

SOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ A NEZAMĚSTNANOST

doc. MUDr. Zdeněk Boleloucký, CSc.

Psychiatrická klinika LF MU a FNB Brno – Bohunice

Již několik desetiletí jsou studovány psychosociální události v životě člověka z hlediska jejich dopadu na zdraví. K nim patří i ztráta práce. Na ztrátu práce reaguje postižený především emocemi. Jde o psychologické a psychiatrické důsledky, jednak krátkodobé, jednak dlouhodobé. Dochází i ke zhoršení poměrů sociálních. To vše pak vede mimo zvýšenou konzumaci alkoholu, drog, zvýšenou sebevražednost, zvýšení úmrtnosti i k ovlivnění somatických onemocnění. V této souvislosti jsou z vnitřního lékařství častěji zmiňována kardiovaskulární onemocnění, gastrointestinální onemocnění, diabetes a astma. Také jsou zmínky z oblasti dermatologie. Článek si všímá prací z poslední doby zachycených pomocí přístupných elektronických zdrojů.

Klíčová slova: nezaměstnanost, deprese, diabetes, astma, hypertenze.

SOMATIC DISEASES AND UNEMPLOYMENT

During a few decades psychosocial events in one's life have been studied regarding their impact on human health. Loss of a job is one of them. An affected person reacts to a job loss mainly by emotions. Consequences are psychological and psychiatric, both short term and long term. Usually social conditions are worsened. All of these then influence somatic diseases besides of increased alcohol use, drug use, rise in suicide rates and increased mortality. In this connection, cardiovascular diseases, gastrointestinal diseases, diabetes and asthma are most commonly mentioned. Others include dermatological disorders. The article comments on papers lately made available on web sources.

Key words: unemployment, depression, diabetes, asthma, hypertension.

Vyřazení jedince z pracovního procesu přináší kromě problémů sociálních i důsledky zdravotní. Dnes jsou celkem známy biologické, psychologické a sociální faktory, které činí práci jako takovou pro člověka nezbytnou. Obecně je akceptováno, že práce je první a základní podmínkou lidské existence. Většina lidí má symbiotický vztah k práci i k pracovišti. Porušení tohoto vztahu – trvalejší nejistota v zaměstnání či jeho přerušení – bývá prožíváno jako skutečná separace a ztráta. To se odráží na úrovních biologické, psychologické a sociální. Ve svých důsledcích pak ovlivňuje zdravotní stav jednotlivce či postižené populace. Těmto otázkám věnovalo v posledním desetiletí pozornost více autorů (4).

První poznatky o důsledcích nezaměstnanosti na postižené obyvatelstvo byly publikovány mimo jiné v souvislosti se světovou hospodářskou krizí třicátých let. Nejčastěji citovanou publikací je kniha „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (13).

Marienthal byla tehdy malá průmyslová obec, vzdálená od Vídně 30 minut jízdy vlakem. V r. 1930 tam uzavřeli textilní továrny, které dávaly obživu většině z 1 500 obyvatel. Ze 478 rodin obce neměl v období studie (rok 1932) ve 365 rodinách ani jeden člen zaměstnání a rovněž tehdy nebyly vyhlídky na zlepšení situace. Problematiku brněnských nezaměstnaných v té době studoval B. Zwicker (31).

Evropský projekt „Nezaměstnanost a duševní zdraví“ (2000) shrnul současné nálezy v oblasti duševního zdraví v souvislosti s nezaměstnaností takto:

1. Nezaměstnanost má záporný vliv na duševní zdraví většiny zasažených lidí a členů jejich rodiny.

2. Existují účinné prostředky rušící záporný dopad, ale musejí být více rozšířeny.
3. Nezaměstnanost má pro různé skupiny lidí různý význam, např. pro mladé osoby, seniory, ženy atd. Příslušná opatření musejí být aplikována adekvátně.
4. Je zapotřebí více solidarity s nezaměstnanými lidmi. Nejdůležitější je, aby nezaměstnaný nebyl léčený jako odpovědný nebo vinný ze své situace.
5. Velký význam při oslabování negativního dopadu nezaměstnanosti na duševní zdraví má spolupráce mezi různými činiteli (nezaměstnaný a rodina, zaměstnavatel, odborová organizace, poskytovatel služeb, profesijní, političtí činitelé).

Bliže na Internetu:

<http://www.umhp.org/umh.html#objectives>.

Psychiatrické aspekty nezaměstnanosti a duševního zdraví byly probrány při jiné příležitosti (2, 4). Současné sdělení se soustřeďuje na nemocné se somatickými potížemi z různých oblastí medicíny, kteří mají proti kontrolním souborům v anamnéze častěji psychosociální zátěž v podobě nezaměstnanosti.

Somatickými potížemi se mohou v psychiatrii manifestovat některé poruchy psychotické (F2), afektivní poruchy (deprese, F3), potíže neurotické úrovně (F4) ap. Odmyslíme-li poruchy konverzní (hysterická neuróza, konverzní typ), hypochondrické, neurastenii, poruchy příjmu jídla a podobně, zůstávají pro hodnocení pacientů se somatickými obtížemi bez organického podkladu relevantní dvě oblasti. Je to z hlediska klasifikace MSK-10 jednak oblast funkčních poruch, zařazených v oddíle „Somatoformní poruchy“ (F45), zvláště pak diagnostická třída „Somatoformní vegetativní dysfunkce“ (F45.3) a ob-

last psychosomatických poruch ve vlastním slova smyslu z oddílu „Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde“ (F54)(3).

Nejdříve si všimneme otázky zvýšené mortality v souvislosti se sociálními podmínkami a nezaměstnaností, pak následují vybraná onemocnění (diabetes – E10–E14, hypertenze – I10–I15, astma – J45, vředová choroba žaludku a dvanáctníku – K25–K28, nemoci kůže – L0–L9).

Nezaměstnanost je spojena se zvýšenými zdravotnickými riziky projevujícími se např. zvýšenou konzumací zdravotnických služeb, mortalitou a psychologicky podmíněnými potížemi. Na druhé straně se ukázalo, že i přesčasová práce přispívá mj. cestou zvýšení hladin stresových hormonů ke zvýšení mortality na kardiovaskulární onemocnění a podobně.

Například práce autorů L. Nylén et al., 2001 ukázala na podkladě rozboru vybraného souboru ze švédského registru dvojčat narozených v letech 1926–1958 sledovaného od r. 1973 z hlediska mortality ve vztahu k nezaměstnanosti, částečné zaměstnanosti, práci přes čas (nad 5 hodin týdně) a vedlejší práci, že *nezaměstnanost a některé časové aspekty práce byly spojeny s následnou zvýšenou mortalitou jak u žen, tak u mužů.*

Nezaměstnanost je považována za klíčovou socioekonomickou determinantu zdraví. Významná část pracovní síly byla v posledních 30 letech v různých obdobích nezaměstnaná. Existuje bohatá literatura z nejrůznějších medicínských oblastí ve vztahu k nezaměstnanosti (20, 28). Týká se to i ekonomických poměrů v souvislosti se zvýšenou incidencí nádorových onemocnění.

Nezaměstnaní muži mívají mj. i významně vyšší úmrtnost na rakovinu v porovnání se všemi muži v pracovním věku. Ztráta zaměstnání může omezit přístup k zdravotním službám. V době neočekávaně vysoké nezaměstnanosti (8 %) byla zjištěna např. *u žen nižší pravděpodobnost zachycení rakoviny prsu* v rizikové populaci. Strach ze ztráty zaměstnání může také odvrátit ženy od samovyšetření prsu a seznámení se s podezřelými příznaky prsu (6, 18, 26).

V Anglii a Walesu po dobu 25 roků se do roku 1995 rovnoměrně zvyšovalo přežití na většinu nádorů, ale celé toto časové období trval nepoměr v přežívání mezi pacienty žijícími v bohatých a chudých geografických oblastech (7).

Cukrovka (E10–E14)

To, že psychosociální faktory mohou ovlivňovat průběh cukrovky, je známe již delší dobu. Cukrovkou se zabýval i klasik psychosomatiky F. Alexander a po něm řada dalších. Etiologický význam psychosociálních faktorů u cukrovky ale nebyl prokázán.

Cukrovka je na celém světě jedním z vážných, velmi často se vyskytujících chronických onemocnění. V např. samotných Spojených státech trpí cukrovkou téměř 16 milionů lidí. To zvyšuje celkové výdaje za léčení. Některé vrstvy nemají z důvodů nízkého příjmu prostřed-

ky na adekvátní výživu. Za nedostatkem vhodné stravy není ale jen nízký příjem. Jde i o vzdálenost potravinářských prodejen, omezenou tělesnou pohyblivost, nedostatečnou dopravu, náhlou nezaměstnanost, ztrátu domova, nedostatečný rozpočet atd. To vede k narušování diety nemocných.

K porušování diety navíc přispívá konzumace alkoholu, abúzus drog a léků. Významný faktor u diabetu je nedostatek pohybu. Cvičení zlepšuje glykémii, hladiny cholesterolu, kardiovaskulární zdatnost, tělesnou sílu a flexibilitu. Snižuje krevní tlak a podporuje pokles váhy. Doporučuje se alespoň 30 minut středního tělesného pohybu denně. Nedostatečné cvičení může vyplynout z nedostatku času nebo energie, zatěžujících domácích povinností, rodinných potřeb nebo pracovních požadavků. Diabetické komplikace nebo zdravotní problémy (ischemická choroba srdeční, plicní onemocnění, artritida) také mohou překážet činnosti. Naopak někteří mohou postrádat motivaci v důsledku nepřítomnosti komplikací choroby, přítomnosti depresi, nebo závady na osobním zevnějšku. Život v oblasti s vysokou kriminalitou také může bránit získání návyků adekvátní fyzické sportovní rutiny (8).

Valdmanis se spolupracovníky (2001) v epidemiologické studii v USA zjistili u osob s cukrovkou 16 % nezaměstnaných v porovnání se 3 % u kontrolní skupiny. Ukázalo se, že 71 % osob s cukrovkou mělo roční příjem méně než 20 000 US dolarů ve srovnání s 59 % odpovídajících si kontrolních skupin respondentů (uvedené rozdíly byly statisticky vysoce významné). Porovnáním nákladů a režie nemocných s cukrovkou s kontrolami z hlediska širokých vztahů ekonomického postavení, invalidity ležící v pozadí a bariér zdravotnické péče (odrážejících se v práci, příjmu, dnech pracovní neschopnosti, obecném zdravotním stavu a přístupu k lékařské péči) se ukázalo, že osoby s cukrovkou na tom byly významně hůře ve všech ekonomických, invalidních a vstupních měřících (27).

Jiná práce (14) si stanovila za cíl porovnat v prospektivní studii soubor 25 554 osob v aktivním věku (18–64 let) bez cukrovky s odpovídajícím souborem 608 osob s cukrovkou (z nich 242 mělo komplikaci onemocnění) z hlediska proměnných příjmů a zaměstnání. Jednalo se o osoby z Kanady, ze státu Manitoba. Ukázalo se, že diabetici s komplikacemi byli dvakrát tak častěji vedeni jako nezaměstnaní než by odpovídalo pravděpodobnosti v porovnání s jednotlivci bez diabetu. Tento rozdíl nebyl patrný pro diabetiky bez komplikací onemocnění. Diabetici bez komplikací měli příjmy podobné osobám bez diabetu. Celkový příjem diabetika s komplikacemi byl 72 % příjmu osoby bez diabetu. Když byla analýza omezena jen na osoby zaměstnané, dělníci s diabetem s komplikacemi měli jen 85 % příjmů nediabetických lidí.

Naopak – ovlivnění výdělečné schopnosti nemocných s komplikacemi cukrovky v porovnání s lidmi bez cukrovky neplatilo pro tamní domorodé obyvatelstvo provincie.

V současnosti roste počet jednotlivců, kteří žijí a pracují s cukrovkou. Cukrovka může ovlivnit zaměstnání a následující příležitosti k příjmu různými způsoby. Nejvýraznější projev diabetu nastává tehdy, když diabetické komplikace omezí pracovní schopnost postiženého. Pozdní diabetické komplikace jsou pak podle různých studií důvodem méně časté zaměstnanosti, častějšího sdělování problémů, obtíží se získáním zaměstnání, změny práce v důsledku onemocnění, příčinou nižších průměrných příjmů, vyšší pravděpodobnosti nástupu invalidního důchodu apod. Cukrovka může také ovlivnit možnost získat zaměstnání označované jako citlivé na bezpečnost. Hlavní problém je riziko hypoglykémie, zvláště u jedinců beroucích inzulin.

Riziko smrti v souvislosti s cukrovkou významně korelovalo s nezaměstnaností v kraji a se sociální stratifikací. Při každém vzrůstu úrovně nezaměstnanosti v oblasti o 1 % se riziko úmrtí v souvislosti s cukrovkou zvýšilo o 2,5 % (9).

U populací s nižším ekonomickým příjmem se častěji vyskytuje nadváha, resp. otylost. Ve vzorku štyrské populace venkovských oblastí z let 1989–1993 bylo 4,1 % nezaměstnaných. Vyšetření nezaměstnaní měli více rizikového chování jak zaměstnaní. Šlo o menší motivace k redukci váhy, ke změně dietních zvyků. Více trpěli úzkostí, poruchami spánku a nechutenstvím. Z tělesných chorob měli častěji chronická jaterní, plicní a gastrointestinální onemocnění. Častěji využívali medicínské služby (25).

Studie zemědělských dělníků z východu USA zachytila vysoký výskyt otylosti. Nadváhu či otylost mělo 81 % mužů a 76 % žen (index tělesné hmotnosti BMI vyšší než 30). Asi polovina všech sledovaných farmářských dělníků trpěla jedním nebo více stavy jako jsou otylost, vysoký krevní tlak a zvýšené množství cholesterolu v krvi. Každý z těchto faktorů je vystavuje riziku vzniku chorob koronárních arterií a dalších chronických onemocnění, zvláště cukrovky. K těmto zdravotním problémům může přispívat i charakter práce vedoucí k nedostatku času získat a vařit vhodnou stravu spolu se špatnými dietními návyky a sezónní nezaměstnaností (17).

Nezaměstnanost patří u diabetiků spolu s nižší sociální vrstvou, příslušností k etnické minoritě, středním věkem a ženským pohlavím k *rizikovým faktorům vzniku deprese* (11).

Vysoký krevní tlak (I10–I15)

Systematický výklad psychosomatické problematiky v kardiologii lze najít v příslušných psychosomatických monografiích. Zde si všimneme prací, souvisejících s problematikou nezaměstnanosti. Psychosociální stres

ry v několika kohortových studiích populace předpovídaly hypertenzi. Nebylo v nich ale dostatečně přihlédnuto k závažným parametrům, jako jsou pohlavní rozdíly nebo interakce se standardními rizikovými faktory. Proto byly snahy toto napravit. Ze souboru 2 357 longitudinálně sledovaných dospělých osob populačního vzorku z Alameda County v Kalifornii, kteří netrpěli v r. 1974 hypertenzí, se po 20 letech – v r. 1994 léčilo s vysokým krevním tlakem 27,9 % mužů a 26,3 % žen. Použitím multivariačních statistických přístupů byly sledovány vlivy výchozích psychosociálních, behaviorálních a sociodemografických faktorů na výskyt následně léčené hypertenze. Ukázalo se, že nízké vzdělání, africká americká rasa, nízká pracovní prestiž, starosti s nedostatečnou jistotou zaměstnání, nedostatečné uspokojení ve vlastním zaměstnání, sociální odcizení a depresivní symptomy významně souvisely i s přihlédnutím k věku ($P < .05$) s pozdějším zvýšeným krevním tlakem. Vztah byl oslabován přihlédnutím k indexu tělesné hmotnosti BMI, konzumaci alkoholu, kuřáctví a tělesné aktivitě ve volném čase, přidružení projevů anomie a deprese, který přetrvával u žen ale ne u mužů. V multivariačním modelu se uplatňovaly faktory jako pracovní nejistota, nezaměstnanost a subjekty udávaný nízký pracovní výkon, které zůstaly nezávislými prediktory zvýšeného tlaku u mužů. Nízký status práce byl nezávislým prediktorem zvýšeného tlaku u žen. Autoři studie shrnuli, že v obecné populaci nízké postavení v práci, nízký výkon a pohružka nebo fakt nezaměstnanosti zvyšují pravděpodobnost rozvoje hypertenze, zvláště mezi muži, a to nezávisle na demografických a behaviorálních rizikových faktorech. Psychologické potíže a sociální odcizení mohou zvláště u žen také zvýšit výskyt hypertenze, a to hlavně ve spojitosti s chováním ohrožujícím zdraví. Z dalších zdravotních poruch byly nejnapadnějšími prediktory nezaměstnanosti žaludeční nebo duodenální vředy, alergický ekzém a oční nemoci aj. Autoři nepozorovali žádné souvislosti mezi specifickými onemocněními a trváním nezaměstnanosti (22).

Nízké postavení v práci, nízký výkon, ohrožení nebo fakt nezaměstnanosti tedy zvyšuje (nezávisle na demografických a behaviorálních rizikových faktorech) u obecné, zvláště mužské populace pravděpodobnost rozvoje vyššího krevního tlaku. U žen psychologické potíže a sociální odcizení (ve spojení s přidruženým chováním ohrožujícím zdraví) mohou rovněž zvýšit výskyt hypertenze (16).

Byly také studovány souvislosti faktu bydlení v chudé geografické oblasti a tělesné aktivity, výdělku, vzdělání, kuřáctví, spotřeby alkoholu, tělesné hmotnosti a etnického původu (30).

Dodržování zdravého životního stylu nemá vztah pouze ke kardiovaskulárním onemocněním. Současné výzkumy podporují názor, že tělesná cvičení mají prospěšné emoční účinky ve všech věkových obdobích a u obou pohlaví. Jednotlivcům, kteří vyžadují v oblasti emočních poruch psychofarmaka, může pomoci i cvičení kontrolované trénovaným odborným personálem (21).

Astma (J45)

Není náhoda, že při rešerši k problematice nezaměstnanosti a zdraví bylo *zachyceno množství odkazů k astmatu*. Astma patří ke klasickým psychosomatickým chorobám. V r. 1903 napsala významná autorita doby, lékař Sir William Osler: „Všichni autoři souhlasí s tím, že u většiny případů průduškového astmatu je silný neurotický prvek. Mnozí chorobu považují za neurózu“. V r. 1966 autoři oblíbené lékařské učebnice konstatovali, že „psychologické vlivy mají určitý podíl u téměř každého astmatika a dost často se zdají být především odpovědnými, jestliže ne při spouštění astmatu, tak přinejmenším při jeho udržování. Různé úzkosti, pocit frustrace nebo často neshody a atmosféra tenze doma často tvoří základ patologie v průduškách. Léčba není asi dostatečná, pokud tyto vlivy nejsou uznány a s pacientem není jednáno s dostatečným porozuměním, taktem a pevností a potíže nejsou klidněny jak jen je možné“.

V chorobopisech pacientů, kteří předčasně zemřeli na astma, bylo například zjištěno, že měli psychosociální problémy významně častěji než kontrolní skupiny. Tyto problémy dle dokumentace zahrnovaly mimo abúzus alkoholu, poruchy osobnosti, deprese, nedávného úmrtí v rodině i nezaměstnanost.

Faktory, které přispívaly u astmatiků k úmrtí, byly podle jiné studie například sociální izolace, zneužívání v dětském věku, neurotická onemocnění, manželské nebo soudní problémy a abúzus alkoholu. Za charakteristické rysy užitečné při identifikaci pacientů ohrožených závažným nebo fatálním astmatem byly nedostatek spolupráce (compliance), hněv nebo frustrace stávajícím astmatickým onemocněním, závažnější životní události včetně úmrtí blízkých, rozvody, stěhování se, emoční poruchy, deprese, zneužívání léků a rovněž ztráta zaměstnání (12).

Jiní uzavírají, že koexistence psychosociálních faktorů s astmatem je rizikový faktor vážnějšího průběhu onemocnění. Je známo, že někteří pacienti dostávají epizody dušnosti v akutních stresujících situacích. K zátěžovým faktorům u astmatu patří mimo nezaměstnanost duševní poruchy (poruchy osobnosti, deprese atd.), nadměrná citlivost k separaci nebo ztrátě, zneužívání léků, konflikt rodič – dítě nebo rodinné dysfunkce a krize atd. (15).

Prevalence astmatu celosvětově roste bez ohledu na lepšící se vědomosti o jeho patofyziologii a etiologii. Ačkoli zvýšená úmrtnost na toto onemocnění pozorovaná v mi-

nulém desetiletí podnítila hodně diskuzí i výzkumů, zůstávají stále spory o tom, které faktory přispívají zvýšené prevalenci i úmrtnosti na toto onemocnění. Předpokládá se více faktorů, které se zde podílejí. Jde především o vlivy, jako jsou genetická predispozice k vývoji závažného astmatu, vystavení alergenům, expozice částicám prachu začátkem života, tabákový kouř, nedostatek edukace o astmatu a přístupu k podpůrným léčbám, neadekvátní léčení lékaři primární péče, nedostatečná dosažitelnost specialistů, podcenění významu časné intervence a sledování bronchiálních zánětů. Studie autorů Ray a kolektivu (19) např. naznačila, že frekvence hospitalizace pro astma u Američanů afrického původu byla (s přihlédnutím k věku, sociálnímu stavu, geografickému aspektu apod.) čtyřikrát vyšší než u ostatní populace. Toto bylo nezávislé na finančních příjmech. Nouze byla nejdůležitějším izolovaným rizikovým faktorem hospitalizace astmatických nemocných např. bez ohledu na rasu. Pokud jde o etnické rozdíly, celoživotní prevalence astmatu byla 12 % pro černochy a 6 % pro bílé. Rizikovými faktory astmatiků vyžadujících intubaci byly mimo nezaměstnanost nízký socioekonomický status, dysfunkční rodina, expozice tabákovému kouři a/nebo kouření a jazyková bariéra. Tyto parametry mohou být důležité determinanty rizika úmrtí na astma a jejich rozpoznání může mít význam pro preventivní opatření (19).

Tři nové trendy v lékařském výzkumu vedly jak kliniky, tak výzkumníky k přehodnocení role psychosociálního stresu u astmatu:

1. Tradiční vnější rizikové faktory dosud plně nevysvětlily statistické trendy vzestupu prevalence a závažnosti astmatu.
2. Objevily se doklady významných interakcí mezi behaviorálními, nervovými, endokrinními a imunologickými procesy, poskytujícími nový pohled do způsobů, kterými psychosociální stresory mohou ovlivňovat vývoj a výraz zánětlivých onemocnění.
3. Na významu získaly obecně hypotézy o podstatné úloze sociálního prostředí a sociální integrace ve zdraví i nemoci. Zvláště prospektivní epidemiologické studie demonstrovaly spojení mezi životním stresem, sociálním postavením nebo stavem a kvalitou sociálních vztahů. Jde o sociální síť, vazby jedince k přátelům, rodině, práci a veřejnosti prostřednictvím sociálních skupin včetně náboženských a zdravotnictví (29).

Vředová choroba žaludku a dvanáctníku (K25-K28)

Klasická psychosomatika si všímala nejen vředové choroby. Šlo jí o celou škálu funkčních onemocnění zažívacího traktu. Tuto oblast v současnosti vyjadřují v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí (KSK-10) následující kategorie:

- F45.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce, která se dělí dále na:
- F45.31 Horní gastrointestinální trakt
Zahrnuje: psychogenní aerofagii, škytavku, žaludeční neurózu

F45.32 Dolní gastrointestinální trakt

Zahrnuje: syndrom dráždivého tračníku, psychogenní průjem

Kategorii F54 rozumí současná psychiatrická klasifikace: „Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde“.

Tato kategorie by měla být používána k zaznamenání psychických nebo behaviorálních faktorů, o kterých se soudí, že se podílejí na vzniku nebo průběhu somatických poruch klasifikovaných podle jiných kapitol MKN-10. Sem patří i „klasické“, v daném případě gastroenterologické psychosomatické choroby (3).

Ač bylo extenzivně studováno spojení sociální třídy se zdravím, přesto zůstaly téměř neprozkoumány vztahy mezi gastrointestinálními symptomy a společenskou třídou. Proto si daly některé práce za úkol zkoumat uvedené vztahy v populačním vzorku. Například Bytzer a spolupracovníci zjišťovali pomocí poštou rozeslaného dotazníku příznaky z oblasti gastroenterologie (ezofageální příznaky, horní příznaky dysmotility, střevní příznaky, průjem a zácpa). Respondenti studie byli zařazeni do sociálních tříd podle ukazatele „relativního socioekonomického znevýhodnění“ (IRSD; Australská úřadovna statistiky). Výsledky byly vztaženy k nejvíce sociálně znevýhodněné společenské třídě. Z výsledků vyplývaly jasné trendy zvýšení výskytu všech gastrointestinálních symptomů v souvislosti s klesající společenskou třídou. Tyto trendy byly zvláště výrazné pro pět zmíněných symptomových kategorií. Příslušnost k nižší sociální třídě souvisela vysoce významně s větším množstvím symptomů ve smyslu celkového hodnocení a s vyšším zastoupením jedinců udávajících 1–2 symptomy a více než pět symptomů. Nízká socioekonomická třída může být považována za rizikový faktor jak pro horní, tak i dolní gastrointestinální symptomy (5).

Jiná práce se zabývala vztahy různých faktorů, včetně psychosociálních k recidivám vředové choroby.

Nezaměstnanost a rodinná anamnéza vředové onemocnění byly identifikovány jako nezávislé prediktory recidivy vředové choroby. Podle multivariační analýzy představovaly nejlepší predikční model recidivy vředu faktory nezaměstnanost, rodinná anamnéza vředové onemocnění a úspěch léčení použitého k eradikaci *Helicobacter pylori* (10).

Dermatologická onemocnění (L0–L9)

Možnost příčinného vlivu emočního stresu, zvláště stresujících životních událostí, na průběh různých kožních nemocí byla vyslovena již dávno. Klinická moudrost a zkušenost, stejně jako mnoho individuálních pozorování a nekontrolované studie tuto zkušenost podporují. Autoři Picardi a Abeni zhodnotili dosažitelné údaje o funkci stresujících životních událostí při spouštění nebo exacerbaci kožních chorob. Úloha stresujících událostí u onemocnění, jako jsou vitiligo, lichen planus, akné, pemfigus a seboroidická dermatitis, byla buď kontroverzní nebo nedostatečně prozkoumaná. Úloha stresujících událostí u svrabu, alopecie areata, atopické dermatitidy a kopřivky byla jasnější. Jen málo studií ale vyhovělo přijatelným metodologickým standardům pro měření stresu, také málo studií vzalo v úvahu vlivy dalších možných faktorů. Proto se jevílo autorům rozumné uzavřít, že byly dosud publikovány jen předběžné důkazy o úloze stresující životní události při vzniku nebo zhoršení některých onemocnění. Je nutno pokračovat v této oblasti adekvátními metodikami (23, Pánková R. in 1).

Závěr

S nezaměstnanými se setkávají u nás prakticky všichni lékaři. Je to fakt, který se konstatuje a zachytí v údajích o zaměstnanosti. Problematice se blíže věnují spíše psychiatři, nejčastěji v souvislosti se situačními duševními projevy. Cílem současného sdělení bylo upozornit na diskutované aspekty nezaměstnanosti a somatických chorob.

Převzato z časopisu Interní medicína pro praxi
2002; 9: 434–440.

Literatura

1. Baštecký J, et al. Psychosomatická medicína. Praha Grada 1993: 363s.
2. Boleloucký Z. Lidský faktor v průmyslové psychiatrii. Ztráta práce jako bio-psychosociální událost (psychiatricko psychologické aspekty nezaměstnanosti). Přednáška na 8. polsko-československé psychiatrické konferenci. Krakov 24.–28. srpna 1986.
3. Boleloucký Z. Psychosomatická onemocnění v gastroenterologii. Interní medicína pro praxi 2000; 9: 432–437.
4. Boleloucký Z. Nezaměstnanost a zdraví. In: Buchtová B, et al. Nezaměstnanost, psychologický, ekonomický a sociální problém. Praha Grada 2002: 129–159s.
5. Bytzer P, Howell S, Leemon M, Young LR, et al. Low socioeconomic class is a risk factor for upper and lower gastrointestinal symptoms: A population based study in 15 000 Australian adults. Gut (London) 2001; 1: 66.
6. Catalano RA, Satariano WA. Unemployment and the likelihood of detecting early – stage breast cancer. American Journal of Public Health 1998; 4: 586–590.
7. Coleman MP, Babb P, Sloggett A, Quinn M, De Stavola B. Socioeconomic inequalities in cancer survival in England and Wales. Cancer 2001; 1: 208–216.
8. DeCoster, Vaughn A. Challenges of type 2 diabetes and role of health care social work: A neglected area of practice. Health & Social Work (Silver Spring) 2001; 1: 26–37.
9. DiLiberti JH, Lorenz RA. Long – term trends in childhood diabetes mortality: 1968 – 1998. Diabetes Care (Alexandria) 2001; 8: 1348–1352.
10. Fallone Carol A, Loo V, Joseph L, Barkun J, et al. Predictors of failure of *Helicobacter pylori* eradication and predictors of ulcer recurrence: A randomized controlled trial. Clinical and Investigative Medicine (Ottawa) 1999; 5: 185.
11. Fisher L, Chesla Catherine A, Mullan JT, Skaff Marilyn M, Kanter RA. Contributors to depression in Latino and European – American patients with type 2 diabetes. Diabetes Care (Alexandria) 2001; 10: 1751.
12. Harrison DBW. Psychosocial aspects of asthma in adults. Thorax (London) 1998; 6: 519.
13. Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H. Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographisches Versuch. Leipzig S Hirzel Verlag 1933.
14. Kraut A, Walld R, Tate R, Mustard C. Impact of diabetes on employment and income in Manitoba, Canada. Diabetes Care (Alexandria) 2001; 1: 64.
15. Lemanske RF, Busse WW. Asthma. JAMA 1997; 22: 1855–1873.
16. Levenstein S, Smith, Margot W, Kaplan GA. Psychosocial predictors of hypertension in men and women. Archives of Internal Medicine (Chicago) 2001; 10: 1341.
17. Lighthall D. The poor health of farm workers. Western Journal of Medicine (San Francisco) 2001; 4: 223–224.

18. Lyng E. Unemployment and cancer: a literature review. IARC Sci Publ 1997; 138: 343–351.
19. Nsouli TL. Inner-city disadvantaged populations and asthma prevalence, morbidity, and mortality. Annals of Allergy, Asthma, and Immunology (Palatine) 1999; 1: 2.
20. Nylén L, Voss M, Floderus B. Mortality among women and men relative to unemployment, part time work, overtime work, and extra work: A study based on data from the Swedish twin registry. Occupational and Environmental Medicine (London) 2001; 5: 52.
21. Osness WH, Mulligan L. Physical activity and depression among older adults. Journal of Physical Education, Recreation & Dance (Reston) 1998; 9: 16–18.
22. Paivi, Leino-Arjas R, Liira J, Mutanen P, Malmivaara A, Matikainen E. Predictors and consequences of unemployment among construction workers: Prospective cohort study. British Medical Journal (London) 1999; 7210: 600–605.
23. Picardi A, Damiano Abeni D. Stressful life events and skin diseases: Disentangling evidence from myth. Psychotherapy and Psychosomatics (Basel) 2001; 3: 118.
24. Plevová J. Význam zvládání stresových situací u diabetiků. Rukopis přednášky pro 3. kurz „Základy behaviorální medicíny“, organizované CIANS – Homeostasis a Státním zdravotním ústavem dne 25.9.1996 v Praze, SZÚ.
25. Rásky E, Stronegger WJ, Freidl W. Employment status and its health-related effects in rural Styria, Austria. Prev Med 1996; 6: 757–763.
26. Swan J, Breen N. Social Inequalities and Cancer. Journal of the National Cancer Institute (Bethesda) 1999; 12: 1073–1074.
27. Valdimanis V, Smith DV, Page, Myrna R. Productivity and economic burden associated with diabetes. American Journal of Public Health (Washington) 2001; 1: 129–130.
28. Wilson SH, Walker GM. Unemployment and health: a review. Public Health 1993; 3: 153–162.
29. Wright RJ, Rodriguez M, Cohen S. Review of psychosocial stress and asthma: An integrated biopsychosocial approach. Thorax (London) 1998; 12: 1066.
30. Yen IH, Kaplan GA. Poverty area residence and changes in physical activity level: Evidence from the Alameda County study. American Journal of Public Health (Washington) 1998; 11: 1709–1712.
31. Zwicker B. K sociologii nezaměstnanosti. Sociologická revue 1934; 4: 296–305, 1935; 1–2: 35–43, citováno dle Buchtová B, et al. Nezaměstnanost, psychologický, ekonomický a sociální problém. Praha Grada 2002.