

Antonina Ostrowska

# PSYCHOSPOŁECZNE UWARUNKOWANIA NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU

**Słowa kluczowe:** nierówności zdrowia, pozycja społeczna, styl życia, wsparcie społeczne, wzory korzystania z opieki zdrowotnej

## 1. Nierówności zdrowia – problem społeczny i badawczy

Od czasu publikacji raportu sir Douglasa Blacka (*The Black Report*) wykazującego, że poprawa stanu zdrowia społeczeństwa, udokumentowana szeregiem ogólnych wskaźników, nie wyklucza pogłębiania się nierówności zdrowia pomiędzy poszczególnymi klasami społecznymi, problem eliminowania lub przynajmniej zmniejszania ich stał się poważnym wyzwaniem dla polityki społecznej współczesnych społeczeństw. Za różnice te bowiem odpowiedzialne są przede wszystkim społeczne warunki życia i ich pochodne – a więc te, na które można wpływać i które można kształtować [1, 2].

Związek relatywnie gorszego stanu zdrowia klas niższych z deprawacją materialną (niższymi dochodami, gorszymi warunkami mieszkaniowymi, gorszymi warunkami pracy, większą ekspozycją na czynniki szkodliwe, gorszym odżywianiem, słabszym zabezpieczeniem socjalnym), a także ograniczonym dostępem do wszechstronnej opieki zdrowotnej jest dobrze znany od lat i udokumentowany zarówno na poziomie jednostkowym, jak i makrospołecznym [1–5]. Jednak nowsze badania wykazują, że zależności te mają często złożony charakter; nie zawsze możemy jednoznacznie określić mechanizmy transmitujące warunki życia człowieka na jego funkcjonowanie i samopoczucie i stale pozostaje wiele pytań wymagających odpowiedzi. Które z spośród czynników biedy i w jakim wymiarze determinują zarówno podatność na choroby, jak i zdolności do budowania potencjału zdrowia? Ile jest tu determinowanych społecznie czynników odpornościowych, a ile czynników zaniechania, które można hipotetycznie wiązać ze zjawiskami z zakresu kultury biedy (a więc pewnej bezradności, apatii, niemożności wzięcia odpowiedzialności za swój los)? Jakie są zachowania otaczające choroby i tolerancja na jej objawy wśród osób dysponujących odmiennymi zasobami materialnymi? Jaką rolę pełni deprawacja dostępu do opieki zdrowotnej, a zatem uczestnictwa w systemie

dostępnych świadczeń? Wreszcie, na ile o kształcie tej zależności decyduje kontekst lokalny czy poziom rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju?

Zakres problemów wskazuje, że analizy nierówności w zdrowiu muszą być dokonywane z uwzględnieniem wielu różnych sfer życia i perspektyw badawczych, odnoszących się zarówno do społecznych determinantów zdrowia, jak i nierówności. W niniejszym artykule skupię się przede wszystkim na istotnych dla zdrowia czynnikach i zasobach psychospołecznych, co do których możemy przypuszczać, że nierównomiernie rozkładają się w niższych i wyższych warstwach społecznych. Nie będę się więc koncentrowała na ukazaniu negatywnego wpływu na zdrowie biedy, złych warunków mieszkaniowych, niedożywienia czy szkodliwych warunków pracy. W sposób oczywisty stanowią one bezpośrednie czynniki ryzyka wielu chorób, a ich negatywny wpływ wzmacnia się w procesie dziedziczenia ubóstwa przez następne pokolenia – urodzone i trwające w ubóstwie [6, 7]. Determinantów nierówności w zdrowiu będziemy poszukiwać raczej wśród czynników społeczno-kulturowych różnicujących osoby o różnej pozycji społecznej, a wyznaczających zachowania w zdrowiu i chorobie – w świadomości zdrowotnej, sposobach korzystania z opieki medycznej, odmiennościach relacji pacjent–lekarz, w stopniu realizacji zaleceń prozdrowotnego stylu życia czy doświadczaniu traumatycznych zdarzeń życiowych. Przedmiotem naszych dalszych analiz będą też zmienne dotyczące relacji społecznych i więzi międzyludzkich, a także poczucie koherencji, będące miarą skuteczności, z jaką potrafimy reagować na rzeczywistość społeczną wokół nas, niesione przez nią trudności i związane z nimi stresy. Podstawę empiryczną do poniższych rozważań będą stanowić wyniki badania nad warunkami życia i stanem zdrowia mieszkańców Warszawy. Zrealizowano je w 2004 roku na losowo dobranej próbie 2013 dorosłych osób<sup>1</sup>.

## 2. Zdrowie i jego zróżnicowanie wśród mieszkańców Warszawy

Punktem wyjścia do dalszych rozważań będzie zaprezentowanie różnych aspektów stanu zdrowia mieszkańców Warszawy i ukazanie istniejących w tym względzie nierówności. Podstawą tej „diagnozy” będą cztery skale: ogólnego stanu zdrowia, zdrowia somatycznego (fizycznego), zdrowia psychicznego oraz zdrowia funkcjonalnego (utożsamianego ze zdolnością do pełnienia podstawowych ról społecznych, adekwatnych do cyklu życia). Wykorzystane będą także informacje o występowaniu schorzeń i dolegliwości poszczególnych układów i narządów, objawów charakterystycznych dla zaburzeń zdrowia psychicznego (szczególnie objawów depresji) oraz stanu uzębienia. Wszystkie te informacje są subiektywnymi ocenami respondentów. Wyjaśnień zaobserwowanych różnic będziemy poszukiwać wśród czynników strukturalnych, a także wspomnianych uprzednio czynników psychospołecznych, próbując także ustalić ich relatywną wagę w wyjaśnianiu różnic stanu zdrowia.

Na wstępie trzeba odnotować, że przeciętne ogólne oceny zdrowia mieszkańców Warszawy (które jesteśmy w stanie porównać z wynikami badań ogólnopolskich z 2004 roku<sup>2</sup>) wypadają korzystniej niż wśród ogółu Polaków. W badaniu warszawskim swoje zdrowie oceniło pozytywnie 64% badanych, podczas gdy w całym kraju takich osób było 56%. Oceny te lokują mieszkańców Warszawy na poziomie zbliżonym do mieszkańców Hiszpanii, Francji i Włoch, podczas gdy oceny zdrowia mieszkańców Polski lokują się znacząco niżej od wszystkich krajów zachodnich, oprócz Portugalii (ESS 2004). Zróżnicowanie stanu zdrowia mieszkańców Polski przebiega bowiem głównie według podziału miasto-wieś, przy czym stan zdrowia ludności wiejskiej przedstawia się znacznie gorzej [8]. Wyniki badań warszawskich – a szczególnie istniejących różnic w zdrowiu – odbiegają więc od sytuacji w kraju. Także ogólne warunki życiowe mieszkańców Warszawy wyróżniają ją korzystnie na tle innych lokalizacji – zarówno pod względem wysokości dochodów osobistych, dostępu do świadczeń zdrowotnych, jak i wzorów konsumpcji, nowych stylów życia [9].

Ta ogólnie korzystna sytuacja Warszawy nie oznacza oczywiście, że zatarciu ulegają nierówności społeczne i nie ma tu ludzi ubogich, chorych i zagrożonych z tego powodu marginalizacją społeczną. Przejdźmy zatem do zaprezentowania wybranych wskaźników stanu zdrowia lepiej i gorzej sytuowanych mieszkańców Warszawy<sup>3</sup>. Analizując zależności między położeniem materialnym a stanem zdrowia, posłużyłam się podziałem na pięć klas zamożności, ustalonym na podstawie dochodowych i pozadochodowych wskaźników sytuacji materialnej<sup>4</sup>. W pierwszej, najuboższej klasie, znalazło się 6% badanych, w drugiej 16%, w trzeciej – średniej – 55%, w czwartej 17% i w piątej, najzamożniejszej – 6% badanych. Jest to – jak widać – rozkład zbliżony do normalnego, co stanowi pewne uzasadnienie analitycznej użyteczności tej zmiennej. Ponadto, pierwsze dwie grupy (22%) odpowiadają proporcji osób, które w 2003 roku żyły

w Polsce poniżej relatywnej granicy ubóstwa. W Tabeli I i następnych dla dokonania porównań posłużymy się dwoma wyodrębnionymi segmentami struktury społecznej. Będą to: osoby biedne – rekrutujące się z pierwszej i drugiej klasy zamożności (N = 464) i osoby zamożne – z czwartej i piątej (N = 434). Wszystkie wskaźniki stanu zdrowia będą elementem oceny własnej respondentów.

Jak widać (Tabela I), wszystkie wyżej przedstawione oceny wskazują na gorszą sytuację zdrowotną osób biednych. Na szczególną uwagę zasługuje stan uzębienia i zapotrzebowanie na świadczenia stomatologiczne; różnice pomiędzy obydwoma grupami są tu bowiem szczególnie duże. W grupie uboższych przeważają osoby, których uzębienie jest niekompletne lub wymagające leczenia, a braki są rzadziej uzupełniane protetyką. Zależność ta jest wysoka i utrzymuje się przy kontroli wieku.

Pozytywne oceny różnych aspektów zdrowia	Biedni N = 434	Zamożni N = 464
Dobra ocena ogólna	51,6	70,1
Dobre zdrowie somatyczne	56,3	71,3
Dobre zdrowie psychiczne	64,2	82,7
Brak ograniczeń funkcjonalnych	74,0	82,3
Dobry stan uzębienia	58,1	81,9
Brak chorób przewlekłych	36,3	48,2

**Tabela I.** Pozytywne oceny stanu zdrowia w skrajnych grupach zamożności (%)<sup>1</sup>.

*Źródło: Obliczenia własne na podstawie wyników badania Zdrowie, nierówności, dezintegracja społeczna. Mieszkańcy Warszawy 2004.*

Warto zwrócić uwagę, że zaobserwowane różnice pomiędzy poszczególnymi klasami społecznymi są utrwalone i sięgają poprzedniej generacji. Widać bowiem wyraźne różnice stanu zdrowia badanych w zależności od poziomu wykształcenia<sup>5</sup> rodziców; 71,9% respondentów, których ojcowie mieli wyższe wykształcenie, zadeklarowało bardzo dobry i dobry stan zdrowia, podczas gdy wśród osób, których ojcowie mieli wykształcenie niepełne i pełne podstawowe – było ich tylko 38,1%. Podobnie przedstawiają się te proporcje w odniesieniu do poziomu wykształcenia matek (odpowiednio: 71,2% oraz 35,3%).

Inną ważną miarą stosowaną w ocenie stanu zdrowia populacji jest częstość występowania poszczególnych chorób przewlekłych. Tak jak w całej Polsce, mieszkańcy Warszawy najczęściej dotykają choroby serca i układu krążenia oraz nadciśnienie tętnicze. Do najczęściej deklarowanych schorzeń należą także choroby stawów i kości oraz żołądka, jelit i układu trawiennego. Klasa społeczna wnosi tu także zróżnicowanie wśród mieszkańców Warszawy; ponad połowa spośród 18 analizowanych w badaniu jednostek chorobowych pojawiała się częściej wśród osób biednych (w dwóch najniższych kategoriach zamożności), choć zanotowane różnice nie przekraczały 5%. Były to następujące choroby: układu serca i krążenia, stawów i kości, oskrzeli lub płuc, układu trawiennego, wątroby i woreczka żółciowego, nerek lub pęcherza, choroby skóry, układu nerwowego, depresje oraz niedożywienie lub otyłość.

Z punktu widzenia analiz nierówności społecznych warto też zadać pytanie o różnice stanu zdrowia psychicznego w poszczególnych grupach zamożności. Nie jest zaskoczeniem, że porównanie kategorii osób najbiedniejszych i najbogatszych pokazuje wyraźnie korzystniejszą sytuację tych ostatnich. Szczególnie duże różnice pojawiają w przypadku stałego występowania takich objawów, jak smutek, przygnębienie (biedni 25,9%, zamożni 11,9%), poczucia apatii (biedni 19,0%, zamożni 8,6%) czy obniżonej wartości (odpowiednio: 32% i 19,4%), a więc charakterystycznych dla osób wycofanych i „przegranych”. Osoby biedne oświadczają je orientacyjnie dwukrotnie częściej niż bogatsze.

O ile przedstawienie poszczególnych ocen różnych aspektów zdrowia daje orientację co do rozmiaru dystansów między porównywanymi klasami społecznymi, o tyle dla celów naszych dalszych analiz posługiwanie się poszczególnymi, pojedynczymi ocenami zdrowia byłoby utrudnione. Zmienne te stały się zatem podstawą konstrukcji sumarycznego wskaźnika stanu zdrowia w oparciu o analizę czynnikową. Pozwoliła ona wyodrębnić wśród nich dwa niezależne wymiary<sup>6</sup>. Pierwszy grupował elementy z zakresu zdrowia somatycznego oraz związane ze zdrowiem oceny, drugi natomiast charakteryzował samopoczucie psychiczne. Nazwiemy je odpowiednio wymiarem zdrowia somatycznego i zdrowia psychicznego.

Na początek warto postawić pytanie, jak oba te wymiary charakteryzują mieszkańców Warszawy i jak sytuują się w strukturze społecznej. Przyjrzyjmy się na wstępie zdrowiu somatycznemu. W przedstawionych poniżej modelach regresji liniowej zmiennymi wyjaśniającymi różnice w zdrowiu są: wiek, płeć, wykształcenie, zamożność i inne zmienne związane z usytuowaniem na rynku pracy. Taki zestaw zmiennych wyjaśniających pozwoli nam ocenić rolę czynników pozycji społecznej w stosunku do zmiennych demograficznych.

W modelu regresji przedstawionym w **Tabeli II** na uwagę zasługuje przede wszystkim dość oczywista i istotna zależność między zdrowiem somatycznym a wiekiem. Wśród zmiennych charakteryzujących pozycję społeczną stosunkowo największa rola w wyjaśnianiu stanu zdrowia przypada wykonywaniu pracy zawodowej. W sposób

oczywisty osoby o gorszym stanie zdrowia częściej pozostają poza rynkiem pracy. Warto jednak także wskazać, że sam fakt wykonywania pracy – funkcjonowanie w roli zawodowej – sprzyja dobremu zdrowiu i funkcjonowaniu społecznemu. Mniejsze znaczenie w powyższym modelu analizy odgrywa doświadczenie dłuższego (ponad rok) bezrobocia. Jest to niewątpliwie związane ze specyfiką Warszawy; poziom bezrobocia w analizowanym okresie był tu ponadtrzykrotnie niższy niż w całym kraju (5,5% w badanej przez nas zbiorowości w stosunku do 16–18% w skali kraju), osoby trwale bezrobotne (powyżej trzech lat) stanowiły 2,4% badanych, a bezrobocia dłuższego niż rok (kiedykolwiek w życiu) doświadczyło 13% badanych. Problem bezrobocia w Warszawie nie mógł mieć więc statystycznie widocznych konsekwencji dla zdrowia badanych.

Stosunkowo słabszym wyznacznikiem zdrowia somatycznego jest płeć. Na stosunkowo niskim, ale znaczącym poziomie, kształtowały się też zależności między zdrowiem somatycznym a wykształceniem. Należy jednak pamiętać, że nie bierzemy pod uwagę całkowitego wpływu tych zmiennych na stan zdrowia, obejmującego m.in. zależności pośrednie, dokonujące się za pośrednictwem innych zmiennych uwzględnionych w ramach tego modelu.

Kolejnym obszarem naszych rozważań będzie zdrowie psychiczne. W omawianym badaniu głównymi wskaźnikami zaburzeń zdrowia psychicznego, uwzględnionymi w syntetycznym wskaźniku, było stałe odczuwanie stanu przygnębienia, utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności oraz stan permanentnego zmęczenia i utrata energii. Ze wskaźnikiem były też skorelowane dodatkowe (nieuwzględnione w nim) objawy, takie jak zmiany apetytu, zaburzenia snu, zwiększony niepokój lub podniecenie czy trudności z koncentracją i z podejmowaniem decyzji.

Zgodnie z kierunkiem naszych rozważań warto postawić pytanie o czynniki wyjaśniające różnice zdrowia psychicznego pomiędzy porównywanymi klasami. Na ile mogą być one pochodną zróżnicowanej sytuacji materialnej, a na ile kształtują je inne, indywidualne cechy? **Tabela III** pokazuje wyniki regresji logistycznej, ilustrującej związek między samopoczuciem psychicz-

Predyktory	b
Płeć (mężczyźni = 1, kobiety = 0)	-0,10*
Wiek (lata)	-0,02***
Poziom wykształcenia	0,03**
Praca zawodowa (pracujący = 1, pozostali = 0)	0,39***
Klasa zamożności	0,07**
Doświadczenie bezrobocia (bezrobotni ponad rok = 1, pozostali = 0)	-0,13*
Constant	0,41
R <sup>2</sup>	0,20

\* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001.

**Tabela II.** Zdrowie somatyczne. Metryczne współczynniki w modelu regresji liniowej.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie wyników badania *Zdrowie, nierówności, dezintegracja społeczna. Mieszkańcy Warszawy 2004*.

Predyktory	b
Płeć (mężczyźni = 1, kobiety = 0)	-0,20***
Wiek (lata)	0,00
Poziom wykształcenia	0,20
Praca zawodowa (pracujący = 1, pozostali = 0)	-0,07
Klasa zamożności	0,10***
Doświadczenie bezrobocia (bezrobotni ponad rok = 1, pozostali = 0)	-0,18*
Constant	-0,39
R <sup>2</sup>	0,03

\* p < 0,05 \*\*\* p < 0,001.

**Tabela III.** Zdrowie psychiczne mieszkańców Warszawy. Metryczne współczynniki w modelu regresji liniowej.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie wyników badania *Zdrowie, nierówności, dezintegracja społeczna. Mieszkańcy Warszawy 2004*.

nym a zmiennymi demograficznymi i cechami pozycji społecznej badanych.

Interpretując powyższe zależności w kontekście naszych poprzednich ustaleń, warto zaobserwować, że o samopoczuciu psychicznym decydują inne parametry niż w przypadku zdrowia somatycznego. Jest to niewątpliwie ciekawy wynik. Wiek, który w przypadku zdrowia somatycznego odgrywał znaczącą rolę – w tym przypadku jest zupełnie nieistotny, natomiast zdrowie psychiczne kobiet jest wyraźnie gorsze niż mężczyzn. Widać wpływ sytuacji materialnej; korzystniejsza (wyższy wskaźnik zamożności) sprzyja nieco lepszemu samopoczuciu. Wartość współczynnika  $b$  jest wyższa, gdy zamożność (definiowana „obiektywnie” w postaci pięciu klas) zastąpiona jest samooceną sytuacji materialnej. Wielkość współczynnika  $b$  dla samooceny materialnej, uzyskana w ramach alternatywnego (nieprzedstawionego) modelu regresji wynosi 0,14 [10]. Tak więc wynik ten potwierdza intuicyjną wiedzę, że subiektywna ocena własnej sytuacji życiowej ma większe znaczenie dla dobrostanu psychicznego niż wymiary sytuacji obiektywnej. Nie widać natomiast znaczącego związku między wskaźnikami dobrego zdrowia psychicznego a wykształceniem.

Porównując wyznaczniki zdrowia psychicznego i fizycznego stwierdzamy, że standardowy zestaw zmiennych społeczno-demograficznych wyjaśnia znacznie więcej zmienności zdrowia somatycznego niż psychicznego ( $R^2$  dla tych modeli wynosi odpowiednio 0,20 i 0,03). Sygnalizuje to występowanie innych mechanizmów odpowiedzialnych za ich kształtowanie.

### 3. Wzory korzystania z opieki zdrowotnej i jej dostępność

Relacje pacjentów z systemem medycznym stanowią jedno z ważnych źródeł nierówności społecznych w sferze zdrowia, z czego wynikają oczywiste dla zdrowia konsekwencje. Wiele badań wskazuje na to, że pacjenci z niższych warstw społecznych (mniej zamożni, gorzej wykształceni) napotykają więcej ograniczeń w dostępie do służby zdrowia, a już nawiązany kontakt i poziom osiągniętej komunikacji z personelem medycznym jest w ich przypadku mniej satysfakcjonujący, niż ma to miejsce w przypadku przedstawicieli klas średnich [11, 12]. Ma to zarówno wpływ na opóźnienia w diagnozowaniu, jak i mniejszą skuteczność leczenia oraz zapobiegania negatywnym konsekwencjom chorób. Różnice w korzystaniu z opieki zdrowotnej zanotowano także w omawianym badaniu. Przede wszystkim biedni siedmiokrotnie częściej niż zamożni zadeklarowali konieczność rezygnacji ze świadczeń opieki zdrowotnej z powodu trudności finansowych w ciągu ostatnich dwóch lat (35,2% do 5,0%). Inne także są wzory korzystania przez obie porównywane grupy z tych świadczeń. Osoby uboższe i gorzej wykształcone, poszukując pomocy medycznej, ograniczają się w zasadzie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (80%) zatrudnionego w publicznej przychodni służby zdrowia. Osoby zamożniejsze i lepiej wykształcone korzystają częściej zarówno z porad lekarzy specjalistów, jak i też lekarzy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Osoby uboższe, pomimo

przeciętnie gorszego stanu zdrowia, rzadziej też zażywają leki (68,6% do 77,5%) i z reguły nie uzupełniają leków przepisanych przez lekarza medykamentami zakupionymi na własną rękę; częściej natomiast nie wykupują nawet przepisanych leków lub rezygnują z dodatkowych badań diagnostycznych (35,7% do 11,4%). Warto jednak wskazać, że rezygnacje z leczenia nie dotyczą potrzeb zdrowotnych dzieci; w przypadku choroby dziecka uznanej za poważną nawet nieco większy odsetek rodziców z grupy ubogich kontaktuje się z lekarzem natychmiast (58,3% do 51,3%).

Ważnym aspektem nierówności w korzystaniu z systemu opieki zdrowotnej przez użytkowników jest też uczestnictwo w badaniach profilaktycznych; jak wynika bowiem z badań prowadzonych w różnych krajach, profilaktyczne wizyty u lekarzy różnicują pacjentów z poszczególnych klas społecznych znacznie wyraźniej niż odwiedzanie lekarzy w celach leczniczych<sup>7</sup>. Powyższe prawidłowości zanotowano także w badaniu warszawskim; korzystanie ze świadczeń profilaktycznych w ogóle zadeklarowało 41,0% z grupy niezamożnych i 57,2% z grupy zamożnych. Różnice te są szczególnie widoczne w przypadku profilaktycznych wizyt kobiet u ginekologa (50,2% do 73,2%), a w przypadku realizacji badań cytologicznych różnica ta była jeszcze większa – 33%. Niemal wszyscy badani – niezależnie od statusu materialnego (94,9%) – wyrażają natomiast zgodnie przekonanie, że „zdrowie wymaga pieniędzy”.

Innym wymiarem relacji pacjentów z systemem opieki zdrowotnej, potencjalnie różnicującym ich korzystanie ze służby zdrowia, jest sposób, w jaki czują się oni traktowani przez personel medyczny, a zwłaszcza lekarzy. Jest to kwestia bardzo istotna; przebieg tego kontaktu – właściwy sposób wysłuchania pacjenta, poinformowania go o przyczynie dolegliwości, rozpoznaniu i objaśnienie działania zaleconego leczenia – mają fundamentalne znaczenie dla stopnia, w jakim pacjent będzie się stosował do otrzymanych zaleceń.

Badania zachodnie dostarczają wielu argumentów na rzecz tezy, że wzorce korzystania ze służby zdrowia przez osoby zajmujące niższe pozycje społeczne odbiegają od wzorców klasy średniej i wyższej [12, 13]. Wskazuje się, że główne założenia, na których opiera się struktura służb zdrowotnych, są zgodne z wartościami, oczekiwaniami i stylami życia przede wszystkim klasy średniej, przez co stają się one mniej dostępne dla przedstawicieli klas niższych.

Badanie warszawskie nie wskazuje jednak, aby w wymiarze relacji pacjent–lekarz dokonywała się jakaś szczególna deprywacja uboższych pacjentów. Różnice są widoczne w takich kwestiach, jak długość trwania wizyty i postrzegana staranność badania lekarskiego. Ogólnie rzecz biorąc, można odnieść wrażenie, że z pacjentami zamożnymi lekarze rozmawiają nieco dłużej i udzielają im więcej wyjaśnień. Istotniejszą rolę pełni tu natomiast poziom wykształcenia, szczególnie w wymiarze właściwej komunikacji z lekarzem i rozumieniem języka, jakim się on posługuje (trudności z rozumieniem lekarza ma 2% osób z wykształceniem wyższym i 14% z podstawowym).

#### 4. Nierówności zdrowia jako efekt różnic w stylach życia

Badania prowadzone w różnych krajach Europy [14–16] uwiarydliły wyraźny związek między stanem zdrowia, realizacją prozdrowotnych stylów życia a pozycją społeczną. Wykazały one, że w niższych warstwach społecznych rzadziej pojawiały się elementy intencjonalnych i nieintencjonalnych zachowań nakierowanych na utrzymanie zdrowia i realizacji zasad prozdrowotnego stylu życia – a jednocześnie częściej zachowania ryzykowne dla zdrowia. Charakterystyczne jest przy tym, że przy wyjaśnianiu tego związku wskazano na większą rolę wykształcenia niż sytuacji materialnej. Wskazywałoby to, na istotniejszą rolę deprywacji edukacyjnej niż materialnej także w przypadku ludzi żyjących w ubóstwie. Możliwe są tu także wyjaśnienia upatrujące natury tych prozdrowotnych zaniechań w czynnikach związanych z określoną kulturą zdrowotną i pasywnością, apatią charakterystyczną dla kultury biedy.

Przeprowadzone w Warszawie badania wskazały na istnienie wielu różnicowań w częstości realizowania stałych praktyk prozdrowotnych w obu grupach zamożności, choć niewiele spośród nich przybrało znaczące wielkości. To, co najwyraźniej różnicuje porównywane zachowania prozdrowotne, to przede wszystkim częstość ich realizowania: „prawie codziennie” a „kilka razy w tygodniu”. Większość tych różnic ulega zatarciu przy zniesieniu dość subtelnej granicy między tymi określeniami – i zsumowaniu obu kategorii. O ile więc w grupie osób zamożniejszych przeważają codzienne praktyki w zakresie codziennego spożywania śniadania (różnica o 5,7%), owoców i surówek (różnica o 14%), mięsa (różnica o 9%), a także codziennego mycia (11,2%), o tyle różnice te stają się zupełnie niewielkie, jeśli uznać, że łącznie stanowią one grupę zachowań realizowanych co najmniej kilka razy w tygodniu. Dane te skłaniają więc do wyciągnięcia wniosku, że – przynajmniej w aspektach żywieniowych i higienicznych – nie można mówić o znacząco mniej zdrowych nawykach żywieniowo-higienicznych mniej zamożnych mieszkańców Warszawy. Zaobserwowane różnice są znacznie wyraźniejsze między mężczyznami a kobietami i zdecydowanie przemawiają na rzecz lepszych praktyk zdrowotnych kobiet.

Od wzoru tego odbiegają kwestie związane z proporcjami aktywności fizycznej i biernego odpoczynku. Aktywność fizyczna (uprawianie sportu, gimnastyka czy choćby spacer) przedstawia się wyraźnie korzystniej wśród osób zamożniejszych. Osoby biedniejsze poświęcają nieco więcej czasu na bierny odpoczynek, a ich nocny sen jest częściej dłuższy. Nie wdając się tu w przyczyny tego stanu rzeczy, ogólnie uzyskane wyniki zdają się świadczyć o tym, że czynnikiem przede wszystkim różnicującym style życia uboższych i zamożniejszych warszawiaków są w większym stopniu zachowania związane z codzienną aktywnością fizyczną i wzorami odpoczynku niż nawyki żywieniowe<sup>8</sup>. Te niewielkie różnice w realizacji prozdrowotnego stylu życia są też widoczne, gdy uwzględnimy ich skumulowany efekt w postaci wskaźnika masy ciała – BMI. W grupie biednych jest nieco większy odsetek osób ze znaczną nadwagą niż wśród zamożnych

(14,7% do 8,2%). Dodatkowy element do porównania realizacji stylów życia związanych ze zdrowiem w porównywanych kategoriach wprowadza konsumpcja używek, a zwłaszcza palenie tytoniu – szczególnie wysokie wśród osób z grupy biednych, i to zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Nie tylko jest wśród nich więcej osób, które paliły w przeszłości czy palą obecnie (różnica 16,1%), ale palacze z tej grupy wypalają dziennie więcej papierosów.

#### 5. Rola wsparcia społecznego i poczucia koherencji

Wiele badań wskazuje na to, że długotrwały stres, poczucie zagrożenia lub deprywacji, niska samoocena, brak wpływu na własne życie – to odczucia podlegające kumulacji i prowadzące do negatywnych następstw zdrowotnych [17]. Także sposoby opanowania czy radzenia sobie ze stresem nie są obojętne dla zdrowia; mogą prowadzić do twórczego rozwiązania stresującego problemu, jak do sięgania po „czynniki ryzykowne” – alkohol, narkotyki czy leki psychotropowe.

Umiejętność korzystania i zdolność zapewniania sobie wsparcia społecznego w zmaganiach ze stresem jest coraz częściej wymieniana jako czynnik skutecznie ochraniający zdrowie, a przede wszystkim zapobiegający negatywnemu, sprzyjającemu chorobom działaniu potencjalnych stresorów [18]. Chodzi tu zarówno o faktycznie otrzymaną, konkretną pomoc (np. materialną), uzyskanie wsparcia emocjonalnego, jak i subiektywne poczucie jednostki, że w potrzebie takie wsparcie otrzyma. Wsparcie społeczne znalazło się także w niezwykle popularnej salutogenetycznej koncepcji Aarona Antonovsky’ego [19] jako jeden z elementów wspomnianego tu wcześniej poczucia koherencji, a mianowicie poczucie zaradności (umiejętność korzystania z zasobów, którymi dysponują inni) – dyspozycji psychicznej pozwalającej na skuteczne radzenie sobie z przeciwnościami życia. Silne poczucie koherencji sprawia, że potrafimy tworzyć i wykorzystywać zasoby niezbędne do uporania się z różnorodnymi stresem, a zatem ograniczać ich szkodliwy wpływ na nasze zdrowie. Wiele badań empirycznych potwierdziło istnienie pozytywnej korelacji między poczuciem koherencji a stanem zdrowia jednostek; sprawiło to, że zmienna ta na stałe weszła do kanonu badań nad psychospołecznymi determinantami zdrowia.

Badanie warszawskie wykazało istnienie różnic pomiędzy obydwoma porównywanymi grupami, zarówno w przeciętnych wskaźnikach poczucia koherencji, jak i w zasobach dostępnego wsparcia. Największe różnice obserwujemy w odniesieniu do posiadania przyjaciół, wymienianych rzadziej przez osoby biedne (66,5% w stosunku do 86,6%). Trudna sytuacja materialna nie sprzyja utrzymywaniu i podtrzymywaniu kontaktów z innymi (kontakty towarzyskie, spotkania), powiększających krąg osób, do których ewentualnie można zwrócić się o pomoc. Osoby z grupy biedy nieco częściej też skarżą się na samotność (10,8% do 15,7%). Poza rodziną źródłem oparcia dla nich jest natomiast częściej religia (35,5% do 25,6%), która jednak raczej dodaje otuchy i zapewnia wsparcie moralne niż konkretną pomoc. Także wartości średnie poczucia koherencji osób z klasy

biednych i zamożnych wskazują na wszechstronniejsze wykorzystywanie przez te ostatnie swoich poznawczych zasobów i posługiwanie się bardziej efektywnymi sposobami radzenia sobie z trudnymi i stresującymi sytuacjami życiowymi<sup>9</sup>. Słabsze więzi społeczne i większe poczucie osamotnienia osób niezamożnych mają niewątpliwie swoje konsekwencje dla zdrowia i całokształtu funkcjonowania społecznego tych osób. Warto się tu także powołać na badania zachodnie [1], które wskazują, że trudności uporania się ze stresem i brak wsparcia emocjonalnego ma najbardziej niekorzystny wpływ właśnie na stan zdrowia osób o niższych pozycjach społecznych.

## 6. Doświadczenia traumatycznych zdarzeń życiowych

Jedna z hipotez dotyczących determinantów złego zdrowia łączy je z traumatycznymi doświadczeniami z przeszłości. Poszukiwanie związku między takimi wydarzeniami a chorobą wiąże się z odpowiedzią na pytanie o wpływ silnych, negatywnych przeżyć na wystąpienie konsekwencji chorobowych. Hipoteza ta odnosi się przede wszystkim do zdarzeń życiowych, które niezależnie od siły traumatycznego bodźca miały wyraźne konsekwencje dla dalszego życia doświadczającej ich osoby. Konkluzją w tej kwestii było stwierdzenie, że owe zdarzenia życiowe nie powodują bezpośrednio choroby, ale zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się jej w następnych latach [20].

Z tej perspektywy na stan zdrowia warto spojrzeć jako – w pewnym sensie – na wypadkową całego dotychczasowego życia, doświadczanych trudności, strat, zawiedzionych nadziei i sposobów reagowania na nie. Z punktu widzenia analiz nierówności w zdrowiu na uwagę zasługuje zakres traumatycznych i trudnych doświadczeń mających miejsce wśród osób lokujących się na wyższych i niższych szczeblach drabiny społecznej, a w naszym przypadku w obu porównywanych grupach zamożności.

Zestawienie częstości występowania trudnych zdarzeń życiowych mających miejsce zarówno w młodości (przed 18. rokiem życia), jak i w życiu dorosłym, pokazuje częstsze ich występowanie w grupie biedy. W młodości – choć ogólnie zdarzenia takie nie były powszechne – osoby biedne nieco częściej doświadczały wychowania w niekompletnej rodzinie, poważnie chorowały, przeżywały konflikty rodzinne, śmierć kogoś z rodziców, a także kogoś z rodzeństwa. Dwukrotnie częściej zmuszone były do przerwania nauki wbrew swojej woli (22,2% do 12,3), dwukrotnie częściej też oceniały swoje dzieciństwo jako ogólnie nieszczęśliwe (13,2% do 6,0%). W życiu dorosłym częściej doświadczały poważnych chorób i poważnych chorób współmałżonka, nieco częściej doznawały przemocy i patologii w rodzinie, czterokrotnie częściej traciły pracę (14% do 2,7%).

Nie dysponujemy tu niestety bardziej wnikliwymi charakterystykami tych przeżyć, reakcjami na nie ani możliwościami śledzenia ich bezpośrednich i dalszych konsekwencji; pozostają one raczej w zasięgu badań jakościowych. Można tu jedynie zasygnalizować perspektywiczną wartość takich materiałów dla pogłębionych analiz czynników determinujących i różnicujących zdro-

wie. Świadczą one jednocześnie o potrzebie uwzględnienia przy poszukiwaniu źródeł nierówności w zdrowiu także wczesnych cykli życia, co potwierdzają też najnowsze badania z tej dziedziny [21].

## 7. Podsumowanie: co najlepiej wyjaśnia różnice w zdrowiu?

Główne pytanie, na które staraliśmy się odpowiedzieć w toku naszych rozważań, można przedstawić następująco: na ile stan zdrowia i jego potencjalne determinanty różnią osoby uboższe od zamożnych? Poszukiwaliśmy także czynników społecznych, które mogą być współodpowiedzialne za określony stan zdrowia obu grup. W niemal wszystkich analizowanych wymiarach (oceny stanu zdrowia, relacje z systemem medycznym, realizacja prozdrowotnego stylu życia oraz kultura zdrowotna i zachowania związane ze zdrowiem) obserwowane tendencje wskazywały na gorszą sytuację osób żyjących w ubóstwie, choć wskazane parametry nie zawsze wyróżniały je w jednakowym stopniu. Kategoria osób lokujących się w najniższej grupie zamożności charakteryzowała się gorszymi wskaźnikami zdrowia, wyraźnie bardziej zredukowanymi kontaktami z medycyną i niskim stopniem realizacji potrzeb medycznych. W zakresie prozdrowotnego stylu życia osoby biedne miały nieco gorsze profile zachowań sprzyjających zdrowiu od osób zamożnych – i choć różnice nie były znaczne, to warto wskazać, że przeciętnie rzadziej realizowały praktyki higieniczne, mniej czasu poświęcały na aktywność fizyczną, za to częściej oddawały się biernemu odpoczynkowi. Do tej prawidłowości, ukazującej na ogół gorszą realizację zasad prozdrowotnego stylu życia, dołączyło wśród osób uboższych znacznie częstsze palenie papierosów, uznane za jeden z głównych czynników ryzyka wielu chorób przewlekłych.

Zebrałe dane wskazywały ponadto, że w doświadczeniu biograficznym osób biednych częściej były obecne trudne i traumatyczne doświadczenia, a także zakres dostępnego wsparcia społecznego, pomocnego w zmaganiu się z nimi, przedstawiał się mniej korzystnie niż w grupie osób zamożnych. Biedni rzadziej mają wokół siebie bliskie osoby, pomocnych przyjaciół czy dobrych sąsiadów. Częściej natomiast mają do dyspozycji tylko współmałżonka lub też oparcie w Bogu i kościele. Mając na uwadze fakt, że charakterystyki te współwystępują z sobą – wnosić możemy, że mają one niejednokrotnie syndromatyczny charakter. Gorsze zdrowie, bieda, trudne doświadczenia życiowe i brak oparcia warunkują i wzmacniają się nawzajem.

Podsumowując nasze dotychczasowe rozważania, spróbujmy teraz odpowiedzieć na pytanie, które spośród analizowanych przez nas czynników reprezentujących różne sfery doświadczeń i zachowań – a zarazem ilustrujące różne modele teoretyczne wykorzystywane w wyjaśnianiu różnic stanu zdrowia – są najlepszymi ich predyktorami dla mieszkańców Warszawy. W przedstawionych w **Tabeli IV** modelach regresji wyjaśnianymi zjawiskami są samooceny zdrowia somatycznego i psychicznego, natomiast wśród zmiennych wyjaśniających uwzględnione zostały czynniki społeczno-demograficzne

Predyktory	Zdrowie somatyczne	Zdrowie psychiczne
<b>Zmienne społeczno-demograficzne</b>		
Płeć (mężczyźni = 0, kobiety = 1)	-0,02	-0,11***
Wiek (lata)	-0,22***	0,04
Poziom wykształcenia	0,09***	0,00
Klasa zamożności	0,02	0,07*
<b>Opieka zdrowotna</b>		
Posiadanie stałego lekarza	0,08***	-0,03
Realizacja badań profilaktycznych	0,06**	0,00
<b>Zachowania zdrowotne</b>		
Aktywność fizyczna	0,06	0,04
Niepalenie papierosów	-0,03	0,06
<b>Trudne doświadczenia w dzieciństwie</b>		
Poważne problemy zdrowotne	-0,13***	0,01
Nieszczęśliwe dzieciństwo	0,01	-0,09**
<b>Trudne doświadczenia w życiu dorosłym</b>		
Poważne problemy zdrowotne w przeszłości	-0,042***	-0,03
Przerwanie związku małżeńskiego (partnerskiego)	-0,02	0,02
<b>Wsparcie społeczne</b>		
Posiadanie przyjaciół	0,07*	0,01
Poczucie samotności	-0,09***	-0,24***
<b>Poczucie koherencji</b> (wynik na skali)	0,08**	0,15***
Constant		
R <sup>2</sup>	0,43	0,16

\* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001.

**Tabela IV.** Predyktory dobrego zdrowia somatycznego i psychicznego. Standaryzowane współczynniki regresji.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie wyników badania Zdrowie, nierówności, dezintegracja społeczna. Mieszkańcy Warszawy 2004.

i czynniki psychospołeczne najwyraźniej różnicujące wymiary zdrowia<sup>10</sup>. Analiza ta pozwoli ustalić ich relatywną wagę w wyjaśnianiu zaobserwowanych różnic stanu zdrowia.

Zgodnie z wcześniej prezentowanymi analizami inne czynniki kształtują zdrowie somatyczne, a inne zdrowie psychiczne. Zatem stan zdrowia somatycznego jest w znacznej mierze zależny od czynników natury biologicznej – procesów starzenia się organizmu, a także kondycji zdrowotnej w przeszłości (doświadczanych epizodów chorobowych). Jest to zrozumiałe, jeśli wziąć pod uwagę charakter chorób przewlekłych, których długotrwałe skutki ulegają kumulacji. Niejednokrotnie aktualne problemy zdrowotne wywodzą się z dzieciństwa. Zależność ta pokazuje potrzebę i wagę budowania właściwych warunków dla zdrowia od bardzo wczesnego wieku. Stwierdzamy również statystycznie istotny wpływ poziomu wykształcenia (przy braku znaczącego związku z zamożnością); tę rolę wykształcenia wiązać można przede wszystkim z wyższym poziomem świadomości zdrowotnej i wiedzy medycznej niezbędnej do podtrzymywania zdrowia.

Osobną grupę czynników wpływających na zdrowie somatyczne tworzą zmienne reprezentujące posiadane wsparcie społeczne. Samotność, brak kontaktów z bliskimi jest czynnikiem negatywnie oddziałującym na zdrowie – i rola tych kontaktów jest nawet nieco większa niż dostępność niektórych form opieki zdrowotnej (opieka stałego lekarza, realizacja badań profilaktycznych).

W przedstawionym modelu analizy nie mają praktycznie znaczenia dla zdrowia somatycznego takie charakterystyki, jak płeć, stopień zamożności czy analizowane wzory zachowań prozdrowotnych – choć można by oczekiwać istnienia zależności między nimi; natomiast okazują się one istotne w odniesieniu do zdrowia psy-

chicznego, wpływając negatywnie na kobiety, a także na osoby mniej zamożne. Brak zależności między płcią a zdrowiem somatycznym można tłumaczyć wyraźniejszym wpływem innych, istotnych dla zdrowia zmiennych (takich jak wiek czy poziom wykształcenia), różniących kobiety i mężczyzn, które to cechy zneutralizowały wpływ „czyste” zmiennej płeć. Oznaczałoby to, że gorszy stan zdrowia kobiet jest raczej efektem ich przeciętnie starszego wieku, niższego wykształcenia i większej kumulacji skutków poprzednich chorób (kobiety chorują częściej) niż czystego faktu odmienności płci.

Brak statystycznie istotnej zależności między stanem zdrowia somatycznego a zamożnością przy jednoczesnym istotnym wpływie wykształcenia zdaje się świadczyć o większej roli kapitału wiedzy niż siły nabywczej pieniądza, nawet jeśli pozwala on na zapewnienie sobie różnych dóbr istotnych dla zdrowia. Trzeba tu jednak ciągle pamiętać o specyfice Warszawy – miasta o stosunkowo niewielkim zróżnicowaniu materialnym większości mieszkańców (zdecydowanie bogaci i biedni, choć tu mieszkają – stanowią niewielki odsetek ogółu mieszkańców) i fakt ten może sprawiać, że wpływ zamożności na zdrowie nie poddaje się pomiarowi. Można więc powiedzieć, że badania takiej zbiorowości jak ogół mieszkańców Warszawy pozwalają lepiej śledzić pozamaterialne korelaty stanu zdrowia, podczas gdy rola czynników materialnych uwidacznia się silniej w bardziej skontrastowanej pod względem warunków życia populacji ogólnopolskiej.

Wpływ zamożności rysuje się wyraźniej wśród predyktorów zdrowia psychicznego. Wprawdzie zależność ta nie jest wysoka, jednak istotna statystycznie. Porównanie wyznaczników zdrowia psychicznego i somatycznego nasuwa ogólną uwagę, że stan zdrowia i samopoczucia psychicznego silniej związany jest z czynnikami

natury psychologicznej niż z czynnikami pozycji społecznej, co zresztą nietrudno zrozumieć (oczywiście są to tylko bezpośrednie zależności, które nie informują o całkowitej sile związku z usytuowaniem w strukturze społecznej). Ponownie, a nawet wyraźniej niż w przypadku zdrowia somatycznego, ujawnia się tu negatywny wpływ poczucia osamotnienia, a więc braku znaczących relacji z innymi, wspomnień nieszczęśliwego dzieciństwa i z kolei pozytywny wpływ wysokiego poczucia koherencji. Proporcjonalnie największa rola poczucia koherencji i dostępności wsparcia społecznego od bliskich osób w wyjaśnianiu zmienności zdrowia psychicznego pośrednio wskazuje na destrukcyjne skutki stresu i wagę posiadania psychospołecznych zasobów umożliwiających skuteczne uporanie się z nim. Silny związek poczucia koherencji z obydwoma wymiarami zdrowia zachęca też do stawiania przyszłych pytań badawczych: jaki jest wpływ tej dyspozycji na inne aspekty dobrostanu człowieka i jego funkcjonowania, na możliwości osiągnięcia wyższych pozycji społecznych?

Warto także odnotować wyraźną zależność między zdrowiem psychicznym a płcią. Obniżone samopoczucie kobiet w stosunku do samopoczucia mężczyzn jest potwierdzone wieloma badaniami, wskazującymi na większą depresyjność kobiet. Natomiast odnotowana w naszym badaniu niewysoka zależność między samopoczuciem psychicznym a wiekiem jest wynikiem raczej nietypowym dla sytuacji polskiej. W ogólnopolskich badaniach Janusza Czapińskiego [22] to właśnie starszy wiek najlepiej wyjaśniał złą kondycję psychiczną.

Należy jednak zastrzec, że dość ogólnikowe wskaźniki zdrowia i samopoczucia psychicznego użyte w tym badaniu nie są w stanie uchwycić wielu subtelności związanych z poziomem satysfakcji, płynącej z różnych dziedzin życia. Z tym też – być może – należy wiązać fakt niewielkiej roli zmiennych demograficznych i statusowych w wyjaśnianiu ocen samopoczucia psychicznego w stosunku do bardziej rozbudowanych ocen zdrowia somatycznego.

Na zakończenie tych rozważań warto się zastanowić, co wyniki przedstawionego badania mogą praktycznie wnieść do naszej wiedzy o nierównościach w zdrowiu. Trzeba wskazać, że pomimo ogólnie lepszego stanu zdrowia mieszkańców Warszawy w stosunku do mieszkańców Polski i tu obserwujemy jego społecznie zdeterminowane zróżnicowanie, a więc nierówności. Zdrowie, zachowania z nim związane i dostęp do właściwej opieki medycznej są z pewnością elementem społecznej stratyfikacji w Polsce. Nierówności generowane są na różnych poziomach organizacji społeczeństwa i pojawiają się na kolejnych etapach cyklu życia człowieka, także w dzieciństwie. Oprócz zmiennych statusowych – a szczególnie różnicujących w przypadku mieszkańców Warszawy poziomu wykształcenia – ważne okazały się takie czynniki, jak samotność i brak wsparcia społecznego, znacząco częściej współwystępujące z niższą pozycją społeczną, jednak wywierające niezależny od niej wpływ na stan zdrowia. W badaniu ukazano tym samym wymiary różnicujące zdrowie i wskazujące, gdzie poszukiwać genezy nierówności. Te spośród nich, które są społecznie zdeterminowane, a więc zaprzeczają zasadom sprawiedli-

wości społecznej, powinny stanowić istotne wyzwanie dla polityki zdrowotnej, tym bardziej, że – jak wskazują doświadczenia innych krajów – udaje się je zmniejszać.

Znajomość bardziej szczegółowych czynników kształtujących nierówności w zdrowiu powinna umożliwić polityce społecznej dotarcie wszędzie tam, gdzie się one rodzą. Ich skala jest bardzo różna. Należy dążyć do zmniejszania podstawowych nierówności społecznych widocznych w strukturze wykształcenia i zamożności, jak i interweniować w bardziej szczegółowych sytuacjach społecznych, w których mogą się pojawiać czynniki zagrażające zdrowiu. Ich przykładem są choćby niekorzystne elementy stylów życia czy słabnące więzi i systemy społecznego wsparcia, częściej obserwowane w niższych warstwach społecznych.

## Przypisy

<sup>1</sup> Badanie to stanowiło część międzynarodowego projektu poświęconego zależnościom między zdrowiem, nierównościami społecznymi i dezintegracją społeczną. Autorami ze strony polskiej byli: A. Ostrowska, J. Sikorska i P. Sztabiński (IFiS PAN). Czynniki pozycji społecznej traktowano w nim jako determinanty zdrowia, choć oczywiście zależność między nimi może mieć charakter dwukierunkowy. Zarówno stan zdrowia, jak i zmienne określające status materialny, a szczególnie ubóstwo, mogą więc pełnić odpowiednio rolę zmiennych niezależnych i zależnych. Niemniej warto podkreślić, że badania nad wzajemnymi relacjami zdrowia i ubóstwa wskazują, że statystycznie częściej występują sytuacje, w których ubóstwo determinuje gorszy stan zdrowia.

<sup>2</sup> Badanie zrealizowane w 2004 roku na próbie losowej 1500 osób w ramach drugiej edycji Europejskiego Sondażu Społecznego (ESS), [http://www.ifispan.waw.pl/pliki/ess\\_tabelle\\_kwest\\_glowny\\_runda\\_2.pdf](http://www.ifispan.waw.pl/pliki/ess_tabelle_kwest_glowny_runda_2.pdf) (dostęp 10.09.2011).

<sup>3</sup> Bardziej szczegółową analizę wszystkich danych uwzględnionych w tym artykule czytelnik znajdzie w pracy: A. Ostrowska, *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie* [10].

<sup>4</sup> Ze względu na znaczące braki danych dotyczących wysokości dochodów respondentów i ich gospodarstw domowych (41,6%) odstąpiono od wyłącznego posługiwania się tą zmienną na rzecz utworzenia wskaźników klas zamożności. Analizę tę przeprowadziła Joanna Sikorska na podstawie informacji o źródle utrzymania, dochodu w gospodarstwie domowym i liczbie zamieszkałych w nim osób, sytuacji w pracy, poziomie wykształcenia, sytuacji mieszkaniowej (forma własności, standard, zagęszczenie), wyposażenia w dobra trwałego użytku oraz ocen różnych materialnych wymiarów życia. Zmienne poddano analizie korelacyjnej i czynnikowej z rotacją varimax.

<sup>5</sup> Ze względu na trudność pomiaru sytuacji materialnej rodziców za wskaźnik pozycji społecznej przyjęto poziom wykształcenia.

<sup>6</sup> Pierwszy wymiar wyjaśniał 31,6% całkowitej zmienności, drugi 29,7%. W pierwszym wymiarze dobre zdrowie jest charakteryzowane jego ogólną, pozytywną oceną i brakiem dolegliwości i ograniczeń charakterystycznych dla niepełnosprawności. Towarzyszy im przeświadczenie o posiadaniu większej od innych ludzi odporności na choroby i zadowolenie ze swojego zdrowia. Elementem dobrego zdrowia jest także korzystna ocena samopoczucia psychicznego. Samopoczucie psy-



chiczne i częstość występowania różnych stanów psychicznych tworzy drugi z wyodrębnionych wymiarów. Dobre zdrowie psychiczne oznacza tu ogólnie dobre samopoczucie oraz brak niekorzystnych stanów i cech depresyjnych: doświadczenia uczucia smutku i przygnębienia, apatii, utraty zainteresowań, braku energii i stałego zmęczenia.

<sup>7</sup> Por. Artykuł tej samej autorki zamieszczony w tym tomie: *Profilaktyka dla ubogich. Przypadek profilaktyki raka szyjki macicy*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 2011; IX, 2: 102–104.

<sup>8</sup> Nie mamy informacji, które pomogłyby dokładniej przeanalizować różnice w wartości odżywczej poszczególnych spożywanych grup produktów, np. rodzaju i gatunku mięsa, wędlin, a które mogłyby stanowić źródło większych różnic między porównywanymi grupami.

<sup>9</sup> Średnia wartość osiągnięta przez osoby biedne na skali poczucia koherencji wynosi  $M = 51,1$ , podczas gdy wśród osób zamożnych  $M = 54,2$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,128$ .

<sup>10</sup> Zmienne społeczno-demograficzne obejmują rozpatrywane powyżej: płeć, wiek, poziom wykształcenia i klasy zarobkowej. „Opiekę zdrowotną” reprezentują dwie zmienne zero-jedynkowe – „posiadanie stałego lekarza” i „realizacja badań profilaktycznych”. „Zachowania zdrowotne” identyfikowane są przez pięciopunktową skalę aktywności fizycznej (od 0 – brak aktywności – do 4) i skalę niepalenia papierosów (od 1 „nie pali” do 3 – pali codziennie). „Trudne doświadczenia” obejmują dwie grupy zmiennych: trudne doświadczenia dzieciństwa oraz wieku dorosłego. W pierwszej z nich znalazła się zmienna zero-jedynkowa „poważne problemy zdrowotne w dzieciństwie” oraz ogólna ocena dzieciństwa jako nieszczęśliwego (gdzie 1 oznaczało dzieciństwo bardzo szczęśliwe, a 4 bardzo nieszczęśliwe), a w drugiej, odnoszącej się do wieku dorosłego, dwie zmienne zero-jedynkowe: „poważne problemy zdrowotne w przeszłości” i przerwanie związku małżeńskiego lub partnerskiego (rozwód, rozstanie). Wsparcie społeczne jest reprezentowane przez zmienną zero-jedynkową „posiadanie bliskich przyjaciół” oraz czteropunktową skalę poczucia samotności (4 – zdecydowanie samotny, 1 – zdecydowanie nie). Zmienne poczucie koherencji to sumaryczny wynik na 13 skalach: od 1 do 7 (wartość minimalna 13; wartość maksymalna 91).

## Abstract

### *Psychosocial determinants of health inequalities*

**Key words:** access to health care, health care utilization patterns, health inequalities, lifestyles, social position, social support

The article presents selected research results on differences in self assessed state of health and the role of social class related psychosocial factors that may be responsible for health inequalities. Among discussed variables are: differences in lifestyles, health care utilization patterns and perceived access to health care and social support network. Their relative value to predict health differences is weighted against the role of social position indicators. The empirical base for considering above issues is the representative study of Warsaw inhabitants conducted in 2004.

## Piśmiennictwo:

1. Aggleton P., *Health*, Routledge, London, New York 1992.

2. Graham H., *Social Determinants and their unequal distribution: clarifying policy understanding*, „The Milbank Quarterly” 2004; 1.
3. Marmot M., *The social patterns of health and disease*, w: Blane D., Brunner E. (red.), *Health and social organization*, Routledge, London 1996.
4. Mackenbach J., *Health inequalities: Europe in profile*, An independent expert report commissioned by the UK Presidency of EU, 2005.
5. Włodarczyk C.W., *Polityka zdrowotna i wykluczenie społeczne – ramy teoretyczne*, w: Golinowska S. (red.), *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*, IPSS, Warszawa 2007.
6. Vagero D., *Health inequalities from the cradle to the grave?* „International Journal of Health Sciences” 1992; 3–4.
7. Lahelma E., *Health and social stratification*, w: Cockerham W. (red.), *The blackwell companion to medical sociology*, Blackwell Publisher, Malden, Oxford 2001.
8. Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie. Bilans dekady*, w: Domański H., Ostrowska A., Rychard A. (red.), *Jak żyją Polacy*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2000.
9. Surazska W., *Komu w Polsce dobrze się żyje*, „Rzeczpospolita” 24.03.2005.
10. Ostrowska A., *Zróźnicowanie społeczne a zdrowie. Wyniki badań warszawskich*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2009.
11. Sokołowska M., *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.
12. Cockerham W.C., *Medical sociology*, Prentice Hall Upper Saddle River, New Jersey 2004.
13. Cassel E.J., *The changing concept of the ideal physician*, *Daedalus*, 1986, t. 115, 185–208.
14. Valkonen T., *Adult mortality and level of education: a comparison of six countries*, w: Fox J. (red.), *Health inequalities in European countries*, Gower, Aldershot 1989.
15. Blaxter M., *Health and lifestyles*, Routledge, London, New York 1995.
16. Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999.
17. Cockerham W.C., *Sociology of mental disorder*, Prentice Hall Upper Saddle River, New Jersey 2003.
18. Caplan G., *Social support and community mental health*, Basic Books, New York 1974.
19. Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995.
20. Brown G., Harris T., *Social origins of depression*, Tavistock, London, New York 1978.
21. Bengtsson T., Minean G.P., *Early life effects on socio-economic performance and mortality in later life*, „Social Science and Medicine” 2009; 68: 15612–1564.
22. Czapiński J., *Stan zdrowia psychicznego – wskaźniki niekliniczne*, [w:] Czabała C. (red.), *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.

## O autorce

**Antonina Ostrowska** – prof. dr hab., zastępca Dyrektora ds. Nauki Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa.