

آثار بیکاری بر آسایش و سلامت روانی*

کای کاسکلا^۱، هیمو ویناماکی^۲، لئو نیسکانن^۳، اسمو کانتولا^۴

ترجمه: دکتر حسن رفیعی^۵

زمینه

در مطالعات جمعیتی معمولاً ارقام بیکاری را با آمارهای رسمی مختلفی در زمینه های رنجوروارگی^۶ و مرگ و میر^۷ مقایسه می کنند. تفسیر آمارها نیز اغلب با تأخیر معینی صورت می گیرد، چون آثار بیکاری بر بسیاری از بیماریها انتظار می رود که فقط پس از چند سال قابل مشاهده باشند. این مطالعات بر روابط میان

* برگرفته از:

Levin L.S., McMahan L., Ziglio E., 1994, *Economic Change, Social Welfare, and Health in Europe*, Copenhagen, World Health Organization. Regional Office for Europe.

۱. Kaj Koskela, MD, MSc, MPOlSc, PhD. جامعه شناس است و در فنلاند سمت مشاور دائم وزارت امور اجتماعی و بهداشت را دارد. پژوهشهای او حول موضوعات بهداشت عمومی، پیشگیری از بیماریها، و آموزش بهداشت صورت می گیرد. از جمله آخرین نوشته های او تحلیلی درباره اثرات رکود اقتصادی بر سلامت در فنلاند است.

۲. Heimo Viinamaki, MScD دانش آموخته روانپزشکی است و در بخش روانپزشکی بیمارستان دانشگاه کوپو (Kuopio) پزشک ارشد دستیار (Assistant Senior Physician) است. پژوهشهای او حول روانپزشکی در بیمارستانهای عمومی و نظریه روان پویشی درباره آموزش بهداشت صورت گرفته اند. آخرین پژوهشهای او شامل تحلیلی از درآمد در درمانهای روانپزشکی و وضعیت سلامت روانی بیکاران بوده است.

۳. Leo Niskanen مربی طب داخلی و "سخنران ارشد" در دانشگاه کوپو است. علایق پژوهشی او در زمینه همه گیرشناسی و اخیراً جنبه های سوخت و سازی و قلبی - عروقی تحمل گلوکز و تغذیه است.

۴. Osmo Kontula, PhD جامعه شناس و مدیر پژوهش در دانشکده بهداشت عمومی دانشگاه هلسینکی است. علایق پژوهشی او در زمینه رفتار جنسی بزرگسالان و نوجوانان، مصرف مواد و سیاستهای مرتبط با آن، و آثار رکود اقتصادی بر سلامت است. او تا کنون بیش از بیست کتاب منتشر کرده است.

۵. روانپزشک، استادیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۶. Morbidity

۷. Mortality

بیکاری و مرگ و میر (به طور کلی)، بیماریهای قلبی - عروقی، درمان در بیمارستانهای روانپزشکی، خودکشی، و قتل متمرکز بوده اند.

میان بیکاری و شمار افرادی هم که برای نخستین بار به خاطر مشکلات روانی خود به جست و جوی کمک بر می خیزند، رابطه ای پیدا شده است (۱). در بریتانیا نشان داده شده که با افزایش میزان بیکاری بر تعداد بستری شدگان بیمارستانهای روانپزشکی افزوده می شود. این افزایش بویژه در مورد کسانی بارز بوده که پیشتر نیز به خاطر مشکلات روانی خود تحت درمان بوده‌اند (۲). از سوی دیگر در میان کسانی که به مدت بیش از ۶ ماه بیکار بوده اند، میزان بستری کمتر بوده است (۳).

فراپر و پین (۴) از مطالعه خود نتیجه گرفته اند که فشار روانی، هیجانهای منفی، ناشادی، نارضایتی از زندگی، و فقدان لذت و هیجانهای مثبت در میان بیکاران شایعتر از افرادی است که به کاری اشتغال دارند. مطالعات پیگیری^۱ نشان داده اند، کسانی که در طول دوره پیگیری به شغل دست یافته‌اند، بهتر از کسانی که همچنان بیکار مانده‌اند، عوامل مذکور را تدبیر کرده اند.

مطالعه پرسشنامه ای لاهلما در مورد بیکاران فنلاند نشان داده که بیکاری تهدید عمده ای برای آسایش روانی است (۵). پرسشنامه های پیگیری در مه ۱۹۸۳ و اوت ۱۹۸۴ برای کسانی که در فوریه ۱۹۸۳ بیکار بوده‌اند، پست شد. آسایش روانی^۲ در میان حدود نیمی از کسانی که همچنان بیکار بودند، کاهش یافته بود. در حالی که این رقم در مورد کسانی که شغلی پیدا کرده بودند. به کمتر از ۲۰٪ رسیده بود. این ارتباط، حتی پس از انطباق^۳ دو گروه از نظر متغیرهای زمینه ای هم برقرار بود.

آثار بیکاری احتمالاً بیش از همه در کسانی طول می کشد که زندگی شغلی آنها به تازگی شروع شده است. در مطالعات متعدد نشان داده شده که میان بیکاری جوانان و اختلالات خفیف روانپزشکی رابطه ای وجود دارد (۶). در یک مطالعه پیگیری در بریتانیا معلوم شد سلامت روانی جوانانی که پس از پایان دوره دبیرستان نمی توانند کاری پیدا کنند، بدتر از سلامت روانی شاغلان همسن شان است، هر چند زمانی که هنوز از دبیرستان فارغ التحصیل نشده‌اند، چنین تفاوت مشهودی میان آنها دیده نمی شود (۷).

در بریتانیا رابطه ای واضح میان خودکشی، اعم از موفق و ناموفق، و بیکاری دیده

۱. Follow-up study

۲. Mental Well-being

۳. Matching

شده است. البته معمولاً به نظر نمی‌رسد که بیکاری مستقیماً سبب خودکشی شود، بلکه افراد دچار ضعفهای روانی نهایتاً بیش از دیگران بیکار می‌مانند. اما بیکاری هم به میزان قابل توجهی مشکلات روانی آنها را تشدید می‌کند. علاوه بر این، اگر بیکاری سبب فقر هم شده باشد، ممکن است چنان اثر شدیدی بر سلامت روان بگذارد که فرد را به خودکشی یا لاقابل اقدام به آن سوق دهد (۸).

مطالعه

با توجه به چنین زمینه‌ای، هدف مطالعه ما تحقیق در آثار بیکاری بر آسایش روانی با استفاده از دو گروه بود. این مطالعه در فنلاند انجام شد. در این کشور شمار بیکاران در فاصله ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۳ به شدت افزایش یافت، یعنی از ۸۷ هزار نفر یا ۳/۵٪ به ۴۷۰ هزار نفر یا ۱۹٪ از جمعیت رسید و این سریعترین میزان افزایش بیکاری در همه کشورهای غربی بود.

آزمودنیها و روش

گروه مورد مطالعه ۱

گروه مورد مطالعه اول شامل کل کارکنان کارخانه چوب بری فین فورست واقع در شهر هامین لینا در جنوب فنلاند بود که ۲۱۱ نفر بودند. به همه کارکنان به طور همزمان، در اگوست ۱۹۹۱ و به دنبال اتخاذ راهکارهای عقلانی سازی در شرکت اصلی اخطار شده بود، در حالی که تا پیش از آن کاهش چشمگیری در نیروی کار اعمال نشده بود. این کارخانه از ۵۸ سال پیش در صنعت چوب فعال بود.

کارکنان کارخانه چوب بری مشابه دیگری به نام ساوون سلو واقع در شهر کوپیو در شرق فنلاند که ۳۰۵ نفر بودند، به عنوان شاهد انتخاب شدند. این کارخانه از ۲۴ سال پیش در صنعت چوب فعال بود و میانگین مدت استخدام افراد در آن طولانی و میزان اخراج و استخدام جدید در آن کم بود.

پرسشنامه‌ای در ژانویه ۱۹۹۲ برای اعضای هر دو گروه و بار دیگر در فوریه ۱۹۹۲ برای کسانی که هنوز پاسخ نداده بودند، فرستاده شد. پرسشنامه‌ای که برای دو گروه فرستاده شد، از هر جهت مشابه بود، جز اینکه از کارکنان فین فورست در مورد برنامه آنها برای کنار آمدن با مسایل آتی شان نیز سوال شده بود.

از طریق پرسشنامه‌ها داده‌هایی درباره سن، جنس، وضع تأهل، تحصیلات پایه،

موقعیت مالی، حمایت اجتماعی، و بهداشت پاسخ دهندگان نیز به دست می‌آمد. همچنین از آزمودنیها خواسته شده بود که نگرش خود را درباره آینده نیز توضیح دهند. آسایش روانی از طریق سه مقیاس که در مطالعات قبلی روایی آنها تأیید شده بود، ارزشیابی می‌شد.

۱. رنج روانی^۱. احتمال وجود اختلالات خفیف روانپزشکی (که مستلزم کمک روان‌شناختی بودند) از طریق گونه دوازده سوالی "پرسشنامه سلامت عمومی"^۲ سنجیده شد (۹، ۱۰). سئوالهای این پرسشنامه مسایل مربوط به اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس، و مشکلات روزمره را در بر می‌گیرند. هر کس نمره ای از صفر تا دوازده می‌گیرد که هر چه این نمره بیشتر باشد، بر بیماری بیشتر او دلالت دارد.
۲. افسردگی. افسردگی با استفاده از گونه سیزده سئوالی پرسشنامه بک^۳ ارزشیابی شد (۱۱). هر کس نمره ای از صفر تا سی و نه می‌گیرد و هر چه این نمره بیشتر باشد، بر افسردگی بیشتر او دلالت دارد.
۳. واکنشگری روان تنی^۴. این محور نیز از نگاه خود فرد و با استفاده از فهرستی شامل سیزده علامت روان تنی سنجیده شد که دروگاتیس و همکارانش تهیه کرده اند (۱۲). هر کس نمره ای از صفر تا پنجاه و دو می‌گیرد که هر چه بیشتر باشد، بر گرایش قویتر او به پیدا کردن علائم روان تنی دلالت دارد.

گروه مورد مطالعه ۲

با نمونه ای از جمعیت نیز از طریق تلفن مصاحبه شد. این مصاحبه ها در ضمن مطالعه "اداره آمار فنلاند" درباره نیروی انسانی و در فاصله ۱۷ فوریه تا اول مارس ۱۹۹۲ انجام شد.

در طول سال دو نمونه تصادفی از افراد ۱۵ تا ۱۷ ساله که ساکن دائم فنلاند بودند، برای مطالعه نیروی انسانی از "اداره مرکزی ثبت" انتخاب می‌شود. نشانیها و سایر جزئیات مربوط به افراد نمونه، ماهی یک بار با استفاده از اطلاعات موجود در این اداره، روز آمد شده است. نمونه ای که به این ترتیب به دست می‌آید، شامل ۲۵۰۰ نفر است. از نمونه به

۱. Psychological distress

۲. General Health Questionnaire (GHQ)

۳. Beck Depression Inventory (BDI)

۴. Psychosomatic (PS) reactivity

دست آمده در فوریه همه افراد ۱۸ تا ۷۴ ساله وارد مطالعه شدند. پیش از مصاحبه، نامه ای حاوی خلاصه ای از مطالعه برای آنها فرستاده شد.

مطالعه مذکور درباره نیروی انسانی معمولاً از طریق تلفنی انجام می شود. با آن دسته از آزمودنیهای مطالعه که شماره تلفن شان را نمی شد پیدا کرد، به صورت حضوری مصاحبه شد. مطالعه شامل ۹۰ مصاحبه حضوری (۵/۷٪) و ۱۴۹۹ مصاحبه تلفنی (۹۴/۳٪) بوده که در مجموع (۱۵۸۹ مصاحبه) ۸۳/۵٪ از نمونه ۱۹۳۰ نفری را در بر می گرفت. یعنی میزان عدم شمول^۱ ۱۶/۵٪ بود.

پاسخ دهندگان شامل چهار دسته بودند: ۶۵۲ شاغل، ۲۱۵ شاغل که می ترسیدند شغل خود را از دست بدهند، ۵۱ شاغل که همسرشان بیکار بود، و ۱۵۰ بیکار. بازنشستگان، دانشجویان، خانه دارها، و سربازان از مطالعه حذف شدند (مجموع این افراد ۸۶۲ نفر بود). به این ترتیب معلوم شد که مسأله بیکاری برای حدود ۴۰٪ از پاسخ دهندگان مطرح بود: یعنی خودشان یا یکی از اعضای خانواده شان بیکار بودند یا می ترسیدند که بیکار شوند. تحلیلهای آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-X انجام شد. آزمون مربع خی برای متغیرهای گسسته و آزمون t یا آزمون U من و ویتنی برای متغیرهای پیوسته انجام شد.

نتایج

گروه مورد مطالعه ۱

هفتاد و نه درصد از گروه مورد مطالعه و ۶۵٪ از گروه شاهد، پرسشنامه ها را پاسخ دادند. ۳۳ آزمودنی در گروه مورد مطالعه از تحلیل حذف شدند، چون بیشتر شغل جدیدی پیدا کرده بودند. به این ترتیب حجم نهایی گروه مورد مطالعه ۱۳۳۶ نفر شد. میانگین سنی مردان گروه مورد مطالعه $۱۰/۶ \pm ۴۴/۳$ سال و میانگین سنی زنان این گروه $۱۰/۶ \pm ۴۵$ سال بود (p غیر معنادار). میانگین سنی مردان گروه شاهد $۹/۱ \pm ۴۳$ سال و میانگین سنی زنان گروه شاهد $۱۰/۵ + ۴۱/۷$ سال بود (p غیر معنادار)*. نسبت مردان در گروه مورد مطالعه ۷۰٪ و در گروه شاهد ۸۴٪ بود. وضع تاهل و تحصیلات

۱. Dropout rate

* p برای احتمال غیر معنادار بودن به کار می رود. p غیر معنادار معمولاً برای مواردی است که احتمال معنادار نبودن کمتر از ۹۵ درصد است (معنادار بودن بیشتر از ۵ درصد). در موارد بعدی احتمال معنادار بودن به بالاتر از ۹۹ درصد یا ۹۹۹ در هزار رسیده است. م

پایه در دو گروه مشابه بود .

وضعیت آزمودنیهای دو گروه از نظر آسایش روانی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است . در این جدول ، هر چه نمره فرد بالاتر است ، وضعیت روانی بدتری گروه جدول ۱ . آسایش روانی گروه مورد مطالعه (بیکاران) و گروه شاهد (شاغلان)

| نمره میانگین (\pm خطای معیار) | | | | مقیاس سنجش |
|----------------------------------|--------------------|------------------|-------------------|------------|
| گروه شاهد | | گروه مورد مطالعه | | |
| زنان (۳۱ نفر) | مردان (۱۶۷ نفر) | زنان (۴۳ نفر) | مردان (۹۳ نفر) | |
| ۲/۳±۰/۶ | ۱/۱±۰/۲ | ۲/۸±۰/۵ | ۳/۷±۰/۴* | GHQ |
| ۱۱/۸±۲/۴ | ۵/۸±۰/۷ | ۹/۹±۱/۶ | ۹/۴±۱/۱** | BDI |
| ۱۲/۳±۱/۳ | ۷/۶±۰/۶ | ۶/۴±۱/۰* | ۶/۴±۰/۸ | PS |

* تفاوت نمره های گروه مورد مطالعه و گروه شاهد (در میان افراد همجنس) بر اساس آزمون U من و ویتنی ، معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$) .

** تفاوت نمره های گروه مورد مطالعه و گروه شاهد (در میان افراد همجنس) بر اساس آزمون U من و ویتنی ، معنادار است ($p < ۰/۰۱$) .

دارد . زنان گروه مورد مطالعه (یعنی گروه بیکاران) در مقایسه با زنان شاهد (که شاغل بودند) نه افسرده تر بودند (براساس نمره BDI) و نه نیاز بیشتری به کمک روان شناختی داشتند (بر اساس نمره GHQ) . زنان شاغل علائم روان تنی بیشتری (بر اساس نمره PS) در مقایسه با زنان بیکار از خود نشان می دادند ($p < ۰/۰۰۱$) . مردان گروه مورد مطالعه بیشتر از مردان گروه شاهد به کمک روان شناختی نیاز داشتند ($p < ۰/۰۰۱$) و افسرده تر هم بودند ($p < ۰/۰۱$) .

مردان گروه مورد مطالعه در تمام سنین ، بیشتر از مردان گروه شاهد به کمک روان شناختی نیاز داشتند . مردان گروه شاهد در سنین ۴۵ تا ۴۹ سال ، بیشتر از مردان بیکار علائم روان تنی از خود نشان می دادند (براساس نمره PS که $۸/۶±۱/۱$ در مقایسه با $۴/۵±۲/۰$ بود ؛ $p < ۰/۰۱$) . مردان گروه مورد مطالعه در سنین ۴۵ تا ۴۹ سال ، آسایش روانی کمتری در مقایسه با مردان جوانتر و مستتر از خود داشتند (براساس نمره GHQ که $۴/۶±۱/۱$ بود و بر اساس نمره BDI که $۸/۴±۲/۳$ بود) .

آسایش روانی مردان هر دو گروه در جدول شماره ۲ بر اساس وضعیت روانی آنها نشان داده شده است. مردان مجرد، طلاق گرفته، و بیوه در گروه مطالعه کمتر از مردان متأهل دچار اختلال در آسایش روانی خود بودند. مردان متأهل گـروه مورد مطالعه بیشتر از مردان گروه شاهد به کمک روان شناختی نیاز داشتند ($p < 0/001$) از آزمودنیهای گروه مورد مطالعه خواسته شد که توانایی خود را برای مدارا در آینده بسنجند. بیکاری و عدم اطمینان از آینده با نیاز بیشتر به کمک روان شناختی و با شدیدترین افسردگیها رابطه داشت. در گروه مورد مطالعه آن دسته از مردانی که به آینده مطمئن بودند، با این مسایل بهتر از دیگران مدارا می کردند.

ما اثرات حمایت اجتماعی (۱۴) و فشار مالی (۱۵) را هم بر آسایش روانی مردان و زنان گروه مورد مطالعه بررسی کردیم. پاسخ دهندگان سطح برخورداری خود از حمایت اجتماعی را با پاسخ به این سؤال تعیین می کردند: "آیا احساس می کنید که نزدیکان تان مشکلات شما را به قدر کافی بفهمند و درمورد آنها از شما حمایت کنند؟" افراد بر اساس مقیاس چهار نمره ای پاسخ دادند که به این ترتیب دو دسته پیدا شد: گروه برخوردار از حمایت اجتماعی کافی و ناکافی. کسانی که حمایت اجتماعی خود

جدول ۲. آسایش روانی مردان گروه مورد مطالعه (بیکاران) و گروه شاهد (شاغلان) به تفکیک وضع تأهل

| نمره میانگین (± خطای معیار) | | | | | | وضع تأهل |
|-----------------------------|----------|---------|---------------------------|-----------|----------|--------------------|
| گروه شاهد (۱۶۷ نفر) | | | گروه مورد مطالعه (۹۳ نفر) | | | |
| PS | BDI | GHQ | PS | BDI | GHQ | |
| ۸/۸±۱/۸ (۲۰ نفر) | ۷/۵±۲/۱ | ۱/۶±۰/۶ | ۷/۱±۱/۸ (۱۸ نفر) | ۷/۹±۲/۰ | ۳/۶±۰/۹ | مجرد |
| ۷/۳±۰/۶ (۱۳۹ نفر) | ۵/۱±۰/۷ | ۰/۹±۰/۲ | ۶/۶±۰/۹ (۶۶ نفر) | ۱۰/۲±۱/۴* | ۳/۹±۰/۵* | متاهل |
| ۸/۴±۲/۳ (۸ نفر) | ۱۸/۰±۶/۱ | ۳/۳±۱/۵ | ۲/۳±۱/۰** (۹ نفر) | ۴/۵±۲/۶ | ۲/۱±۱/۸ | طلاق گرفته/بیوه |

* تفاوت نمره های گروه مورد مطالعه و گروه شاهد (در افرادی با وضع تأهل مشابه) براساس آزمون U من و ویتنی، معنادار است ($p < 0/001$).

** تفاوت نمره های گروه مورد مطالعه و گروه شاهد (در افرادی با وضع تأهل مشابه) براساس آزمون U من و ویتنی، معنادار است ($p < 0/05$).

جدول ۳. آسایش روانی مردان گروه مورد مطالعه (بیکاران) و گروه شاهد (شاغلان) به تفکیک انتظاراتشان از آینده

| نمره میانگین (\pm خطای معیار) | | | | | | وضع تأهل |
|----------------------------------|---------------|----------------|---------------------------|----------------|-----------------|----------|
| گروه شاهد (۱۶۷ نفر) | | | گروه مورد مطالعه (۹۳ نفر) | | | |
| PS | BDI | GHQ | PS | BDI | GHQ | |
| ۶/۹ \pm ۰/۷ (۹۹ نفر) | ۳/۴ \pm ۰/۷ | ۰/۷ \pm ۰/۱۲ | ۳/۷ \pm ۰/۷ (۵۳ نفر) | ۳/۷ \pm ۰/۹* | ۱/۵ \pm ۰/۴* | مطمئن |
| ۸/۷ \pm ۱/۰ (۶۸ نفر) | ۹/۵ \pm ۱/۳ | ۱/۸ \pm ۰/۳ | ۸/۳ \pm ۱/۱ (۴۰ نفر) | ۱۳/۴ \pm ۱/۶ | ۴/۸ \pm ۰/۵** | نا مطمئن |

* تفاوت نمره های گروه مورد مطالعه و گروه شاهد (در افرادی با انتظارات مشابه از آینده) براساس آزمون U من و ویتنی، معنادار است ($p < ۰/۰۱$).

** تفاوت نمره های گروه مورد مطالعه و گروه شاهد (در افرادی با انتظارات مشابه از آینده) براساس آزمون U من و ویتنی، معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$).

را ناکافی ارزیابی کرده بودند، بیشتر از دیگران به کمک روان‌شناختی نیاز داشتند، علائم روان تنی بیشتری داشتند، و افسرده تر هم بودند (جدول شماره ۴).

جدول ۴. آسایش روانی مردان گروه مورد مطالعه به تفکیک حمایت اجتماعی ای که دریافت می کنند.

| نمره میانگین (\pm خطای معیار) | | | حمایت اجتماعی |
|----------------------------------|----------------|----------------|------------------|
| PS | BDI | GHQ | |
| ۵/۴ \pm ۰/۶** | ۷/۸ \pm ۰/۹* | ۳/۰ \pm ۰/۴* | کافی (۱۱۵ نفر) |
| ۱۱/۵ \pm ۱/۹ | ۱۹/۳ \pm ۲/۶ | ۶/۵ \pm ۱/۱ | نا کافی (۲۱ نفر) |

* ($p < ۰/۰۰۱$) براساس آزمون U من و ویتنی

** ($p < ۰/۰۰۱$) براساس آزمون U من و ویتنی

پاسخ دهندگان موقعیت مالی خود را نیز با استفاده از یک مقیاس چهار نمره ای سنجیدند و باز بر دو دسته شدند: دارای وضع مالی لاقفل متوسط، و دارای وضع مالی بد. موقعیت مالی بد در میان بیکاران با مختل بودن آسایش روانی رابطه داشت. این افراد بیشتر از دیگران به کمک روان شناختی نیاز داشتند، علائم روان تنی بیشتری داشتند، و افسرده تر هم بودند (جدول شماره ۵).

جدول ۵. آسایش روانی مردان گروه مورد مطالعه به تفکیک وضعیت مالی آنها

| نمره میانگین (\pm خطای معیار) | | | وضع مالی |
|----------------------------------|-----------------|----------------|---------------------------|
| PS | BDI | GHQ | |
| ۵/۴ \pm ۰/۶ | ۷/۹ \pm ۱/۱** | ۲/۷ \pm ۰/۵* | متوسط یا بهتر (۸۷ نفر) |
| ۸/۲ \pm ۱/۲ | ۱۲/۱ \pm ۱/۷ | ۵/۱ \pm ۰/۶ | ضعیف (۴۹ نفر) |

* ($p < 0.001$) براساس آزمون U من و ویتنی

** ($p < 0.05$) براساس آزمون U من و ویتنی

گروه مورد مطالعه ۲

بیکاران از نظر شرایط اجتماعی با شاغلان تفاوت داشتند، به این معنا که ۳۵٪ از آنها به تنهایی یا فقط با فرزندان خود زندگی می کردند. این رقم در میان شاغلانی که در بیم از دست دادن شغل خود نبودند، ۲۰٪ بود. زندگی متأهلانه یا داشتن رابطه ای شبیه ازدواج در میان شاغلان ۱۵٪ بیشتر از بیکاران بود. البته تفاوت واقعی، مختصری کمتر از این است، چون میانگین سنی گروه بیکاران پایین تر از شاغلان بود. این یافته ها در مقاله دیگری به تفصیل ارائه شده اند (۱۶).

سیگار کشیدن منظم در میان بیکاران (۳۸٪) شایعتر از شاغلانی بود که نمی ترسیدند شغل خود را از دست بدهند (۲۱٪). این تفاوت در همه گروه های سنی به روشنی دیده می شد. دو گروه از نظر مصرف آبجو یا مشروبات الکلی تفاوتی باهم نداشتند. نوشیدن شراب در گروه بیکاران خیلی کمتر از دیگران بود. کاهش مصرف آبجو، شراب، و سایر مشروبات الکلی در طول سال گذشته را بیکاران بیشتر از شاغلان گزارش می کردند.

مشکلات مرتبط با الکل در طول سال گذشته در میان بیکاران (۶٪) مختصری بیشتر از شاغلان (۲٪) بود و این شاید به معنای آن باشد که برخی از بیکاران الکل را برای مدارا با وضع خود مصرف می کنند.

وضع روانی بیکاران تا حدودی بدتر از شاغلانی بود که نمی ترسیدند بیکار شوند. آنها مشکلات روانی، افکار خودکشی، و کاهش شوق زندگی کردن را بیشتر گزارش می کردند. از این نظر، شاغلانی که می ترسیدند شغل خود را از دست بدهند، آسیب پذیرترین گروه بودند. آنها به تغییرات محیط خود بسیار حساس بودند و در بسیاری از

موارد، شغل شان واقعاً در خطر از دست رفتن بود. این مشاهده مویید یافته‌های گذشته است: نفس تهدید شدن به بیکاری یا اخطار قبلی در مورد آن می‌تواند سلامت روان را مختل کند (جدول ۶).

هیچ یک از بیکاران در طول شش ماه پیش از تحقیق در پی کمک گرفتن به خاطر علائم روانپزشکی یا پیدا شدن مشکلاتی در روابط فردی خود بر نیامده بودند. فقط کمی بیش از ۱٪ از شاغلان از این نوع درمان برخوردار شده بودند.

از نظر ارزیابی خود فرد از آینده، مصرف داروهای خواب آور یا رختزا، و علائم بیماری روانی به تصور خود فرد، به نظر می‌رسید که وضع بیکاران مختصری بدتر از

جدول ۶. میزان بروز مشکلات روانی، افکار خودکشی، کاهش شوق زندگی به تفکیک

وضع شغلی

| درصد کسانی که این مشکلات را گزارش کرده‌اند. | | | وضع شغلی |
|---|--------------|--------------|-------------------------------|
| کاهش شوق زندگی | افکار خودکشی | مشکلات روانی | |
| ۷/۷ | ۱/۷ | ۱۶/۶ | شاغل (۶۵۲ نفر) |
| ۱۹/۶ | ۴/۲ | ۲۹/۳ | هراسان از بیکار شدن (۲۱۵ نفر) |
| ۸/۰ | ۲/۰ | ۳۵/۳ | دارای همسر بیکار (۵۱ نفر) |
| ۱۳/۳ | ۲/۷ | ۲۳/۳ | بیکار (۱۵۰ نفر) |

شاغلانی بود که نمی‌ترسیدند بیکار شوند. بیکاران دیدگاهی بسیار بدبینانه راجع به آینده داشتند. در عین حال شاغلانی هم که می‌ترسیدند شغل خود را از دست بدهند، به اندازه بیکاران مشکل داشتند. مشکلات روانی و مصرف داروهای رختزا بیش از همه در میان همسران بیکاران شایع بود. دلیل عمده آن نیز این است که این گروه (همسران) عمدتاً از زنان تشکیل شده است. مصرف داروهای رختزا و شکایت از مشکلات روانی در میان زنان عموماً بیشتر از مردان است و اگر شوهرانشان هم بیکار شده باشند، این مشکلات تشدید می‌شود (جدول ۷).

جدول ۷. میزان بروز عدم اطمینان از آینده ، مصرف مواد خواب آور یا رختوزا ، و بیماری روانی به تفکیک وضع شغلی

| درصد کسانی که این مشکلات را گزارش کرده‌اند. | | | وضع شغلی |
|---|------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| بیماری روانی | مصرف مواد خواب آور یا رختوزا | عدم اطمینان از آینده | |
| ۳۴/۶ | ۶/۸ | ۳/۷ | شاغل (۶۵۲ نفر) |
| ۴۳/۸ | ۵/۶ | ۱۵/۴ | هراسان از بیکار شدن (۲۱۵ نفر) |
| ۳۲/۷ | ۱۱/۸ | ۸/۰ | دارای همسر بیکار (۵۱ نفر) |
| ۳۹/۵ | ۸/۷ | ۱۵/۳ | بیکار (۱۵۰ نفر) |

مصرف داروهای رختوزا در میان بیکاران میانسال شایعتر از شاغلان همسن شان بود . میزان کسانی که رختوزاها را برای اولین بار مصرف می کردند ، در این گروه سنی بیش از بقیه گروهها بود . به استثنای روابط شغلی ، هیچ تفاوتی میان بیکاران و شاغلان از نظر برخورداری از حمایت اجتماعی وجود نداشت .

در این مطالعه تفاوت بیکاران با شاغلانی که نمی ترسند کار خود را از دست بدهند ، در این بود که چه طبق ارزیابی خودشان از وضع سلامتشان و چه بر اساس بیماریهایی که پزشکشان در آنها تشخیص داده بود ، وضع سلامت بیکاران مختصری بدتر بود . البته این تفاوت نسبتاً ناچیز بود . همسران بیکاران و شاغلان هرسان از بیکار شدن بیشتر از خود بیکاران دچار بیماری - به تشخیص پزشک - می شدند (جدول ۸) .

جدول ۸. میزان بروز وضع بد سلامت و بیماری ، ناتوانی ، یامعلولیت ، به تفکیک وضع شغلی

| درصد کسانی که این مشکلات را گزارش کرده‌اند. | | وضع شغلی |
|---|--------------|-------------------------------|
| بیماری ، ناتوانی ، یا معلولیت | وضع بد سلامت | |
| ۵/۵ | ۴/۱ | شاغل (۶۵۲ نفر) |
| ۸/۴ | ۴/۲ | هراسان از بیکار شدن (۲۱۵ نفر) |
| ۷/۸ | ۳/۹ | دارای همسر بیکار (۵۱ نفر) |
| ۵/۳ | ۶/۷ | بیکار (۱۵۰ نفر) |

تفاوت وضع سلامت در میانسالان بارز بود، یعنی میزان بروز بیماری در بیکاران این گروه سنی به اندازه چهار سدک بیشتر از شاغلان بود. مشکلات بهداشتی در میانسالان هراسان از بیکار شدن بیش از بقیه بود و به نظر می‌رسید که حساسیت آنها نیز به تغییرات محیطی تهدید کننده زندگی شان بیشتر بود. هیچ تفاوتی میان بیکاران و شاغلان از نظر مصرف داروهای تجویز شده وجود نداشت. اما وقتی مصرف این داروها در سال قبل با سالهای پیش مقایسه شد، دیده شد که درصد بیشتری (۱۲٪) از بیکاران در سال قبل، بیشتر از سال پیش داروهای تجویز شده را مصرف کرده‌اند. همچنین ۱۲٪ از بیکاران وضع سلامت خود را بدتر از سالهای پیش ارزیابی می‌کردند، در حالی که ۱۸٪ نیز بهبود وضع سلامت خود را گزارش می‌کردند. از این نظر، پاسخها تفاوتی با شاغلان نداشت.

بحث

رکود اقتصادی به صورت دوره ای وجود دارد. آثار سوء بیکاری بر سلامت، به محض بهبود مجدد وضع اقتصادی بر طرف می‌شود. این نظرات بارها گفته شده، اما از دل آنها سئوالی مطرح می‌شود: آیا همه چیز واقعاً به همین سادگی است؟ مردان گروه مورد مطالعه اول در مقایسه با مردان گروه شاهد نیاز بیشتری به کمک روان شناختی داشتند (بر اساس اندازه‌گیری با مقیاس GHQ) و افسرده تر بودند (بر اساس اندازه‌گیری با مقیاس BDI). بنابراین بیکاری ظاهراً آسایش روانی افراد را به هم می‌زند. البته این نکته در مورد زنان اثبات نشد. بر عکس زنان گروه شاهد افسرده تر و دارای نمره بالاتری در GHQ از مردان بودند. این نتایج با نتایج مطالعات قبلی از نظر فراوانی بیشتر مشکلات روانی، بویژه افسردگی، در زنان (۱۷) همخوانی دارد.

مطالعه ما، مشاهدات گذشته را حاکی از اینکه مردان میانسال دشوارتر با بیکاری انطباق می‌یابند (۱۹ و ۱۸)، تأیید می‌کند. به نظر می‌رسد آنها خوش بینی کمتری برای یافتن کار دوباره داشته باشند و برای بازآموزی هم فرصت های کمتری در اختیار آنهاست. این عوامل می‌تواند آسایش روانی آنها را به هم بریزد.

در مطالعات جمعیتی آنچه تحلیل نتایج را پیچیده می‌کند، این است که مبادا داده های تحقیق به طور ناخواسته دستچین شده باشند: بیکاران از بسیاری جنبه ها با شاغلان تفاوت دارند. از طرف دیگر با مطالعه مقایسه ای اطلاعات پایا و قابل اعتمادی

به دست می آید. در میان مطالعات انجام شده بر تعطیل کارخانه ها، تنها در چند مورد از گروه شاهد نیز استفاده شده و طرح به کار رفته در مطالعه ما پایایی بهتری را برای نتایج رقم می زند. علاوه بر این، آسایش روانی را با استفاده از مقیاس‌هایی سنجیده ایم که در مطالعات قبلی بر بیکاری نیز به کار رفته و اعتباریابی شده بودند (۵، ۱۸، ۲۰، ۲۱). برخی افراد در برابر فشار روانی، با پیدا کردن علائم روان تنی واکنش نشان می دهند، یعنی به جای ذهن و روان شان، بدنشان علامت پیدا می کند و به این ترتیب علائم روان تنی ممکن است مقدم بر مشکلات روانی در آنها پیدا شود. دومین مطالعه گزارش شده در این مقاله، نمونه ای از جمعیت را در بر گرفته که معرف کل فنلاند است. لذا نتایج هر دو مطالعه را می توان برای پیش بینی اثرات بیکاری و رکود اقتصادی بر سلامت به کار برد.

نا کافی بودن حمایت‌های اجتماعی و موقعیت بد مالی، اثرات سوء بیکاری بر آسایش روانی افراد را تشدید می کند. محققان دیگر مطرح کرده اند که ناکافی بودن حمایت‌های اجتماعی به صورت یک متغیر مستقل عمل می کند، یعنی فقدان این حمایتها سبب آسیب پذیری بیشتر فرد بیکار در برابر دشواریها می شود (۲۲ تا ۲۴). بیکاری اغلب موجب مشکلات مالی هم می شود که نشان داده شده خود مشکلات مالی نیز میزان بروز مشکلات روانی را بیشتر می کنند (۲۵). همچنین دیده شده که فشار مالی میزان بروز علائم بیماریها را نیز افزایش می دهد (۲۶) و سبب انزوای اجتماعی طولانی مدت می شود (۲۷). برای به حداقل رساندن آثار بیکاری بر سلامت، بیکار نیازمند حد معقولی از شور و سرزندگی است. داشتن نگرش مثبت به بیکاری، احساس شرم بیکار و تمایل او به منزوی شدن را کم می کند. همچنین از تشکیل انجمنهای بیکاران باید حمایت کرد، چون مشارکت فعال تعداد تماسهای اجتماعی بیکاران را افزایش می دهد.

مطمئن نبودن از آینده و داشتن همسر بیکار میزان بروز مشکلات روانی را افزایش می دهد. بیشترین شیوع افکار خودکشی در میان بیکاران و شاغلان هراسان از بیکاری وجود داشت. در چندین مطالعه، همبستگی بیکاری با خودکشی، اعم از موفق با ناموفق، نشان داده شده است (۲۸ تا ۳۰). اما هیچ علت مستقیمی هنوز پیدا نشده است (۳۱ و ۳۲). در حال حاضر بیکاری به شکل مستقیم یا غیر مستقیم برای ۴۰٪ از جمعیت فنلاند دغدغه خاطر ایجاد کرده است. یعنی تعداد قابل توجهی از فنلاندیها*

در معرض خطر ابتلاء به مشکلات روانی قرار دارند. بنابراین معاینه دوره‌ای کسانی که به مدت طولانی بیکار بوده‌اند، می‌تواند شناسایی و یاری رساندن به افراد در معرض بیشترین خطر را آسانتر سازد. **

در مطالعات قبلی مطرح شده که رکود اقتصادی سبب کاهش مصرف الکل و توتون بویژه در میان بزرگسالان می‌شود و در عین حال، مصرف این مواد در برخی گروه‌های خاص ممکن است افزایش یابد (۶ و ۳۳). نتایج مطالعه ما حاکی از آن است که برخی بیکاران ممکن است برای جبران مشکلات روانی خود رو به مصرف سیگار و الکل بیاورند. هنوز برای مشاهده تمام آثار رکود اقتصادی بر سلامت خیلی زود است، ولی نتایج مطالعه ما مبنایی برای پیش بینی آینده فراهم کرده است. مشکلات روانی بیکاران احتمالاً با افزوده شدن بر طول مدت بیکاری آنها بیشتر خواهد شد. ما در حال انجام یک مطالعه پیگیری بر گروه اول هستیم و طبق داده‌های اولیه‌ای که تا کنون به دست آورده‌ایم، هر چه بیکاری آنها بیشتر طول می‌کشد، آسایش روانی آنها نیز تباہ تر می‌شود. بیکاری دراز مدت بویژه برای جوانان می‌تواند باعث جدایی دائم نسل جوان از جامعه شود (۶).

شاید این حرف ریچارد اسمیت درست باشد که "بدون کار تمام زندگی بر باد است" (۳۴). او در ادامه می‌گوید:

سلامت جسم بیکار رو به تباہی می‌گذارد... اما آنچه بیشترین آسیب را از بیکاری می‌بیند، سلامت روان است... بیکاری همچنین انگ و تحقیر به همراه دارد و افق دید فرد را برای تصمیم‌گیری کوتاه می‌کند... با این حال [سیاستمداران] تا کنون نشان نداده‌اند که گستره فلاکت ایجاد شده از رهگذر بیکاری را دریافته باشند.

منابع

1. D'ARCY, C. Unemployment and health ; data and implications. *Canadian Journal of Public Health* , 77(1):124-131(1986) .
2. AHR, P. ET AL . Measuring the relationship of public Psychiatric admissions to rising unemployment . *Hospital and community psychiatry* , 32 : 398-401 (1981) .
3. TRAINOR , J. ET AL . Short-term economic change and the

** پر واضح است که این کار فقط در بستر یک نظام جامع رفاه اجتماعی امکانپذیر است . م

- utilization of mental health facilities in a metropolitan area .
Canadian journal of psychiatry , 32 : 379-383 (1987) .
4. FRYER , D.M. & PAYNE , R.L. Being unemployed : a review of the literature on the psychological experience of unemployment . In : Cooper , C.L. & Robertson , I. , ED. *International review of industrial and organizational psychology* . Chichester , Wiley , 1986
 5. LAHELMA, E. Unemployment , re-employment and mental well being . A panel survey of industrial jobseekers in Finland . *Scandinavian journal of social medicine* , Suppl. 43 (1989) .
 6. HAMMARSTROM, A . ET AL. Youth unemployment and ill health : results from a 2-year follow-up study . *Social science & medicine* , 26 : 1025-1033(1988)
 7. WATKINS , S.J. Work , unemployment , poverty and stress . Towards an integrated policy approach . In : Starrin , B . et al . , ed *Unemployment , Poverty and quality of working life* . Berlin , Edition Sigma , 1989.
 8. SMITH , R. *Unemployment and health : a disaster and a challenge*. Oxford , Oxford University Press . 1987.
 9. Goldberg . D.P. *The detection of psychiatric illness by questionnaire* . Oxford , Oxford University Press . 1972.
 10. GOLDBERG, D.P. Manual for the general health questionnaire. Windsor, National Foundation for Educational Research , 1978.
 11. BECK , A.J. ET AL. An inventory for measuring depression . *Archives of general Psychiatry* , 4 : 561-571(1961) .
 12. DEGORATIS , L.R.ET AL . SL C-90 : an outpatient psychiatric scale preliminary report . *Psychopharmacology bulletin* , 9 : 13-27 (1973)
 13. VIINAMAKI , H. ET AL . Unemployment and mental well-being: a factory closure study in finland . *Acta psychiatrica scandinavica* , 88:429-433(1993).
 14. VIINAMAKI , H. ET AL . Social support in relation to mental well-being among the unemployed : a factory closure study in Finland . *Nordic journal of psychiatry* , 47: 195-201(1993).
 15. VIINAMAKI , H. EAL . Unemployment , financial stress and

- mental well-being : a factory closure study. *European journal of psychiatry* , 7 : 95-102(1993)
16. KONTULA, O. ET AL . *Taloudellinen muutos ja terveys* [Economic change and health] . Helsinki, VAPK-Kustannus , 1992(Sosiaalija terviyshallituksen raportti 67).
 17. LEHTINEN , V. & JOUKAMAA , M. Mental disorders in a sample representative of the whole Finnish adult population. In: Cooper , B., ed . *Psychiatric epidemiology : Progress and prospects*. London, Croom Helm , 1987.
 18. JACKSON , P.R. & Warr , P.B. Unemployment and psychological ill – health : the moderating role of duration and age . *Psychological medicine* , 14:605-614(1984).
 19. HEPWORTH , S.J. Moderating factors of the psychological impact of unemployment . *Journal of occupational psychology* , 53: 139-145(1980)
 20. BOLTON , W . & OATLEY , K. A.A longitudinal study of social support and depression in unemployed men . *Psychological medicine* , 17 : 453 – 460 (1987) .
 21. HALL, E.M. & JOHNSON , J.V. Depression in unemployed Swedish woman . *Social*.
 22. LEAVY, R.L. Social support and psychological disorder : a review . *Journal of community psychology* , 11 : 3 – 21 (1983).
 23. COHEN , S. & WILLS , T.A. Stress , social support and buffering hypothesis . *Psychological bulletin* , 98: 310-357 (1987) .
 24. OATLEY , K . & BOLTON , W . A social cognitive theory of depression in reaction to life events. *Psychological review* , 92 : 372 – 388 (1985).
 25. FRESE , M. & MOHR , G. Prolonged unemployment and depression in older workers : a longitudinal study of intervening variables. *social science & medicine* , 25 : 173 – 178 (1987).
 26. ALDWIN, C.M. & REVENSON , T.A. Vulnerability to economic stress. *American journal of community psychology* , 14 : 161 – 174 (1986)
 27. FLEDER , G.H.J. & ROCKWELL , R.C . Economic depression and postwar opportunity in men’s lives : a study of life patterns

- and health. *Research in community and mental health* , 1: 249 – 303 (1979) .
28. PLATT, S. Unemployment and suicidal behaviour : a review of the literature . *Social science & medicine* , 19:93 – 115 (1984) .
 29. HAWTON , K. & ROSE ,N. Unemployment and attempted suicide among men in Oxford . *Health trends*, 18: 29- 32 (1986).
 30. PLATT, S. & KREITMAN , N. Long – term trends in parasuicide and unemployment in Edinburgh , 1968-87 . *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* , 25: 56 – 61 (1990).
 31. CROMBIE I. K . Trends in suicide and unemployment in Scotland , 1976 – 86 . *British medical journal* , 298 : 782 – 784 (1989).
 32. PRITCHARD , C. Is there a link between suicide in young men and unemployment ? A comparison of the UK with other European community countries . *British journal of psychiatry* , 160: 750 – 756 (1992) .
 33. SMART , R.G. & MURRAY ,G.F. Drug abuse and affluence in five countries: a study of economic and health conditions , 1960– 1975 . *Drug and alcohol dependence* , 11 : 297- 307 (1983) .
 34. SMITH , R. “Without work all life goes rotten ” . *British medical journal* , 305 : 972(1992).