrobotni rozwiedzeni, zaś 1,4% to osoby owdowiałe. Z kolei w wolnych związkach pozostawało 0,8% ankietowanych, a w separacji 0,5%. Badani mieli w większości wykształcenie średnie zawodowe i policealne (40,4%). Z wyższym było 24,1% osób. Zdecydowanie mniej bezrobotnych posiadało wykształcenie zawodowe (16,9%), średnie ogólnokształcące (9,8%) oraz niepełne wyższe (6,6%) i podstawowe (2,2%). Badania wykazały, że najwięcej osób było z długotrwały okresem bezrobocia trwającym od 6 do 12 miesięcy (23,8%) oraz od 1 do 2 lat (19,3%) i od 2 do 3 lat (18,5%). Najmniejszy odsetek stanowili respondenci z czasem trwania bezrobocia od 4 do 5 lat (2,7%). Średnia stażu bezrobocia ankietowanych wynosiła 11,7 przy odchyleniu standardowym 0,76. Otrzymane wyniki badań wykazały, że poziom dochodów rodzin bezrobotnych był bardzo niski. Najwięcej rodzin posiadało dochód miesięczny (netto) na jedną osobę poniżej 300 zł. (38,8%) i od 300-400 zł. (29,8%). Z kolei wśród mniejszej grupy badanych dochód wahał się w przedziale 400-500 zł. (11,2%) i 500-600 zł. (11,5%). Tylko znikomy odsetek ankietowanych (8,7%) ocenił własną sytuację materialną jako dobrą gdzie dochód na osobę przekraczał 700 zł.

Przedłużający się okres pozostawania bez pracy, trudna sytuacja materialna i przeżywanie w związku z tym chroniczny stres odbijają się niekorzystnie na stanie zdrowia bezrobotnych. Analiza wyników badań wykazała istnienie związku między czasem trwania bezrobocia a samooceną kondycji zdrowotnej przez respondentów. Otrzymane wyniki badań wskazują, że czas trwania bezrobocia ma istotny związek z samooceną stanu zdrowia osób niepracujących. Ponad połowa respondentów (51,5%) z czasem pozostawania bez pracy od roku do 3 lat znamienne częściej odczuwa różnego rodzaju dolegliwości na które wcześniej nie zwracała uwagi. Również zdaniem większości ankietowanych (41,9%) z okresem bezrobocia powyżej 3 lat stan ich zdrowia wyraźnie się pogorszył. Z kolei badani ze stażem bezrobocia do 1 roku zdecydowanie częściej oceniają pozytywnie stan swojego zdrowia.

Przewlekły stres związany z brakiem zatrudnienia powoduje występowanie wielu objawów somatycznych wpływających na jakość życia.

Z przeprowadzonych badań wynika, że do najczęściej występujących dolegliwości psychosomatycznych związanych należą: bóle głowy (63,1%), bóle brzucha (49,3%), brak apetytu (43,1%), nadmierne chudnięcie (32,6%) oraz ból lub dyskomfort w klatce piersiowej (27,3%). Liczne prace prezentowane w literaturze polskiej i zagranicznej potwierdzają dodatnie współzależności między bezrobociem a występowaniem dolegliwości psychicznych i somatycznych, przeważnie napięcia, niepokoju, obniżenia nastroju, beznadziejności istnienia, bezradności oraz bólów głowy i całego ciała (5, 6, 7, 8).

Brak pacy i związany z nią silny stres może powodować pojawienie się wielu nowych chorób lub nasilać istniejące. Największy odsetek wśród badanych stanowią choroby przewodu pokarmowego (41,3%). W tej grupie najczęściej występuje wśród respondentów choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy. Na drugim miejscu są zaburzenia psychiczne (30,0%) zarówno psychotyczne (schizofrenia, zaburzenia paranoidalne) jak i niepsychotyczne (nerwice). Z kolei trzecią pozycję zajmują choroby układu krążenia (21,9%). Do najczęstszych należy nadciśnienie tętnicze, zawał mięśnia sercowego oraz choroba wieńcowa. Czwartą choroby układu oddechowego (18,8%): astma oskrzelowa i bronchit przewlekły. Kolejne miejsca zajmują: choroby układu nerwowego (14,7%), kostno-stawowego (11,9%) oraz układu moczowo-płciowego (9,5%). Stwierdzono istnienie silnego związku między czasem trwania bezrobocia a charakterem występujących chorób wśród badanych. Wśród ankietowanych ze stażem bezrobocia powyżej 3 lat w przeważającej większości (60,6%) występowały choroby wymagające leczenia w okresach zaostrzeń i nasilonych dolegliwości. Natomiast choroby przewlekłe wymagające systematycznego leczenia częściej występowały wśród respondentów z czasem pozostawania bez pracy od roku do 3 lat (26,1%) i do 1 roku (23,2%). W wielu badaniach anglosaskich, szwedzkich i niemieckich ustalono występowanie dodatnich współzależności między przewlekłym bezrobociem a złym stanem psychicznym, fizycznym oraz zwiększonym ryzykiem występowania chorób układu krążenia i zaburzeń psychosomatycznych (5, 7).

Stan zdrowia bezrobotnych warunkują również zachowania zdrowotne składające się na styl życia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych w stacji bezrobocia wiąże się z przewlekłym stresem braku pracy oraz z sytuacją finansową.

Badania wykazały, że istnieje związek między czasem trwania bezrobocia a kształtowaniem negatywnych zachowań zdrowotnych. Bezrobotni powyżej trzech lat zdecydowanie częściej odżywiają się nieregularnie, spożywając mniej niż trzy posiłki dziennie, ubogie w białko, owoce i warzywa (57,1%) $\chi^2=111,79$ $p<0,001$. W tej grupie bezrobotnych przeważa również palenie tytoniu (53,1%) $\chi^2=26,67$ $p<0,001$ oraz nadużywanie alkoholu (37,5%) $\chi^2=178,63$ $p<0,001$. Respondentów charakteryzował również bierny sposób spędzania czasu wolnego, polegający głównie na oglądaniu telewizji, słuchaniu radia lub czytaniu książki. Wyniki badań prezentowane w literaturze potwierdzają dodatnie korelacje między chronicznym bezrobociem a powstawaniem zachowań antyzdrowotnych^{3,4,5}. L. Kannas i M. Hietaharju rozpatrywali związek między bezrobociem a stylem życia młodych osób. Wykazali oni, że konsumpcja alkoholu i papierosów była wyższa wśród bezrobotnych niż w porównywanej grupie osób pracujących. Autorzy stwierdzili również, że bezrobotni byli mniej aktywni w czasie wolnym oraz cechowały ich gorsze zwyczaje żywieniowe⁶. Problematykę zachowań zdrowotnych oraz ich związek z uwarunkowaniami społecznymi podejmuje w swoich badaniach M. Sygit⁷. Autor podkreśla, że istotne znaczenie w kształtowaniu prawidłowych postaw zdrowotnych ma wiedza na temat zachowań zdrowotnych oraz sytuacja społeczna rodziny.

W badaniach nad zdrowotnymi skutkami bezrobocia często pojawia się problem, czy to bezrobocie wywołało chorobę czy też ma ona inną niezależną genezę. M.H. Brenner wskazuje na liczne badania, które ujawniły znaczne różnice w przeważającej ilości chorób wśród bezrobotnych w porównaniu do zatrudnionych⁸.

³ Forcier M.: *Unemployment and alcohol abuse*. "Journal Occup. Med." 1988, 30, s. 246-251.

⁴ Power C., Estaug V.: *Employment and drinking in early adulthood*. "Brit. Journal. Addiction" 1990, 85 (4), s. 487-494.

⁵ Stoces G., Copchrane R.: *A study of the psychological effects of redundancy and unemployment*. "Journal Occup. Psychol." 1984, 57(4), s. 309-322.

⁶ Słońska Z.: *Bezrobocie jako problem prywatny i społeczny*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 2000, 7, 18, s. 71-91.

⁷ Sygit M.: *Wychowanie zdrowotne i postawy wobec własnego zdrowia*. [w]: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. T.B. Kulik, I. Wrońska (red.). Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej. Stalowa Wola 2000, s. 67-76.; Pacian A. Zboina B.: *Rola pielęgniarki w zapobieganiu zdrowotnym konsekwencjom bezrobocia*. Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, Ostrowiec Św. 2006 zeszyt 25, s. 85-87.

⁸ Brenner M.H.: *Economic change, alcohol consumption and heart disease*. "Mortality in 9 industrial countries." "Social Medicine" 1987, 25(2), s. 119-132.

Odwołując się do rozważań P. Warra można stwierdzić, że wpływ bezrobocia na zdrowie w pewnym stopniu zależy od aktualnej sytuacji ekonomicznej. W okresach sprzyjających rozwojowi gospodarstwu, kiedy na rynku pracy występuje niewielka liczba bezrobotnych, niemożność znalezienia pracy przez nich można tłumaczyć ich cechami osobniczymi, a pogorszenie stanu zdrowia nie można łączyć z niemożnością zatrudnienia. Natomiast kiedy mamy do czynienia z recesją, a wskaźniki bezrobocia są wysokie, jest bardziej prawdopodobne, że obserwowane różnice wynikają z niekorzystnych zmian w stanie zdrowia pojawiających się po utracie pracy. Na poparcie tej tezy P. Warr podaje przykład holenderskiego badania, które polegało na porównaniu kondycji psychofizycznej zatrudnionych i bezrobotnych. W badaniu brały udział osoby pracujące odznaczające się dobrym stanem zdrowia oraz bezrobotni, którzy przed utratą pracy również charakteryzowali się ogólnie dobrym zdrowiem fizycznym i psychicznym. W grupie bezrobotnych stwierdzono częstsze występowanie dolegliwości psychosomatycznych oraz znaczne pogorszenie kondycji psychicznej^{9,10}.

Zdrowotne konsekwencje bezrobocia związane z zaburzeniami zdrowia psychofizycznego i występowaniem chorób przewlekłych mogą być powodem częstego korzystania z usług medycznych. Badania wykazały, że problemy zdrowotne bezrobotnych często skłaniały do korzystania z różnych form opieki zdrowotnej: pogotowia ratunkowego (25,2%), leczenia szpitalnego (31,5%) oraz leczenia stomatologicznego (34,3%). Im dłuższy okres trwania bezrobocia tym wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne. W wielu badaniach prezentowanych w literaturze ustalono występowanie dodatnich współzależności między przewlekłym bezrobociem a korzystaniem z usług medycznych^{11,12 13}. Okazuje się jednak, że odpłatność w zakresie terapii i wysokie koszty leczenia stanowią dla wielu ankietowanych przeszkodę w zakresie realizacji wielu potrzeb zdrowotnych.

⁹ Warr P.: *Work, unemployment, and mental health*. University of Sheffield. Sheffield 1997.

¹⁰ Latański M., Kulik T.B., Pacian A., Skórzyńska H., Żołnierczuk-Kieliszek D., Rudnicka-Drożak E.: *Evaluation of the relationship between health condition of unemployed people in the region of Lublin*. "Polish Journal of Environmental Studies" 2004, Vol. 13, Suppl. II, Part 1, s. 281-283.

¹¹ Leder S.: op., cit., s. 653.

¹² Iversen L., i in.: *Hospital admissions before and after shipyard closure*. "Brit. Med. Journ." 1989, 299, s. 1073-1076.

¹³ Atkinson T., Liem R.: op. cit., s. 317-331.

Z badań wynika, że większość bezrobotnych nie korzysta w ogóle z leczenia sanatoryjnego (58,5%), stomatologicznego (67,5%) z powodu braku środków finansowych. Przeważająca większość respondentów (73,1%) nie realizuje w pełni wszystkich recept, kupuje tylko naprawdę niezbędne leki lub prosi lekarza o wypisywanie tańszych medykamentów. Trudności finansowe dla większości bezrobotnych stanowią barierę uniemożliwiającą właściwe leczenie. Brak systematycznej farmakoterapii w leczeniu chorób przewlekłych obniża efektywność leczenia i może prowadzić do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia.

Otrzymane wyniki badań pozwalają stwierdzić, że bezrobocie wpływa negatywnie na kształtowanie zachowań i postaw zdrowotnych oraz powoduje poważne zaburzenia zdrowia psychofizycznego. Wszystko to powoduje, iż wiedza na temat skutków bezrobocia jest wciąż niedostateczna, a mechanizmy przeciwdziałania niedoskonałe. W związku z tym istnieje konieczność stałego prowadzenia badań interdyscyplinarnych nad konsekwencjami bezrobocia oraz przedstawianie ich wyników władzom centralnym i samorządom lokalnym. Pozwoli to na ukazanie wielowymiarowego aspektu bezrobocia. Rozpoznanie zdrowotnych konsekwencji bezrobocia w wymiarze indywidualnym jak i środowiskowym powinno stanowić oprócz prawidłowej oceny źródeł, skali i struktury zjawiska ważną przesłankę wyboru właściwych, skutecznych metod i środków walki z bezrobociem i łagodzeniem jego skutków.

Podsumowując należy podkreślić, że brak pracy wywołuje zachwianie kondycji psychicznej, jak i fizycznej bezrobotnych. Może mieć również wpływ na ryzyko nasilenia się lub wystąpienia wielu chorób, zwłaszcza gdy czas pozostawania bez pracy znacznie się wydłuża. Powstanie i utrwalenie tego typu konsekwencji zdrowotnych może stanowić istotny czynnik determinujący stan zdrowia polskiej populacji. Dlatego też niezmiernie ważnym zadaniem staje się opracowanie programów profilaktycznych przeciwdziałających ujemnym skutkom zdrowotnym bezrobocia oraz podjęcie odpowiednich działań leczniczych i rehabilitacyjnych wobec bezrobotnych z zagrożeniami zdrowia (2, 5).

Plan działań interwencyjnych sektora ochrony zdrowia zapobiegający konsekwencjom zdrowotnym bezrobocia

Masowe bezrobocie i jego skutki mogą stanowić istotny czynnik determinujący stan zdrowia jak i zaburzający społeczne funkcjonowanie polskiej populacji.

Konieczne zatem staje się poszukiwanie różnego rodzaju działań w celu ograniczenia zasięgu bezrobocia i zmniejszenia jego negatywnych konsekwencji. Ważne jest przybliżenie wyników badań nad związkiem bezrobocia z biedą, patologią społeczną i zdrowiem społeczeństwa władzom centralnym i lokalnym. Zadaniem ich jest opracowanie programów walki z bezrobociem. Istotne jest również wykorzystanie ich do przekonania sektora ochrony zdrowia do tworzenia i realizacji programów przeciwdziałających konsekwencjom bezrobocia. Ze względu na liczne skutki jakie powoduje sytuacja braku pracy sektor zdrowia powinien postrzegać bezrobocie jako problem zdrowia publicznego i medycyny społecznej. Konieczne staje się więc pogłębienie wiedzy przez pracowników opieki zdrowotnej głównie przez lekarzy rodzinnych i pielęgniarki środowiskowe o problemach społeczno-zdrowotnych bezrobotnych oraz ich rodzin (6,8).

Zdaniem K. Halvorsen, O. Bakken, P. Fugelli sektor zdrowia ma do spełnienia trzy zadania wobec sytuacji bezrobocia (2).

- pierwszym istotnym zadaniem jest określenie związku bezrobocia z zaburzeniami zdrowia.
- drugim jest dostarczanie informacji na temat problemów zdrowotnych związanych z bezrobociem oraz zwracanie uwagi na zaistniałą sytuację innym sektorom społeczno-gospodarczym działającym na obszarze zamieszkały przez daną społeczność.
- trzecie zadanie to przede wszystkim zapobieganie oraz leczenie medycznych konsekwencji bezrobocia.

K. Halvorsen, O. Bakken, P. Fugelli przedstawili również trzy poziomy wkładu sektora zdrowia w ograniczanie skutków zdrowotnych bezrobocia (2):

1. Sektor ochrony zdrowia może ich zdaniem aktywnie opowiadać się za bardziej ofensywną polityką zatrudnienia realizowaną poprzez lepszą politykę w zakresie poprawy sytuacji ekonomicznej oraz zabezpieczenia społecznego bezrobotnych. Powinien również pomagać jednostce we wzmocnieniu obrazu samego siebie oraz stymulować rozwój politycznych i związkowych inicjatyw.
2. Kolejny poziom dotyczy pracy, która powinna być wykonana na poziomie lokalnym. Chodzi tutaj głównie o następujące formy środków zaradczych podejmowanych przez sektor zdrowia, który powinien: - spowodować, aby bezrobocie i zatrudnienie stały się centralną kwestią lokalnych planów zdrowia oraz wywierać presję na państwowych i prywatnych pracodawców, aby zagwarantowali

politykę zatrudnienia możliwą do zaakceptowania z medycznego punktu widzenia,

- starać się stworzyć dobre i jednakowe warunki dla dzieci ze wszystkich grup społecznych,

- zaangażować się w konkretną współpracę z grupami bezrobotnych, prowadząc działalność informacyjną, np. w formie spotkań lub kursów. Ważne jest tutaj udzielanie pomocy w podjęciu działania przez bezrobotnych oraz zrzeszania się w grupach samopomocy.

3. Następny poziom, który proponują K. Halvorsen, O. Bakken i P. Fugelli, dotyczy jednostki tj. poziomu indywidualnego. Bezrobocie w pierwszej kolejności uderza w ludzi z niższych klas ekonomiczno-społecznych. Wielu z nich ma już różne problemy zdrowotne przed okresem bezrobocia. W stosunku do potrzeb osoby te mają zbyt mały dostęp do opieki zdrowotnej. Nasuwa się więc pytanie. Co sektor zdrowia może w tej sytuacji zrobić dla bezrobotnych? Ponieważ bezrobocie pociąga za sobą wiele zagrożeń, zarówno ze strony sfery psychicznej, fizycznej jak i społecznej to personel służby zdrowia powinien być tego świadomy w takim stopniu, aby w odpowiednim czasie podjęte zostały właściwe środki zaradcze. Personel ochrony zdrowia zwłaszcza podstawowej opieki zdrowotnej powinien udzielać bezrobotnym porad z zakresu stylu życia, higieny zdrowia psychicznego oraz warunków społecznych.

Ponieważ sytuacja bezrobocia często prowadzi do zaburzeń zdrowia nie tylko w grupie samych bezrobotnych, ale ich rodzin oraz osób zagrożonych bezrobociem, to szczególną rolę w zapobieganiu negatywnym skutkom zdrowotnym bezrobocia powinien pełnić personel medyczny, a zwłaszcza pielęgniarka rodzinna, środowiskowa w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej do których coraz częściej zgłaszają się pacjenci, dla których utrata pracy jest istotnym problemem. Najczęściej proszą oni o pomoc medyczną ze względu na nasilenie się lub wystąpienie dolegliwości w sferze psychofizycznej. Powstaje więc pytanie. W jaki sposób pielęgniarka może zapobiegać konsekwencjom zdrowotnym bezrobocia? Pielęgniarka, jako że ma największy kontakt z pacjentem, to może zapobiegać lub zmniejszyć skutki zdrowotne poprzez realizację określonego planu działań interwencyjnych.

Do głównych zadań pielęgniarki w zakresie realizacji tego planu należą:

- 1 Wczesne wykrywanie czynników zagrażających zdrowiu jednostki i rodziny w sytuacji bezrobocia.

- 2 Rozpoznawanie istniejących problemów zdrowotnych w środowisku osób pozostających bez pracy.
- 3 Dokonywanie trafnej oceny występujących oraz powstających zaburzeń zdrowia i udzielanie skutecznej pomocy pielęgniarско-medycznej osobom bezrobotnym.
- 4 Współuczestnictwo w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych występujących w sytuacji choroby bezrobotnych.
- 5 Kształtowanie prozdrowotnego stylu życia wśród osób pozostających bez pracy.
- 6 Motywowanie bezrobotnych do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu.
- 7 Ocena potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej osób pozostających bez pracy.
- 8 Organizowanie szkoleń, spotkań czy kursów na temat zasad zdrowego stylu życia, zapobiegania chorobom i umiejętności radzenia sobie ze stresem.
- 9 Wykorzystywanie różnych źródeł wsparcia społecznego w organizowaniu opieki nad jednostką lub rodziną w sytuacji bezrobocia.
- 10 Organizowanie grup samopomocy wśród bezrobotnych z podobnymi problemami społeczno-medycznymi.
- 11 Udzielanie porad bezrobotnym w zakresie rozwiązywania różnorodnych problemów medyczno-społecznych.
- 12 Kierowanie bezrobotnych do różnorodnych instytucji ochrony zdrowia jak i sektorów społeczno-gospodarczych w celu uzyskania profesjonalnych form pomocy np. psychologicznej, psychiatrycznej, finansowej, rzeczowej itp.
- 13 Informowanie władz lokalnych i samorządowych makroregionu o konsekwencjach zdrowotnych i społecznych bezrobocia w celu opracowania pewnych strategii działań i podjęcia odpowiednich metod walki z bezrobociem.

Osiągnięcie pozytywnego wyniku w walce z konsekwencjami bezrobocia wymaga pełnej realizacji wszystkich powyższych zadań przez pielęgniarkę rodzinną, środowiskową, która ma największy kontakt z pacjentem i zna jego środowisko życia. Do rozwiązania określonych zadań niezbędne jest poznanie problematyki bezrobocia przez personel medyczny, omówienie jej z pacjentem i rodziną, poznanie reakcji osób

bezrobotnych na utratę pracy, ich sytuacji socjalno-bytowej oraz warunków kształtujących stan zdrowia.

Jest to konieczne w celu trafnej oceny występujących zaburzeń zdrowia oraz ich przebiegu i udzielaniu skutecznej pomocy pielęgniarско-medycznej. Opracowany zakres działań może mieć wpływ na jakość usług pielęgniarских świadczonych dla tej grupy społecznej.

Wnioski

1. Następstwem przewlekłego stresu wywołanego brakiem pracy były dolegliwości psychosomatyczne takie jak: bóle głowy (63%), brzucha (49%) i brak apetytu (43%) oraz pogorszenie nastroju (70%), utrata zainteresowania i radości życia (55%), stany lękowe, niepokój (48%) i napięcie nerwowe (45%).
2. Przedłużająca się sytuacja braku pracy spowodowała występowanie wielu chorób szczególnie przewodu pokarmowego (41,4%), nerwic (30,0%) oraz chorób układu krążenia (22,0%).
3. Zauważalny był związek czasu trwania bezrobocia z pogorszeniem się stanu zdrowia.

Piśmiennictwo:

1. Mariański J.: *Bezrobocie jako problem społeczny*. „Universitas Gedanensis“ 19-40, R. 13, N. 2 (24), 2001.
2. Korzeniewska M.: *Zdrowotne koszty bezrobocia*. „Medycyna Pracy” 407-414, VI, 4, 1995.
3. Latański M., Kulik T.B., Pacian A., Skórzyńska H., Żołnierczuk-Kieliszek D.: *Wpływ bezrobocia na stan zdrowia i kształtowanie zachowań zdrowotnych wśród osób pozostających bez pracy*. „Zdrowie Publiczne”. 174-177, 113 (1/2), 2003.
4. Latański M., Kulik T.B., Pacian A., Skórzyńska H., Rudnicka-Drożak E.: *The influence of unemployment on functioning of the family*. Annales UMCS Sectio D Medicina. 214-219, Vol. LVIII, N 2, 125, 2003.
5. Kulik T. B. , Pacia A., Jarosz M., Żołnierczuk Kieliszek D., Zboina B. Janiszewska-Grzyb M.: *Health hazards of unemployed persons in Lublin makroregion*, [w:] Zarotyńska H. Ogonowska D.(red.) *Factors of civilization and the human health. Chosen problems*. Nowy Sącz 2007, 137-141.
6. Leder S.: *Bezrobocie a zdrowie*. „Psychiatria Polska”. 651-666, Tom XXVIII, N. 6. 1994.

7. D'Arcy C.: *Unemployment and health: Data and implications*. "Can. Health." 124-131, 77 (Supl. 1), 1986.
8. Warr P., Jackson B., Banks M.: *Unemployment and mental health. Some British Studies*. J. Social Issues 47-68, 49(4), 1988.
9. Kulik T. B, Pacian, A. Zboina B. *Profilaktyka w chorobach cywilizacyjnych*, [w:] *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne: od poczęcia do starości* (red.) E. Krajewska Kułak , M. Szczepański C. Łukaszuk, J. Lewko, Białystok 2007, t. 1, s. 237-242.
10. Pacian A. Zboina B. *Rola pielęgniarki w zapobieganiu zdrowotnym konsekwencjom bezrobocia*, Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, Ostrowiec Św. 2006 zeszyt 25, s. 85-87.