

Małgorzata Kowalska¹Szymon Szemik²

ZDROWIE I JAKOŚĆ ŻYCIA A AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

HEALTH AND QUALITY OF LIFE VS. OCCUPATIONAL ACTIVITY

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach / Medical University of Silesia, Katowice, Poland

¹ Wydział Lekarski, Katedra i Zakład Epidemiologii / School of Medicine, Department of Epidemiology² Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa / School of Health Sciences, Chair of Nursing, Department of Nursing Propaedeutics

STRESZCZENIE

Poziom jakości życia i stanu zdrowia populacji zależy w dużej mierze od uwarunkowań dotyczących sfery aktywności zawodowej. W niniejszym przeglądzie piśmiennictwa wskazano na istotne i rosnące znaczenie warunków zatrudnienia dla jakości życia oraz stanu zdrowia ludności w większości państw świata, szczególnie tych o gospodarce rynkowej. Wśród czynników podlegających ocenie powinny znajdować się m.in. źródła i wysokość dochodu, stabilność dochodu i zatrudnienia, charakter wykonywanej pracy, a także stopień zadowolenia z wykonywanej pracy oraz autonomia i perspektywy zawodowe. Ponadto udowodniono, że sytuacja utrzymującego się i długotrwałego bezrobocia oraz zatrudnienia prekaryjnego prowadzi do istotnego pogorszenia jakości życia i stanu zdrowia, szczególnie osób młodych. Konkludując, w badaniach jakości życia i stanu zdrowia populacji należy uwzględnić czynniki dotyczące sfery aktywności zawodowej. Med. Pr. 2016;67(5):663–671

Słowa kluczowe: stan zdrowia, jakość życia, zatrudnienie, bezrobocie, aktywność zawodowa, zatrudnienie prekaryjne

ABSTRACT

The level of quality of life and health status of the population largely depends on the determinants related to occupational activity. The results of reviewed bibliography indicate a significant and growing importance of employment conditions on the quality of life and population health status in most countries of the world, especially in those with market economy. Of the evaluated determinants the following factors should be listed in particular: sources and the amount of income, stability of the income and employment, the nature of work and the degree of job satisfaction, as well as autonomy and career prospects. Moreover, they proved that the situation of persisting and long-term unemployment and precarious employment leads to a significant deterioration in the quality of life and health, especially among young people. In conclusion, the study of quality of life and population health status should take into consideration factors related to occupational activity. Med Pr 2016;67(5):663–671

Key words: health status, quality of life, employment, unemployment, occupational activity, precarious employment

Autor do korespondencji / Corresponding author: Szymon Szemik, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, ul. Francuska 20/24, 40-027 Katowice, e-mail: szymon.szemik@wp.pl
Nadesłano: 18 grudnia 2015, zatwierdzono: 3 marca 2016

WSTĘP

Początki refleksji związanej z jakością życia sięgają filozofii starożytnej. Już Platon i Arystoteles rozważali istotę „dobrego życia”, postrzegając je w kategoriach osiągnięcia doskonałości i szczęścia [1,2]. Z kolei termin ‘jakość życia’ (Quality of Life – QoL) pojawił się po raz pierwszy w latach 50. XX w. w piśmiennictwie amerykańskim, w którym utożsamiano je z dobrostanem wyrażanym przez stan posiadania dóbr materialnych, takich jak samochód czy mieszkanie, ale także niematerialnych, takich jak edukacja, wolność i zdrowie [3,4, s. 253]. Obecnie ta problematyka jest podejmo-

wana nie tylko w kontekście filozoficznym oraz w psychologii, socjologii i ekonomii, ale także na gruncie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Jakość życia (QoL) zależy od wielu czynników indywidualnych i społecznych, a granice między poszczególnymi podejściami są płynne. Jest to zagadnienie interdyscyplinarne, więc niemożliwe jest sformułowanie prostej definicji i jednolitych kryteriów metodologicznych służących jej ocenie. W praktyce badawczej pomiar jakości życia jest określany jako wielowymiarowy, wymagający łączenia wiedzy z różnych dziedzin.

W naukach społecznych badacze w ramach konceptualizacji omawianego pojęcia biorą pod uwagę zarów-

no kontekst jego użycia, jak i cel prowadzonych badań. Trzebiatowski np. proponuje podział definicji jakości życia na 4 grupy [5]:

- definicje egzystencjalne,
- definicje skupiające się na realizacji zadań życiowych,
- definicje odnoszące się do kategorii potrzeb,
- definicje wyróżniające obiektywny i subiektywny nurt jakości życia, biorące jednocześnie pod uwagę koncepcję potrzeb.

W ramach definicji egzystencjalnych badacze skupiają się m.in. na rozróżnieniu 2 życiowych orientacji, które mogą się odnosić do pragnienia życia („być”) i pragnienia posiadania („mieć”) [6]. Druga grupa definicji jest związana przede wszystkim z poczuciem spełnienia w związku z realizowaniem zadań rozwojowych i życiowych, utożsamianych z umiejętnością internalizowania i wypełniania określonych ról społecznych [7]. Trzecią grupę stanowią definicje, które wiążą jakość życia z zaspokojeniem jednostkowych potrzeb, uwzględniające m.in. stopień satysfakcji z życia rodzinnego, zawodowego, stosunków sąsiedzkich, relacji towarzyskich, stanu zdrowia, sposobu spędzania czasu wolnego, zdobytego wykształcenia, wykonywanego zawodu czy ogólnych standardów wpływających na jakość życia w obrębie danej wspólnoty lokalnej [8].

W ramach 4. grupy definicji jakości życia poszczególne czynniki mogą być oceniane na 2 poziomach. Pierwszy z nich dotyczy obiektywnej oceny takich wskaźników jak długość życia, wskaźnik przestępczości, wskaźnik bezrobocia, wysokość produktu krajowego brutto, wskaźniki ubóstwa, współczynnik skolaryzacji, tygodniowa liczba godzin pracy, współczynnik umieralności okołoporodowej oraz współczynniki samobójstw. Z kolei poziom subiektywny zmierza do oceny poczucia wspólnoty, postrzegania własnej sytuacji materialnej, poczucia bezpieczeństwa, relacji rodzinnych, satysfakcji z pracy zawodowej, życia seksualnego, poczucia sprawiedliwości, poczucia tożsamości klasowej, uprawianego hobby oraz poczucia satysfakcji życiowej, która na ogół jest wynikiem oddziaływania wszystkich wymienionych czynników [9]. Wskaźniki obiektywne to w zasadzie domena ekonomistów i socjologów (w niektórych przypadkach również przedstawicieli nauk medycznych), którzy analizy QoL odnoszą głównie do stopnia zaspokojenia różnych potrzeb człowieka [5]. W psychologii jakość życia interpretuje się w kategoriach subiektywnych, kierując uwagę na problemy moralne i światopoglądowe człowieka, postawy wobec życia, a także preferowane wartości [10].

Konkludując, obiektywny poziom oceny jakości życia jest związany z funkcjonowaniem społeczeństwa, natomiast poziom subiektywny oznacza deklarowaną QoL z perspektywy jednostki.

Przedstawiciele nauk medycznych interesuje głównie jakość życia związana ze zdrowiem (health related quality of life – HRQoL). Jest to koncepcja uwzględniająca wzajemne oddziaływania wszystkich czynników somatycznych, psychologicznych i społecznych związanych z chorobą, niepełnosprawnością oraz naturalnym procesem starzenia się [11,12]. Idea HRQoL pozwala połączyć wiele aspektów medycznych i pozamedycznych związanych z reakcją ludzi na wystąpienie zmian w stanie zdrowia, jednak jej znaczenie jest zdecydowanie węższe niż jakości życia w rozumieniu ogólnym. W przypadku koncepcji jakości życia związanej ze zdrowiem jak dotąd również nie opracowano jednego obiektywnego modelu, który byłby akceptowany przez wszystkich badaczy. Bakas i wsp. [13] na podstawie systematycznego przeglądu piśmiennictwa z 21 państw zidentyfikowali 3 najczęściej stosowane w badaniach modele HRQoL:

- model Wilsona i Cleary’ego – uwzględniający zmienne biologiczne i fizjologiczne, odczuwane dolegliwości, stan funkcjonalny, samoocenę stanu zdrowia oraz ogólną jakość życia (QoL) [14];
- model Ferrans i wsp. – będący rewizją modelu Wilsona i Cleary’ego, uwzględniający dodatkowo czynniki indywidualne oraz środowiskowe [15];
- model WHO ICF (World Health Organization International Classification of Functioning, Disability and Health – Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia) – odnoszący się do funkcji i struktury ciała, aktywności i uczestnictwa oraz czynników indywidualnych i środowiskowych [16].

Jakość życia można także opisywać na podstawie struktury definicji. Wyróżnia się definicje globalne, złożone, mieszane i swoiste [17]. Te pierwsze odnoszą się do dobrego samopoczucia (well-being) i dotyczą subiektywnego zadowolenia człowieka z życia jako całości. Jakość życia jest w tym ujęciu rozumiana jako satysfakcja z życia bądź subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji z sytuacji życiowej w świetle własnych potrzeb i możliwości. Definicje złożone dotyczą natomiast subiektywnej oceny zadowolenia z życia i obiektywnej oceny warunków zewnętrznych. Definicje mieszane zawierają treści definicji globalnych i złożonych oraz aspekty związane ze środowiskiem, organizacją życia społecznego, stanem emocjonalnym itp.

Dobrym przykładem jest definicja zaproponowana przez WHO, w której jakość życia odnosi się do indywidualnego sposobu postrzegania przez jednostkę własnej pozycji życiowej w kontekście kultury i systemów wartości życia oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań. Jest to pojęcie szerokie, w którego zakres wchodzi takie aspekty jak zdrowie fizyczne, kondycja psychiczna, poziom niezależności, relacje społeczne, osobiste przekonania oraz środowisko życia człowieka [18]. Definicje swoiste QoL odnoszą się z kolei do jakości życia związanej ze stanem zdrowia, jest ona wyrażana przez samoocenę dotyczącą własnego stanu zdrowia i zdolności funkcjonowania w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym [17].

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, można uznać, że stosowane pojęcia definiujące jakość życia (QoL) nie są jednolite, co w konsekwencji powoduje, że badanie poziomu jakości życia nie jest zadaniem prostym. Zamiarem autorów niniejszej publikacji było zebranie dostępnego piśmiennictwa na temat jakości życia, metod jej pomiaru i oceny, szczególnie w odniesieniu do dorosłych w wieku 20–45 lat.

METODY PRZEGLĄDU

Niniejsza publikacja ma charakter pracy pogładowej. Do przeglądu piśmiennictwa wykorzystano zasoby bibliograficznych baz danych PubMed, Medline, Polskiej Bibliografii Lekarskiej i internetowej wyszukiwarki artykułów naukowych Google Scholar. Wykorzystano słowa kluczowe w języku polskim (jakość życia, stan zdrowia, zatrudnienie, aktywność zawodowa, bezrobocie) i angielskim (quality of life (QoL), health related quality of life (HRQoL), employment, unemployment, professional activity, job, job insecurity, precarious employment, health status, population health status).

Analizowano prace opublikowane w latach 2010–2015 (zakres czasowy dla bibliograficznych baz danych) oraz 1995–2015 (dla wyszukiwarki Google Scholar). W niniejszej pracy w niewielkim stopniu wykorzystano także rozdziały zamieszczone w podręcznikach dotyczących poruszanej problematyki.

WYNIKI PRZEGLĄDU

Aktywność zawodowa a zdrowie i jakość życia

Sferą życia, która u większości ludzi zajmuje centralne miejsce w codziennym funkcjonowaniu, jest aktywność zawodowa. Pracy poświęca się coraz więcej czasu, a jej znaczenie w społeczeństwach nowoczesnych jest

niebagatelne. Obowiązki zawodowe pomagają zachować poczucie własnej wartości, podczas gdy ich brak powoduje niepewność, apatię i zagubienie [19]. Z kolei szanse zdobycia oraz utrzymania pozycji zawodowej mogą być zdeterminowane nie tylko przez cechy jednostek, ale także uwarunkowania polityczne i społeczno-ekonomiczne.

Przykładowo w Polsce w ostatnich 27 latach nastąpił wzrost niepewności zatrudnienia, co przełożyło się na obniżenie poczucia bezpieczeństwa w wielu innych aspektach życia [20]. Chodzi tutaj o posocjalistyczną transformację ustrojową, którą Kołodko definiuje jako „kompleksowy proces przejścia od jednopartyjnego systemu politycznego, centralnie planowanej upaństwowionej gospodarki, sterowanego odgórnie społeczeństwa oraz związanej z tymi cechami kultury i mentalności do demokracji parlamentarnej, gospodarki rynkowej, społeczeństwa obywatelskiego oraz sprzężonej zwrótnie z tymi strukturalnymi cechami nowej kultury i mentalności” [21]. Jest to proces długotrwały, a przemiany zachodzą równolegle w 4 sferach – politycznej, ekonomicznej, społecznej i kulturowej, przy czym z niejednakowym rytmem, co przyczynia się do licznych napięć, sprzeczności, stresów i konfliktów [21].

Chociaż dotyczy to wszystkich państw posocjalistycznych, zdaniem autorów niniejszej pracy poziom jakości życia w Polsce warto analizować szczególnie w odniesieniu do takich państw jak Czechy, Słowacja i Węgry. Porównania w ramach tych państw są uzasadnione ze względów geopolitycznych i ekonomicznych. Są nimi przede wszystkim uwarunkowania historyczne, członkostwo w Grupie Wyszehradzkiej oraz jednoczesne przystąpienie do Unii Europejskiej w 2004 r.

Z analizy piśmiennictwa wynika, że poziom jakości życia ogólnej (QoL) oraz tej związanej ze zdrowiem (HRQoL) w istotnym stopniu zależy od uwarunkowań dotyczących sfery aktywności zawodowej. Praca zawodowa zapewnia środki utrzymania, decyduje o możliwościach konsumpcyjnych, kształtuje osobowość i styl życia jednostek. Co więcej, czynniki takie jak charakter pracy, poziom kwalifikacji zawodowych, stanowisko zajmowane w hierarchii organizacji i stosunek do własności silnie determinują położenie jednostki w strukturze klasowej [22]. Z kolei zróżnicowanie pod względem zajmowanej pozycji społecznej jest związane ze zjawiskiem społeczno-ekonomicznych nierówności zdrowotnych [23].

Tym samym można założyć, że sytuacja bezrobocia w społeczeństwach o gospodarce rynkowej może negatywnie wpływać na stan zdrowia i poziom jakości życia jednostek. Zwłaszcza długotrwałe bezrobocie, po-

wodujące postępujące ubożenie bezrobotnego i jego gospodarstwa domowego, oraz długotrwały stres wywołany przedłużającym się brakiem pracy może prowadzić do zaburzeń funkcjonowania osoby bezrobotnej w kontekście społecznym, ekonomicznym oraz zdrowotnym [24].

Przy ocenie poziomu HRQoL, obok dobrostanu fizycznego, emocjonalnego, rodzinnego, funkcjonowania społecznego, satysfakcji z leczenia, sfery seksualnej i intymnej, wyróżnia się dobrostan funkcjonalny wyrażany przez zdolność do codziennej aktywności związanej z pracą i wypoczynkiem [4, s. 256]. Przykładowo duże znaczenie aktywności zawodowej dla jakości życia związanej ze zdrowiem potwierdzają wyniki 12-miesięcznej obserwacji osób otyłych. Autorzy badań stwierdzili, że wykonywanie pracy zarobkowej oraz otrzymywanie wsparcia społecznego to czynniki, które najsilniej determinowały poziom HRQoL w badanej grupie [25].

W ogólnopolskim badaniu jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat z Katowic i Krakowa stwierdzono, że aktywność zawodowa może korzystnie wpływać na samoocenę stanu zdrowia [26]. W badaniach przeprowadzonych w województwie śląskim w grupie kobiet w wieku 45–60 lat ustalono także, że kobiety lepiej wykształcone, aktywne zawodowo i zadowolone z wykonywanej pracy deklarują zdecydowanie wyższą jakość zdrowia fizycznego i psychicznego [27]. Dodatkowo, opierając się na wynikach epidemiologicznego badania przekrojowego z udziałem aktywnych zawodowo mieszkańców aglomeracji górnośląskiej w wieku 45–60 lat, stwierdzono, że jakość życia w tej grupie jest uwarunkowana stanem cywilnym, poziomem wykształcenia i stanem zdrowia oraz częściej jest lepsza u pracowników umysłowych niż fizycznych [28].

Dostępne dane wskazują również, że istnieje zależność między jakością życia a aktywnością zawodową ciężarnych. Autorzy stwierdzają, że aktywność zawodowa jest ważna nie tylko z ekonomicznego punktu widzenia, ale również korzystnie wpływa na jakość życia związaną ze zdrowiem ciężarnych [29]. Warto w tym miejscu dodać, że charakter wykonywanej pracy silnie wpływa na obydwie zmienne. W badaniu przekrojowym przeprowadzonym na Węgrzech ujawniono, że pracownicy zmianowi (szczególnie kobiety) prowadzą mniej zdrowy styl życia oraz są obciążeni wyższym ryzykiem chorób kardiologicznych i metabolicznych w porównaniu z osobami pracującymi tylko w ciągu dnia [30].

Zaobserwowano występowanie istotnego zróżnicowania w zakresie jakości życia, zarówno w obrębie państw europejskich, jak i między nimi [31]. I tak, w Europejskim Sondażu Jakości Życia z 2003 r. (European Quality of Life Survey – EQLS) potwierdzono, że poziom jakości życia osób aktywnych zawodowo jest lepszy w krajach zamożniejszych. Dodatkowo stwierdzono, że ze względu na niższe zarobki, niepewność zatrudnienia oraz dużą liczbę miejsc pracy w przemyśle związanym z zagrożeniami dla zdrowia, wpływ warunków zatrudnienia na jakość życia jest większy we wschodnich i południowych państwach Europy niż w państwach nordyckich i zachodnioeuropejskich.

Ponadto autorzy cytowanego badania uważają, że kluczowym elementem bezpośrednio wpływającym na jakość życia jest bezpieczeństwo ekonomiczne, a zatem gwarancja zatrudnienia i wynagrodzenia. Pozostałe aspekty, takie jak czerpanie satysfakcji z pracy, autonomia i dobre perspektywy zawodowe, wpływają na poziom jakości życia jedynie pośrednio. Należy podkreślić, że o ile zła jakość pracy odnosząca się do indywidualnej percepcji warunków zatrudnienia znacznie pogarsza poziom jakości życia, o tyle u osób deklarujących dobrą jakość pracy efekt poprawy jakości życia nie jest tak widoczny [31].

Beslerová i Dzuričková [32] porównywały poziom jakości życia w państwach członkowskich Unii Europejskiej, skupiając się właściwie na państwach należących do Grupy Wyszehradzkiej (V4). Badaczki wybrały do oceny 2 rzetelne miary stosowane w ocenie zdrowia publicznego – wskaźnik rozwoju społecznego (Human Development Index – HDI) i wskaźnik dobrobytu (Legatum Prosperity Index – LPI). Pierwszy z nich uwzględnia m.in. oczekiwaną długość życia w latach, liczbę lat edukacji oraz dochód narodowy w USD przypadający na osobę. Z kolei LPI umożliwia pomiar jakości życia w odniesieniu do gospodarki, przedsiębiorczości i możliwości zawodowych, rządu, edukacji, zdrowia, bezpieczeństwa, wolności osobistej oraz kapitału społecznego. Obydwa wskaźniki poddawane są rankingowi. Według aktualnych danych Polska znajduje się na 29. miejscu pod względem LPI i na 39. miejscu pod względem HDI. Wśród państw grupy V4 lepsza sytuacja dotyczy jedynie Czech [33,34].

Wyniki ostatnio opublikowanego raportu podsumowującego (2015 r.) społeczną diagnozę warunków i jakości życia mieszkańców Polski wskazują, że poczynszy od 1994 r. widoczna jest poprawa w zakresie indywidualnej jakości i stylu życia [35]. Czapiński stwierdza także poprawę w zakresie zadowolenia Polaków

z panujących stosunków społecznych (najbliższa rodzina, koledzy, małżeństwo, dzieci), warunków materialnych (sytuacja finansowa rodziny i warunki mieszkaniowe), środowiskowych (sytuacja w kraju, miejscowość zamieszkania, stan bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania), a także zdrowotnych (stan zdrowia, życie seksualne i sposób spędzania wolnego czasu). Podobnie poprawa zadowolenia dotyczyła postrzegania własnych osiągnięć, perspektyw na przyszłość, wykształcenia i pracy. Wśród najistotniejszych czynników determinujących lepszy dobrostan psychiczny zidentyfikowano: młodszy wiek, udany związek małżeński, wyższy dochód i brak uzależnienia od alkoholu [35].

Istotną zmienną wpływającą na ocenę satysfakcji życiowej jest płeć. Na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych w Czechach w grupie 1821 osób stwierdzono, że bardziej zadowolone z życia są kobiety niż mężczyźni. W badaniach oceniano również wpływ na satysfakcję życiową czynników określanych jako wewnętrzne, do których zaliczono: wiek, stan cywilny, religijność, posiadanie pracy, znaczenie rodziny jako wartości. Jednocześnie badano wpływ tzw. czynników zewnętrznych, wśród których znalazły się zadowolenie z demokracji i poglądy polityczne. Stwierdzono, że poziom satysfakcji życiowej zależał od wszystkich czynników z wyjątkiem religijności. Najsilniej na satysfakcję życiową kobiet wpływały wiek i stan cywilny, natomiast u mężczyzn dominowało posiadanie pracy i rodziny [36].

Wpływ bezrobocia na jakość życia i zdrowie

W wielu badaniach potwierdzono negatywny wpływ bezrobocia na jakość życia i stan zdrowia ludzi. Kostrzewski i Worach-Kardas [37] ocenili np. stan zdrowia 454 bezrobotnych mieszkańców Łodzi w wieku 45–64 lat. Uzyskane wyniki wskazują, że istnieje zależność między czasem trwania bezrobocia a obniżeniem jakości życia. Co więcej, wraz z przedłużaniem się bezrobocia nasilają się takie zjawiska jak pogorszenie samopoczucia psychicznego, uzależnienie od leków, problemy z poruszaniem się i występowanie chorób przewlekłych. Tendencja ta dotyczy szczególnie najstarszych kategorii wiekowych w badanej grupie. Jednocześnie zauważono, że szanse pozytywnej oceny jakości życia wzrastają, gdy sytuacja ekonomiczna gospodarstwa domowego jest co najmniej dobra, sytuacja rodzinna jest stabilna i nie ma w rodzinie innych osób bezrobotnych.

Istotnych obserwacji dostarczają wyniki badania przeprowadzonego w Holandii w grupie 4308 bezrobotnych osób w wieku 18–65 lat [38]. Badacze wykazali

związek między ponownym zatrudnieniem osób bezrobotnych a poprawą ich jakości życia i zdrowia, szczególnie u osób młodszych. Podobnie korzystny wpływ aktywności zawodowej na jakość życia stwierdzono w badaniu polskim [39]. Autorzy badania wykazali, że ocena jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL) jest niższa u osób bezrobotnych w porównaniu z osobami pracującymi. Warto dodać, że zaobserwowane różnice były lepiej widoczne w przypadku jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym niż ze zdrowiem psychicznym [39].

Szczególnie ważna jest praca zawodowa dla stanu zdrowia i jakości życia osób młodych, znajdujących się w okresie wczesnej dorosłości, między 18. a 30. rokiem życia. Wtedy właśnie dokonują się istotne zmiany, począwszy od wyjścia z okresu dojrzewania po wejście w nowe role społeczne o trwałej odpowiedzialności, przy jednoczesnym braku silnego poczucia tożsamości.

W Polsce te przemiany odbywają się w niezbyt korzystnych warunkach gospodarczych, przy ograniczonej liczbie ofert pracy w pełnym wymiarze godzin i przy stosunkowo dużym zagrożeniu bezrobociem. Czynniki te znacznie utrudniają planowanie kariery oraz krystalizację kompetencji zawodowych [40]. W badaniach longitudinalnych (czas trwania badania – 14 lat) prowadzonych w północnej Szwecji z udziałem osób do 30. roku życia wykazano silny związek między przedłużającym się bezrobociem a niską samooceną stanu zdrowia u kobiet, a także nadmiernym spożyciem alkoholu u mężczyzn [41].

Również wyniki polskich badań ankietowych prowadzonych w Poznaniu w dość dużej grupie bezrobotnych (1068 osób) potwierdziły, że osoby niemające pracy często przejawiają zachowania antyzdrowotne, takie jak palenie tytoniu czy nadmierne spożycie alkoholu (chodzi o dużą częstotliwość picia lub jednorazowe spożycie w ilościach szkodliwych dla zdrowia). Według badanych alkohol i papierosy mają zredukować napięcie emocjonalne [42].

Haid i Seiffge-Krenke [43] przeanalizowały wpływ statusu zawodowego na zdrowie 50 par młodych mieszkańców Niemiec. W badaniu wykazano większy pesymizm i niższą satysfakcję życiową u tych par, w których jeden z partnerów był bezrobotny. Dodatkowo stwierdzono u nich większą częstość występowania ryzykownych zachowań zdrowotnych, takich jak palenie tytoniu lub marihuany, w porównaniu z parami, w których pracowały 2 osoby. Zatrudnienie ma szczególne znaczenie w przypadku mężczyzn, potwierdzono np. że bycie bezrobotnym wpływa nie tylko na satysfakcję życiową mężczyzny, ale również jego partnerki.

Autorzy badań nie zaobserwowali natomiast związku między bezrobociem partnerki a gorszą satysfakcją życiową mężczyzny [43].

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia dwukierunkowej zależności między bezrobociem a deklarowanym stanem zdrowia psychicznego. W badaniu 7176 osób w wieku 20–55 lat stwierdzono, że zły deklarowany stan zdrowia psychicznego jest zarówno konsekwencją, jak i czynnikiem ryzyka bezrobocia [44]. U kobiet siła oddziaływań była podobna, natomiast u mężczyzn ujawniono nieco słabszy wpływ bezrobocia na deklarowany stan zdrowia psychicznego przy istotnym wpływie aktualnego deklarowanego stanu zdrowia psychicznego na ewentualne późniejsze zatrudnienie.

Zdrowie, jakość życia a zatrudnienie prekaryjne

Przegląd piśmiennictwa wskazuje na powrót do praktyk zatrudnienia prekaryjnego (*precarious employment*), które zapoczątkowano na przełomie XIX i XX w. wśród angielskich robotników portowych [45]. Ten rodzaj zatrudnienia wiąże się z niestabilnością kariery zawodowej oraz brakiem bezpieczeństwa socjalnego wyrażanymi w postaci niskich i nieregularnych dochodów, zmiennych godzin pracy, wydłużającego się czasu pracy i ciągłego strachu przed jej utratą. Problem dotyczy obecnie wszystkich państw Unii Europejskiej – stały etat, który gwarantował bezpieczeństwo zatrudnienia i stabilne zarobki, nierzadko ustępuje pracy tymczasowej, kontraktom, pracy sezonowej itp.

Benach i wsp. [46] zaproponowali koncepcyjny model mający na celu zbadanie mechanizmów wpływających na zdrowie i jakość życia, a wynikających z zatrudnienia prekaryjnego. Autorzy wskazują na 2 możliwe schematy. Pierwszy z nich odnosi się do czynników ryzyka w miejscu pracy, związanych z zagrożeniami fizycznymi, chemicznymi, biologicznymi, psychospołecznymi i ergonomią stanowiska pracy. Drugi mechanizm łączy zdrowie i jakość życia z deprivacją materialną w zakresie dochodu, posiadanego majątku, warunków mieszkaniowych oraz jakości środowiska zamieszkania.

W badaniach prowadzonych w latach 2007–2010 wśród mieszkańców Włoch w wieku 16–64 lat wykazano, że w szczególności wydłużający się tymczasowy charakter zatrudnienia negatywnie wpływa na samoocenę stanu zdrowia pracowników, zwłaszcza kobiet [47]. Podobne wyniki badań uzyskano w Hiszpanii w grupie osób w wieku 25–44 lat, gdzie niepewność zatrudnienia wpływała na pogorszenie zdrowia psychicznego, co również było bardziej widoczne u kobiet [48].

Wpływ zatrudnienia prekaryjnego na dobrostan psychiczny pracowników oceniano także w ramach Badania Zdrowia Społeczności (*Community Health Survey*) w Korei Południowej (2008 r.). Zbadano 41 063 osób zatrudnionych bezterminowo oraz 11 098 pracowników prekaryjnych. Uzyskano wyniki wskazujące, że niepewność zatrudnienia zwiększa ryzyko występowania myśli i prób samobójczych [49].

Co więcej, istnieją dane na temat występowania niskiej samooceny stanu zdrowia i wynikających z niej zaburzeń zdrowia (urazy, choroby układu kostno-stawowego oraz zaburzenia psychiczne) u pracowników prekaryjnych, niezależnie od funkcjonującego w danym państwie systemu społecznego. Jedynie u pracowników prekaryjnych funkcjonujących w ramach skandynawskiego modelu państwa opiekuńczego stwierdzono lepszy lub porównywalny stan zdrowia w stosunku do osób zatrudnionych na stałe [50]. W badaniach przeprowadzonych w populacji japońskiej wykazano, że bez względu na płeć pracownicy prekaryjni (zwłaszcza ci zatrudnieni w pełnym wymiarze godzin) częściej deklarowali gorszy stan zdrowia oraz częstsze odczuwanie presji psychologicznej niż osoby zatrudnione bezterminowo. Stwierdzono ponadto, że kobiety zatrudnione na warunkach prekaryjnych częściej paliły tytoń [51]. Wykazano również, że pracownicy prekaryjni rzadziej poddawali się kontrolnym badaniom lekarskim [52].

Także w Australii stwierdzono różnice w zakresie funkcjonowania psychospołecznego oraz zdrowia psychicznego między osobami zatrudnionymi bezterminowo a pracującymi dorywczo [53]. Badacze tłumaczą zaobserwowane zróżnicowanie tym, że osoby pracujące dorywczo były na ogół młodsze, gorzej wykształcone, znajdowały się pod wpływem presji finansowej oraz najczęściej nie miały partnerów życiowych. Według nich gorsze funkcjonowanie psychospołeczne osób zatrudnionych dorywczo było również skutkiem strachu przed utratą pracy oraz niskiej kontroli nad pracą [53].

WNIOSKI

W niniejszym przeglądzie piśmiennictwa wskazano na istotne znaczenie aktywności zawodowej dla jakości życia i stanu zdrowia ludności w większości państw świata, szczególnie tych o gospodarce rynkowej. W związku z tym należy uznać, że badania nad jakością życia (QoL i HRQoL) i stanem zdrowia populacji nie mogą być prowadzone w oderwaniu od uwarunkowań dotyczących sfery aktywności zawodowej. Czynniki podlegające ocenie powinny uwzględniać m.in. źródła i wysokość do-

chodu, stabilność dochodu i zatrudnienia, charakter wykonywanej pracy, a także stopień zadowolenia z wykonywanej pracy oraz autonomię i perspektywy zawodowe.

W podsumowaniu warto podkreślić, że istotne znaczenie dla jakości życia populacji, w tym osób zatrudnionych, ma poziom rozwoju danego państwa. Najlepsza jakość życia dotyczy społeczeństw najzamożniejszych, w których warunki pracy są także najlepsze. Nie bez znaczenia jest również odsetek osób bezrobotnych. Udowodniono, że utrzymujące się i długotrwałe bezrobocie prowadzi do istotnego pogorszenia jakości życia i stanu zdrowia, szczególnie osób młodszych. Jednocześnie potwierdzono, że ponowne zatrudnienie po okresie bezrobocia prowadzi do znacznej poprawy samooceny stanu zdrowia oraz jakości życia.

W konsekwencji postępujących zmian na rynku pracy narasta problem tzw. zatrudnienia prekaryjnego, które należy uwzględnić w analizach dotyczących uwarunkowań jakości życia i poziomu zdrowia populacji. W dotychczasowych badaniach wykazano bowiem, że osoby zatrudnione na tych zasadach deklarują gorszą jakość życia, słabsze zdrowie oraz niższą samoocenę stanu zdrowia w porównaniu z osobami zatrudnionymi bezterminowo. Zauważono również, że przedłużająca się forma zatrudnienia prekaryjnego dodatkowo pogarsza niezbyt wysoką samoocenę pracowników.

Aktualne dane wskazują, że warunki zatrudnienia nieco odmiennie wpływają na jakość życia i stan zdrowia kobiet i mężczyzn. Stwierdzono np., że satysfakcja życiowa mężczyzn jest silnie związana z posiadaniem pracy, podczas gdy u kobiet większą rolę odgrywają wiek i stan cywilny. Choć wydaje się, że skutki zdrowotne bezrobocia są jednakowe dla kobiet i mężczyzn, to jednak warto zauważyć, że bezrobocie mężczyzn silniej wpływa na środowisko rodzinne. U mężczyzn częściej pojawiają się lub nasilają ryzykowne zachowania zdrowotne, np. związane z nadużywaniem alkoholu. Z kolei wykonywanie pracy tymczasowej ma większy wpływ na pogorszenie zdrowia kobiet niż mężczyzn.

Z uwagi na brak jednoznacznego wytłumaczenia opisanych w pracy obserwacji konieczne jest podjęcie badań zmierzających do ich wyjaśnienia. Przykład badań skandynawskich ukazuje, że pewne działania w ramach istniejącego systemu społecznego mogą sprzyjać utrzymaniu zdrowia i jakości życia na zadowalającym poziomie. Kwestia ta nabiera szczególnie znaczenia w państwach postkomunistycznych, w których stwierdzono największy wpływ zmian warunków zatrudnienia na jakość życia i stan zdrowia ludzi młodych, znajdujących się we wczesnej fazie wieku produkcyjnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Scottish Executive Social Research: Quality of life and Well-being: Measuring the benefits of culture and sport: Literature review and thinkpiece [Internet]: Research, Edinburgh 2005, ss. 6–7 [cytowany 13 grudnia 2015]. Adres: <http://www.gov.scot/resource/doc/89281/0021350.pdf>
2. Hagerty M.R., Cummins R.A., Ferris A.L., Land K., Michalos A.C., Peterson M. i wsp.: Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Soc. Indic. Res.* 2001;55(1):1–96, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1010811312332>
3. Price P., Krasner D.L.: Health-related and chronic wounds: Evidence and implications for practice. W: Krasner D.L., Rodeheaver G.T., Sibbald R.G., Woo K.Y.: *Chronic wound care: A clinical source book for healthcare professionals*. Vol. 1., 5th ed. HMP Communications, Malvern 2012
4. Miniszewska J., Chodkiewicz J., Zalewska-Janowska A.: Jakość życia w zdrowiu i chorobie – czym jest, jak i po ją oceniać. *Przegl. Lek.* 2012;69(6):253–259
5. Trzebiatowski J.: Jakość życia w naukach społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health* 2011;46(1):25–31
6. Suchodolski B.: *Wychowanie mimo wszystko*. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1990, s. 23
7. Bańka A., Derbis R. [red.]: *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Środkowo-europejskie Centrum Ekonomii Działania Społeczne-go, Poznań–Częstochowa 1995, s. 19
8. Campbell A.: *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. McGraw-Hill, New York 1981
9. Rapley M.: *Quality of life research. A critical introduction*. SAGE Publications, London 2003, s. 11
10. Sompolska-Rzechuła A.: Jakość życia jako kategoria ekonomiczna. *Folia Pomer. Univ. Technol. Stetin. Oeconomica* 2013;301(71):127–140
11. Daszykowska J.: Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegl. Med. Uniw. Rzesz.* 2006;2:122–128
12. Tobiasz-Adamczyk B.: *Badania nad jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia*. W: Piątkowski W. [red.]. *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2010, s. 48
13. Bakas T., McLennon S.M., Carpenter J.S., Buelow J.M., Otte J.L., Hanna K.M. i wsp.: Systematic review of health-related quality of life models. *Health Qual. Life Out.* 2012;10:134, <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-10-134>
14. Wilson I.B., Cleary P.D.: Linking clinical variables with health-related quality of life: A Conceptual model of pa-

- tient outcomes. *JAMA* 1995;273(1):59–65, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1995.03520250075037>
15. Ferrans C.E., Zerwic J.J., Wilbur J.E., Larson J.L.: Conceptual model of health-related quality of life. *J. Nurs. Scholarship* 2005;37(4):336–342, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
 16. World Health Organization: International classification of functioning, disability, and health: Children and youth version: ICF-CY. Organization, Genewa 2007
 17. Górna K.: Obiektywny i subiektywny wymiar jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2005
 18. World Health Organization: WHOQOL – Measuring quality of life. Organization, Genewa 1997
 19. Giddens A.: Socjologia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 923
 20. Giddens A.: Europa w epoce globalnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 62
 21. Kołodko G.W.: Sukces na dwie trzecie. Polska transformacja ustrojowa i lekcje na przyszłość [Internet]: Centrum Badawcze Transformacji, Integracji i Globalizacji TIGER, Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie, Warszawa 2007, ss. 1–4 [cytowany 13 grudnia 2015]. Adres: http://www.tiger.edu.pl/aktualnosci/gwk_Sukces_na_dwie_trzecie.pdf
 22. Domański H.: Struktura społeczna. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007, ss. 132, 166–167
 23. Ostrowska A.: Zróżnicowanie społeczne i nierówności w zdrowiu. W: Piątkowski W. [red.]. Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2010, s. 44
 24. Kostrzewski S., Worach-Kardas H.: Zdrowotne i społeczno-ekonomiczne aspekty długotrwałego bezrobocia w środowisku wielkomiejskim. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008;89(4):504–510
 25. Andenaes R., Fagermoen M.S., Eide H., Lerdal A.: Changes in health-related quality of life in people with morbid obesity attending a learning and mastery course. A longitudinal study with 12-months follow-up. *Health Qual. Life Out.* 2012;10:95, <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-10-95>
 26. Kowalska M., Kolarzyk M., Kaizer M., Trząski D.: Ogólnopolskie badania jakości życia związanej ze zdrowiem fizycznym i psychicznym kobiet w wieku 45–60 lat z Katowic i Krakowa. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009;90(4):553–555
 27. Kowalska M., Marcinkowska U., Joško J.: Satysfakcja z pracy zawodowej a jakość życia kobiet w wieku 45–60 lat w województwie śląskim. *Med. Pr.* 2010;61(3):277–285
 28. Kowalska M., Humeniuk M., Danso F., Kułak E., Arasiwicz H.: Jakość życia aktywnych zawodowo osób w wieku 45–60 lat, mieszkańców przemysłowego regionu (aglomeracja górnośląska). *Med. Pr.* 2011;62(5):455–463
 29. Nowakowska-Głąb A., Maniecka-Bryła I.: Zależność między wykonywaną pracą a jakością życia kobiet związaną ze zdrowiem kobiet ciężarnych. *Med. Pr.* 2011;62(6):601–607
 30. Jermendy G., Nádas J., Hegyi I., Vasas I., Hidvégi T.: Assessment of cardiometabolic risk among shift workers in Hungary. *Health Qual. Life Out.* 2012;10:18, <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-10-18>
 31. Drobnić S., Beham B., Präg P.: Good job, goof life? Working condition and quality of life in Europe. *Soc. Indic. Res.* 2010;99(2):205–225, <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9586-7>
 32. Beslerová S., Dzuričková J.: Quality of life measurements in EU countries. *Procedia Econ. Finance* 2014;12:37–47, [http://dx.doi.org/10.1016/S2212-5671\(14\)00318-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2212-5671(14)00318-9)
 33. Legatum Institute: The Legatum Prosperity Index [Internet]: Insitute, London 2015 [cytowany 24 lutego 2016]. Adres: http://media.prosperity.com/2015/pdf/publications/PI2015Brochure_WEB.pdf
 34. United Nations Development Programme: Human development report 2013. The rise of the South: Human progress in a diverse world [Internet]: Programme, New York 2013 [cytowany 24 lutego 2016]. Adres: http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/14/hdr2013_en_complete.pdf
 35. Czapiński J., Panek T. [red.]: Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015, ss. 183–205
 36. Chanda K.S.: Gender and life satisfaction in the Czech Republic. *Gender Studies* 2015;13(1):131–151, <http://dx.doi.org/10.1515/genst-2015-0010>
 37. Kostrzewski S., Worach-Kardas H.: Skutki długotrwałego bezrobocia dla zdrowia i jakości życia osób w starszym wieku produkcyjnym. *Nowiny Lek.* 2013;82(4):310–317
 38. Carlier B.E., Schuring M., Lötters F., Bakker B., Borgeers N., Burdorf A.: The influence of re-employment on quality of life and self-rated health, a longitudinal study among unemployed persons in the Netherlands. *BMC Public Health* 2013;13:503, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-503>
 39. Zagożdżon P., Ejsmont J.: Jakość życia związana ze zdrowiem u bezrobotnych. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008;89(4):498–503
 40. Wysocka E.: Praca jako czynnik warunkujący jakość życia ludzi młodych – psychospołeczna perspektywa teoretyczna. *Forum Pedagog.* UKSW 2011;1(1):14–44

41. Reine I., Novo M., Hammarström A.: Unemployment and ill health – A gender analysis: Results from a 14-year follow-up of the Northern Swedish Cohort. *Public health* 2013;127(3):214–222, <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2012.12.005>
42. Gromadcka-Sutkiewicz M., Kłos J., Adamek R., Zysnarska M., Kara I.: Palenie papierosów i picie alkoholu wśród bezrobotnych. *Przegl. Lek.* 2012;69(10):973–977
43. Haid M.J., Seiffge-Krenke I.: *Psychol. Health* 2013; 28(3):284–301, <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2012.720983>
44. Olesen S.C., Butterworth P., Leach L.S., Kelaher M., Pirakis J.: Mental health affects future employment as job loss affects mental health: Findings from a longitudinal population study. *BMC Psychiatry* 2013;13:144, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-144>
45. Quinlan M.: Precarious employment, ill health, and lesson from history: The case of casual (temporary) dockworkers 1880–1945. *Int. J. Health Serv.* 2013;43(4): 721–744, <http://dx.doi.org/10.2190/HS.43.4.h>
46. Benach J., Vives A., Trafa G., Delclos C., Muntaner C.: What should we know about precarious employment and health in 2025? Framing the agenda for the next decade of research. *Int. J. Epidemiol.* 2016;45(1):232–238, <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyv342>
47. Pirani E., Salvini S.: Is temporary employment damaging to health? A longitudinal study on Italian workers. *Soc. Sci. Med.* 2015;124:121–131, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.033>
48. Vives A., Amable A., Ferrer M., Moncada S., Llorens C., Muntaner C. i wsp.: Employment precariousness and poor mental health: Evidence from Spain on a new social determinant of health. *J. Environ. Public Health* 2013; 978656, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/978656>
49. Min K.B., Park S.G., Hwang S.H., Min J.Y.: Precarious employment and the risk of suicidal ideation and suicide attempts. *Prev. Med.* 2015;71:72–76, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.12.017>
50. Kim I.H., Muntaner C., Shahidi F.V., Vives A., Vanroelen C., Benach J.: Welfare states, flexible employment, and health: A critical review. *Health Policy* 2012;104(2): 99–127, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.11.002>
51. Tsurugano S., Inoue M., Yano E.: Precarious employment and health: Analysis of the Comprehensive National Survey in Japan. *Ind. Health* 2012;50(3):223–235, <http://dx.doi.org/10.2486/indhealth.MS1260>
52. Mariko I., Tsurugano S., Nishikitani M., Yano E.: Full-time workers with precarious employment face lower protection for receiving annual health check-ups. *Am. J. Ind. Med.* 2012;55(10):884–892, <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.22090>
53. Keuskamp D., Ziersch A.M., Baum F.E., LaMontagne A.D.: Precarious employment, psychosocial working conditions, and health: Cross-sectional associations in a population-based sample of working Australians. *Am. J. Ind. Med.* 2013;56(8):838–844, <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.22176>