

Agnieszka Sowa

Społeczne uwarunkowania stanu zdrowia w Polsce

słowa kluczowe: nierówności społeczne stanu zdrowia, niezdrowy styl życia, stan zdrowia, ubóstwo, wsparcie społeczne

Wprowadzenie

Badania społecznych uwarunkowań stanu zdrowia i związanych z nimi nierówności zdrowotnych stają się w ostatnich latach coraz popularniejsze. Wprawdzie niektóre kraje – w szczególności Wielka Brytania – od kilkudziesięciu lat kierują uwagę badawczą na ten problem, jednakże w większości krajów europejskich dopiero w ostatnim dziesięcioleciu podjęto dogłębne badania wielkości nierówności stanu zdrowia. Nie bez znaczenia dla skierowania uwagi na społeczne uwarunkowania zdrowia jest polityka Światowej Organizacji Zdrowia z celami wyrażonymi w programie „Zdrowie 21” [1] oraz zainteresowanie zróżnicowaniami w stanie zdrowia w krajach europejskich wyrażane przez Komisję Europejską, co znajduje odzwierciedlenie w licznych projektach badawczych poświęconych tej problematyce (np. Equity, Eurothine, Health Equity). W perspektywie globalnej Światowa Organizacja Zdrowia zaproponowała również szczegółowy opis problemów związanych z nierównościami zdrowotnymi i rozważała możliwe kierunki działań z zakresu polityki społecznej i zdrowotnej w pracach Komisji do spraw Społecznych Determinantów Zdrowia [2], by nierównościami przeciwdziałać.

Doświadczenia krajów Europy Zachodniej pokazują, że zróżnicowania w stanie zdrowia w przekroju dochodów, pozycji zawodowej czy wykształcenia – bo takie są najczęściej przyjmowane wskaźniki pozycji społecznej – nie tylko są trwałe, ale też zwiększają się w kolejnych dekadach [3–5]. Badania Johana Mackenbacha [4] wskazują, że przeciętne różnice długości życia w grupach zawodowych w krajach Europy Zachodniej wynoszą 4–6 lat dla mężczyzn i 2–4 lata dla kobiet. Obserwuje się również, że kobiety niepracujące charakteryzuje stan zdrowia adekwatny do pozycji zawodowej męża czy partnera, co daje wyobrażenie o znaczącym wpływie warunków materialnych i społecznej grupy odniesienia na stan zdrowia. W przywołanych badaniach stan zdro-

wia mierzony jest przeciętą długością trwania życia, ale podobnie społecznie zróżnicowana jest zachorowalność i subiektywna ocena zdrowia, oparta na wynikach badań sondażowych.

O ile nierówności społeczne stanu zdrowia w Europie Zachodniej były i są przedmiotem dogłębnych analiz, o tyle w krajach Europy Środkowej i Wschodniej temat ten podejmowany był znacznie rzadziej, jeśli w ogóle stawał się przedmiotem zainteresowania badawczego. Jest to spowodowane koncentracją analiz demograficznych i epidemiologicznych na kwestiach związanych ze stanem zdrowia całej populacji i obserwacją poprawy stanu zdrowia po okresie kryzysu lat 80. Z kolei badania społeczne przez wiele lat koncentrowały się na niezwykle ważnych w okresie transformacji kwestiach bezrobocia, ubóstwa czy wykluczenia społecznego. Oczywiście podejmowane były analizy nierówności odnoszące się do wybranych problemów zdrowotnych czy wybranych grup populacji, natomiast wciąż nieliczne są badania w przekroju całej populacji. Warto jednak przywołać badania uwarunkowań społecznych stanu zdrowia populacji na podstawie badań sondażowych podkreślających znaczenie stylu życia dla efektów zdrowotnych [6]. Po części niedostatek szeroko zakrojonych badań populacyjnych można przypisywać charakterystyce statystyki publicznej, w której informacje demograficzne i epidemiologiczne nie są łączone z informacjami o statusie społecznym. Tego typu analizy, dotyczące umieralności w przekroju wykształcenia dla 2002 roku, zostały przeprowadzone jedynie raz, przez ekspertów Narodowego Instytutu Zdrowia na potrzeby projektu Eurothine [7]. Analiza ta pokazała, że nierówności w przekroju wykształcenia w Polsce są duże, znacznie wyższe niż w krajach Europy Zachodniej, i stanowią ważną przesłankę do bardziej szczegółowych badań nierówności stanu zdrowia w przekroju społecznym.

Biorąc pod uwagę okrojony zakres dotychczasowych badań, celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie

wyników analiz statystycznych pozwalających na oszacowanie wielkości nierówności stanu zdrowia w polskiej populacji w przekroju wykształcenia oraz dyskusja nad innymi – poza wykształceniem – uwarunkowaniami stanu zdrowia¹. Analiza ma charakter dynamiczny – pokazuje nie tylko wielkość nierówności, ale też ich zmianę w kolejnych latach. Warto podkreślić, że w badanym okresie (1996–2004) nastąpiła szybka poprawa stanu zdrowia populacji. Stąd istotne jest pytanie, czy proces poprawy stanu zdrowia następuje równomiernie w przekroju grup społecznych. Badania z krajów Europy Zachodniej pokazują bowiem, że zazwyczaj proces poprawy stanu zdrowia postępuje szybciej w grupach uprzywilejowanych, charakteryzujących się wyższym poziomem wykształcenia, lepszą pozycją zawodową czy wyższymi dochodami, niż w grupach lokujących się niżej na stratyfikacyjnej drabinie wykształcenia, pracy czy dochodów. Ponadto, podkreśla się wpływ warunków relatywnych różnicowań dobrobytu na występowanie nierówności stanu zdrowia [3], wskazując, że nierówności stanu zdrowia są często powiązane z występowaniem nierówności dochodowych [8], a te w Polsce są znaczne.

W przedstawionej analizie wykorzystano indywidualne dane z dwóch kolejnych edycji badania sondażowego GUS „Stan zdrowia ludności Polski” z lat 1996 i 2004.

Nierówności stanu zdrowia w przekroju wykształcenia

Nierówności stanu zdrowia są zdefiniowane jako różnicowania stanu zdrowia, których istnienie powiązane jest z czynnikami społecznymi, przede wszystkim z pozycją społeczną i związanym z nią stylem życia. Analogiczna definicja nierówności występuje w wielu badaniach europejskich oraz badaniach wpływu stylu życia na zdrowie w Polsce [6, 9]. Warto odróżnić nierówności stanu zdrowia od różnicowań, które są wynikiem wpływu czynników biologicznych czy genetycznych – te różnicowania mogą być jedynie przedmiotem leczenia medycznego i chociaż mogą determinować pozycję społeczną (co jest szczególnie widoczne w przypadku niepełnosprawności), to nie są jej wynikiem.

Wyznacznikiem pozycji społecznej w prezentowanej analizie jest wykształcenie. Wybór wykształcenia jako miary pozycji społecznej jest bezpośrednio spowodowany dostępnością danych, a więc czynnikiem pragmatycznym. Niemniej ma on istotne uzasadnienie w dotychczasowych badaniach społecznych, w tym również w badaniach poświęconych różnicowaniom społecznym stanu zdrowia. Wskazują one, że w Polsce poziom wykształcenia jest silniej związany ze stanem zdrowia niż pozycja dochodowa [6, 9]. Dzieje się tak prawdopodobnie ze względu na związek między stylem życia i grupą odniesienia a poziomem wykształcenia. Nie bez znaczenia mogą też być zaszczości z okresu przed transformacją ustrojową, kiedy to w badaniach stratyfikacyjnych wskazywano na dekompozycję czynników statusu społecznego, głównie dochodów i poziomu wykształcenia [10]. Wciąż pewne zawody, w których wyższe wykształcenie jest niezbędne, charakteryzują niższe dochody, co jest szczególnie widoczne w sektorze publicznym (nauczyciele, pracownicy nauki).

Jednocześnie należy podkreślić, że w okresie objętym analizą miał miejsce znaczny wzrost poziomu wykształcenia ludności, co może mieć znaczenie dla poprawy stanu zdrowia populacji. Zgodnie z danymi z badań sondażowych dotyczących stanu zdrowia udział osób z niższym wykształceniem spadł w latach 1996–2004 w populacji Polski z 38% do 27%, natomiast udział osób z wyższym wykształceniem prawie się podwoił, rosnąc z 7% do 13% (**Tabela I**).

Poprawę stanu zdrowia można – przynajmniej częściowo – przypisać procesom przejmowania zdrowego stylu życia, typowego dla grup lepiej wykształconych, charakteryzującego się wyborem zdrowszych produktów żywnościowych i zmianą diety na niskotłuszczową, częstszym podejmowaniem aktywności fizycznej oraz rezygnacją z niezdrowych zachowań, w szczególności palenia i picia alkoholu wysokoprocentowego. Zdrowe zachowania mają bezpośredni wpływ na spadek zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia, stanowiących dominującą przyczynę umieralności w Polsce [11]. Oczywiście wykształcenie jest tylko jednym z wielu czynników, którym przypisuje się pozytywny wpływ na stan zdrowia ludności. Poprawa stanu zdrowia nie byłaby możliwa bez większej dostępności do zdrowych produktów żywnościowych, w tym owoców i warzyw przez cały rok, a nie tylko sezonowo, zwiększania możliwości ekonomicznych społeczeństwa, wreszcie kampanii społecznych promujących zdrowy styl życia i polityki akcyjowej oraz innych przepisów prawnych prowadzących do ograniczenia palenia w miejscach publicznych.

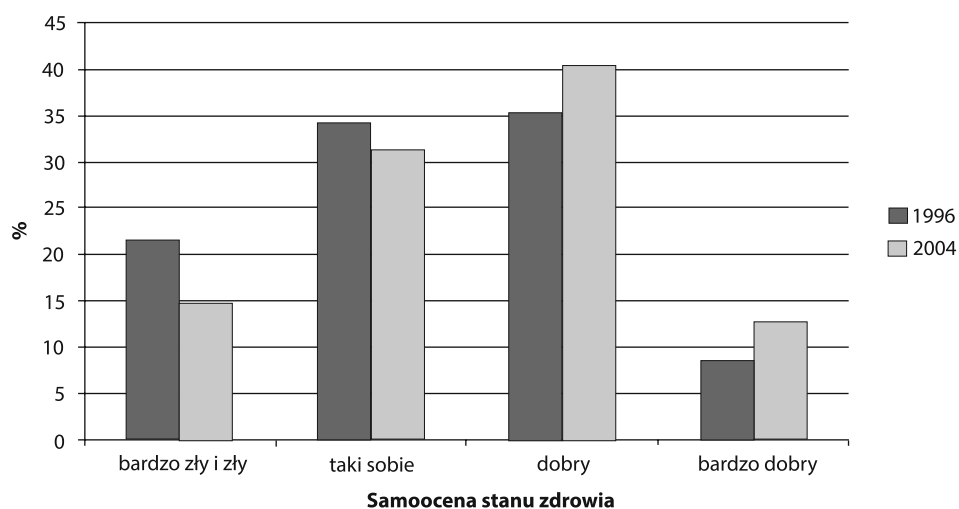
Poprawa stanu zdrowia ludności w badaniach sondażowych stanu zdrowia populacji w latach 1996–2004 jest znaczna. Obserwujemy istotny spadek udziału osób deklarujących zły i bardzo zły stan zdrowia, jak również przeciętną sytuację zdrowotną, na rzecz wzrostu udziału osób deklarujących dobry i bardzo dobry stan zdrowia (**Wykres 1**). Jednakże zmiany te nie są jednolite w przekroju wieku. O ile we wszystkich grupach wiekowych następuje spadek udziału osób ze złym i bardzo złym stanem zdrowia, najsilniej jest on widoczny w grupie osób w wieku średnim, a więc w okresie życia charakteryzującym się najwyższym poziomem aktywności społecznej, rodzinnej i zawodowej (**Wykres 2**). Warto również podkreślić znaczną poprawę stanu zdrowia osób starszych, wśród których znacząco wzrósł udział osób deklarujących dobry i bardzo dobry oraz średni stan zdrowia. Fakt ten jest istotny w kontekście starzenia się populacji, można bowiem oczekiwać, że kolejne kohorty wchodzące w wiek dojrzały będą cieszyły się lepszym stanem zdrowia niż poprzednie generacje.

Poprawa stanu zdrowia obserwowana w przekroju demograficznym nie następuje jednak równo w przekroju grup wykształcenia. Jako wskaźnik nierówności stanu zdrowia w przekroju społecznym przyjęto krzywą koncentracji² (ang. *concentration curve*) i odpowiadający jej indeks koncentracji³ (ang. *concentration index*) [12]. Miarą stanu zdrowia najczęściej przyjmowaną w analizach nierówności opartych na badaniach sondażowych jest deklarowanie stanu zdrowia gorszego niż dobry.

Poziom wykształcenia	1996		2004	
	Liczba	Udział	Liczba	Udział
Wyższe	3339	6,97	4705	13,43
Policealne i średnie	13528	28,23	11948	34,11
Zawodowe	12881	26,88	8811	25,15
Podstawowe	18170	37,92	9564	27,30
Razem	47918	100,00	35028	100,00

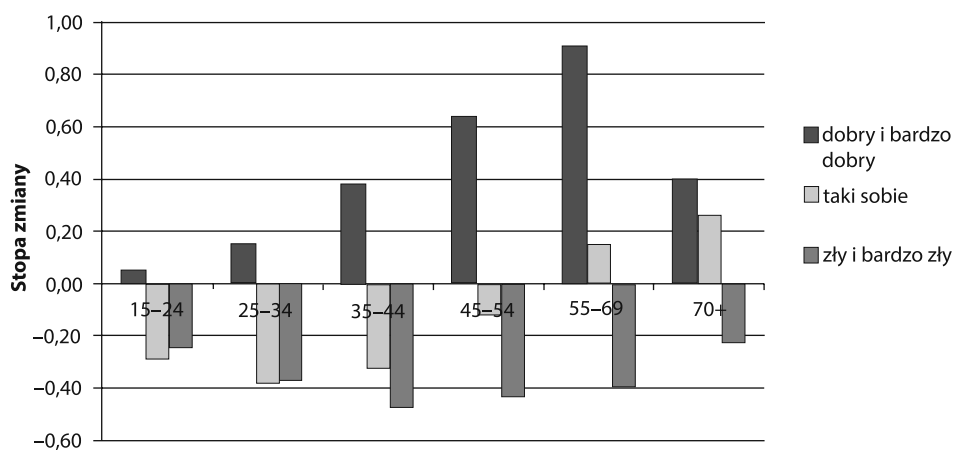
Tabela I. Struktura populacji według poziomu wykształcenia (badania stanu zdrowia ludności) w latach 1996 i 2004.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.



Wykres 1. Stan zdrowia osób dorosłych w badaniach sondażowych w latach 1996 i 2004.

Źródło: GUS, Stan zdrowia ludności Polski 1996, 2004.



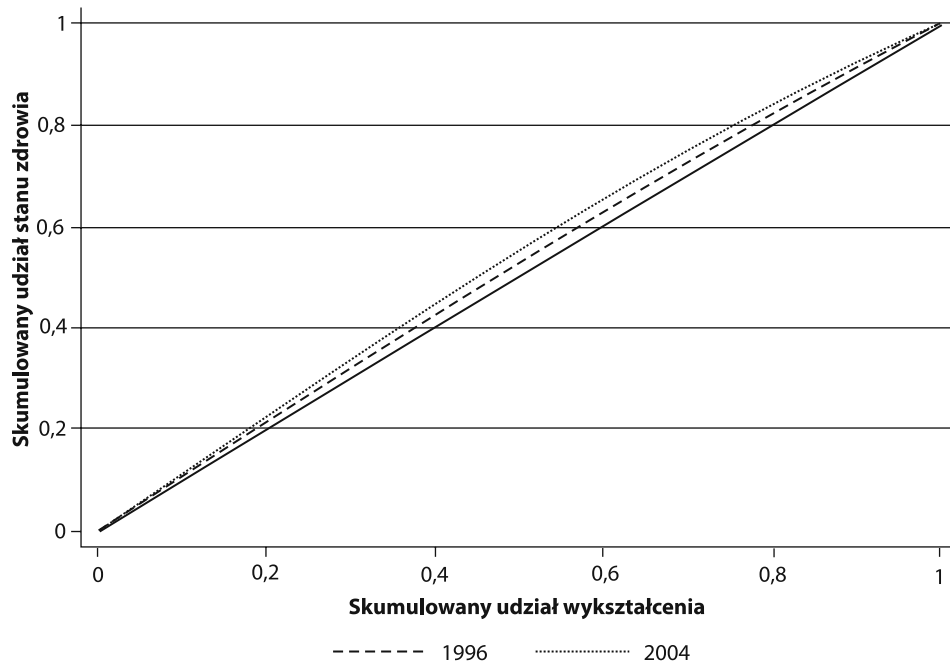
Wykres 2. Dynamika zmian częstości deklarowania stanu zdrowia w przekroju wieku w latach 1996 i 2004.

Źródło: obliczenia własne na podstawie: GUS, Stan zdrowia ludności Polski 1996, 2004.

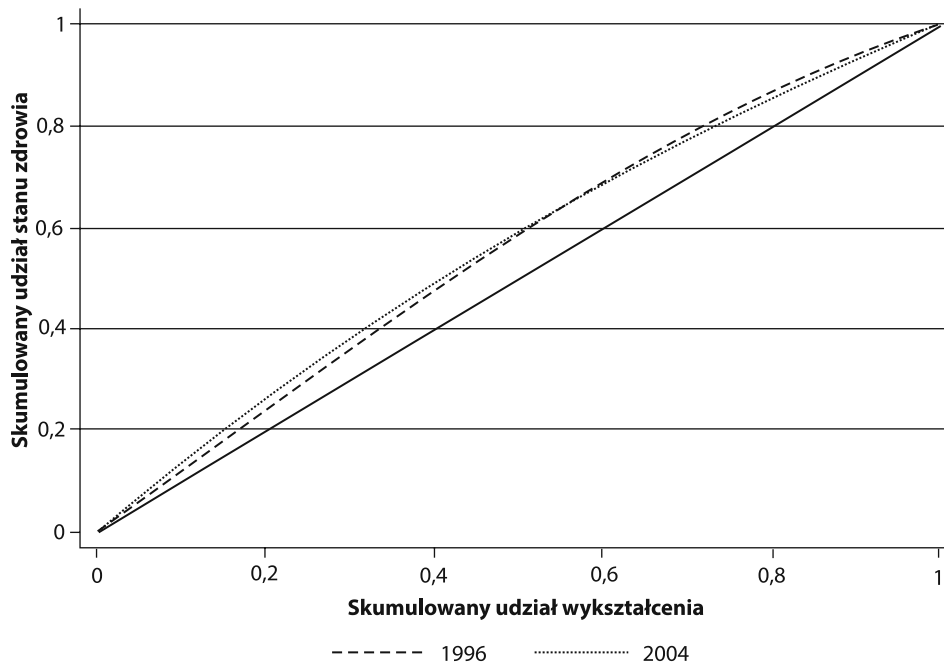
Również w przedstawianej analizie ta miara jest zastosowana. Niemniej ze względu na znaczną dynamikę zmian stanu zdrowia w populacji w grupie osób, które deklarują bardzo zły, zły i przeciętny stan zdrowia oraz fakt, że grupa ta jest bardzo duża (aż 56% populacji w 1996 roku i około 45% populacji w 2004 roku) wprowadzona została również druga miara, czyli deklarowanie bardzo złego i złego stanu zdrowia.

Krzywa koncentracji (Wykres 3) dla miary stanu zdrowia gorszego niż dobry, oddalona od linii równej

dystrybucji zdrowia w populacji w przekroju wykształcenia, pokazuje nie tylko istnienie nierówności stanu zdrowia pomiędzy grupami społecznymi, ale też wskazuje na ich zwiększanie się w czasie 8 lat dzielących badania sondażowe. Innymi słowami, w grupach o niższym poziomie wykształcenia jest coraz więcej osób o stanie zdrowia przeciętnym lub gorszym. W badanym okresie nierówności zwiększyły się o ponad połowę, przy czym indeks koncentracji (Tabela II) wskazuje, że wzrost nierówności był większy w populacji mężczyzn niż kobiet.



Wykres 3. Krzywa koncentracji stanu zdrowia gorszego niż dobry w przekroju wykształcenia w latach 1996 i 2004.
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.



Wykres 4. Krzywa koncentracji złego i bardzo złego stanu zdrowia w przekroju wykształcenia w latach 1996 i 2004.
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Gdy analiza koncentruje się na osobach deklarujących zły i bardzo zły stan zdrowia, ponownie widać znaczne nierówności, niemniej nie rosną one tak silnie jak dla pierwszej przyjętej miary stanu zdrowia (**Wykres 4, Tabela II**). Niemniej krzywa koncentracji dla 2004 roku jest przesunięta w kierunku osi Y i bardziej oddalona od linii równości niż dla 1996 roku, co wskazuje na istnienie grupy społecznej w populacji, w której kumulują się niekorzystne warunki społeczne, a niskiemu poziomowi wykształcenia towarzyszy zły stan zdrowia. Wyniki po-

kazują więc kształtowanie się procesu wykluczenia społecznego tej grupy.

Najnowsze badania sondażowe stanu zdrowia GUS pokazują dalszą poprawę stanu zdrowia ludności, jako że stan zdrowia gorszy niż dobry deklaruje 34% populacji, a więc o blisko 10 punktów procentowych mniej niż w 2004 roku, a stan zdrowia zły lub bardzo zły zaledwie 10,8% [13]. W miarę dostępności danych do analizy należałoby kontynuować badanie nierówności zdrowia w przekroju edukacji, sprawdzając, czy wskazane trendy mają charakter stały.

	Stan zdrowia gorszy niż dobry			Zły i bardzo zły stan zdrowia		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
1996	-0,048	-0,044	-0,051	-0,125	-0,118	-0,129
2004	-0,076	-0,074	-0,078	-0,129	-0,124	-0,134
Stopa zmiany	1,58	1,68	1,51	1,04	1,05	1,03

Tabela II. Indeks koncentracji dla obu miar stanu zdrowia w przekroju wykształcenia w latach 1996 i 2004.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Uwarunkowania różnic w stanie zdrowia

Mając świadomość, że poprawa stanu zdrowia w populacji, mimo że szybko, nie następuje równomiernie, co więcej – istnieje grupa społeczna wykluczona z dostępu do korzyści zdrowotnych – warto zastanowić się nad czynnikami, które przyczyniają się do takiego stanu rzeczy. Szczególną uwagę poświęcono uwarunkowaniom materialnym, behawioralnym i wsparciu społecznemu.

Wyjaśnienia nierówności stanu zdrowia odwołujące się do kondycji materialnej są od dziesięcioleci najbardziej rozwiniętym kierunkiem badań nad nierównościami społecznymi zdrowia. Sytuacja materialna wpływa na stan zdrowia poprzez pozycję społeczną i związane z nią wybory, mające odzwierciedlenie w rodzaju konsumpcji, dostępie do usług medycznych i pielęgnacyjnych, sposobie spędzania wolnego czasu czy świadomości zdrowotnej. Dochód determinuje warunki życia ludności, a więc warunki mieszkaniowe, bezpieczeństwo życia i mieszkania (ogrzewanie, dostęp do sieci wodociągowej, okolica, w której mieszkanie jest ulokowane), ale też i powiązany jest z warunkami pracy. Jednocześnie niedostatek prowadzi do życia w warunkach ograniczonego wyboru [14], gdzie uboższe grupy społeczne muszą rezygnować z korzystania z droższych dóbr na rzecz dóbr podstawowych i zaspokojenia podstawowych potrzeb. W sytuacji krytycznej mogą być nawet zmuszone do odstąpienia od nabycia dóbr podstawowych, by zapewnić środki związane z utrzymaniem stanu zdrowia (opłaceniem konsultacji lekarskiej czy kosztu nabycia środków medycznych). W krajach transformacji społecznej i ekonomicznej, w tym w Polsce, w latach dziewięćdziesiątych XX wieku obserwowano, że osoby uboższe rzadziej korzystały z kosztownych usług specjalistycznych, często mimo deklarowanej potrzeby zdrowotnej [15].

Analizy przeprowadzone dla 2004 roku wskazują, że prawdopodobieństwo deklarowania przeciętnego lub gorszego stanu zdrowia jest istotnie związane z aktywnością zawodową i pozycją ekonomiczną. Prawdopodobieństwo złego stanu zdrowia znacząco wzrasta wśród osób relatywnie gorzej oceniających swoją sytuację dochodową, i to bez względu na związek między stanem zdrowia a wykształceniem (Tabela III). W istocie, im gorsza samoocena pozycji dochodowej, tym gorzej oceniany stan zdrowia. Oczywiście możemy tu mieć do czynienia z kumulacją negatywnych czynników, kiedy to brak satysfakcji ekonomicznej przyczynia się do niekorzystnej oceny również innych aspektów życia, a z pewnością może mieć negatywny wpływ na samopoczucie i zdrowie psychiczne.

Wcześniejsze analizy stanu zdrowia oparte na badaniach sondażowych populacji Warszawy [9] pokazały, że jednym z ważniejszych predyktorów zdrowia fizycznego jest wykonywanie pracy zawodowej, co już sprzyja dobremu zdrowiu. Rzeczywiście, wyniki analiz stanu zdrowia dla całego kraju potwierdzają tę zależność, pokazując, że istotnie wyższe prawdopodobieństwo złego stanu zdrowia dotyczy grup społecznych osób nieaktywnych zawodowo. Oczywiście jest, że osoby te często zmuszone są do rezygnacji z pracy zawodowej ze względu na sytuację zdrowotną (w przypadku pobierania renty) czy wiek (w przypadku pobierania emerytury). Warto jednak zwrócić uwagę na niekorzystny stan zdrowia osób pobierających świadczenia z pomocy społecznej. Badania na tej populacji prowadzone jeszcze w ubiegłym dziesięcioleciu pokazują, że osoby te często prowadzą niezdrowy tryb życia, korzystając z używek, przede wszystkim nadmiernie spożywając alkohol [16]. Wreszcie, zły stan zdrowia jest częstszy w populacji rolników niż w grupie zawodowej osób zatrudnionych. Przyczyn takiego stanu rzeczy należałoby szukać w ciężkiej pracy fizycznej, większym zagrożeniu wypadkowością, ale też i częstym podejmowaniem niekorzystnych zachowań zdrowotnych, szczególnie w populacji mężczyzn, w tym w szczególności konsumpcji alkoholu. Wyniki badań epidemiologicznych pokazują, że faktycznie długość życia mężczyzn na terenach wiejskich jest znacznie krótsza niż w miastach [17].

Ważnym kierunkiem badań zmierzających do wyjaśnienia istnienia nierówności stanu zdrowia w Polsce, podejmowanym również już wcześniej [6], są teorie odwołujące się do stylu życia. Wśród czynników behawioralnych w badaniu uwarunkowań złego stanu zdrowia i nierówności szczególna uwaga została poświęcona paleniu papierosów i spożyciu alkoholu. Są to kwestie o tyle ważne, że przyczyniają się bezpośrednio do podwyższonej umieralności na choroby układu krążenia, choroby układu trawiennego i raka, a przy tym sposób ich konsumpcji jest silnie uwarunkowany funkcjonowaniem w określonej grupie społecznej. Analizy GUS pokazują, że udział osób palących papierosy, w szczególności palaczy nałogowych, w populacji w ciągu kolejnych lat – od połowy lat dziewięćdziesiątych kiedy po raz pierwszy zrealizowano sondażowe badania stanu zdrowia – maleje. Jednakże trend do podejmowania zdrowego stylu życia i rezygnacji z nałogu nie rozkłada się równomiernie w populacji, wykazując tendencje do powielania społecznej trajektorii palenia, opisaną przez Mackenbacha [18], gdzie grupy uprzywilejowane, o wyższej pozycji społecznej, pierwsze podejmowały nową modę, jaką było palenie, ale też i szybciej z niej rezygnują, przy czym proces ten dynamiczniej

Zmienna	B	Błąd standardowy	Istotność	95% poziom istotności	
Główne źródło utrzymania gospodarstwa domowego					
Ref. Praca w sektorze publicznym					
Praca w sektorze prywatnym	0,0328	0,0451	0,468	-0,0557	0,1212
Samozatrudnienie	0,0002	0,0649	0,997	-0,1270	0,1274
Praca w rolnictwie	0,2618	0,0635	0,000	0,1374	0,3863
Emerytura	0,3184	0,0473	0,000	0,2256	0,4112
Renta	1,0366	0,0697	0,000	0,9000	1,1733
Zasiłek rodzinny	0,3263	0,1056	0,002	0,1193	0,5334
Zasiłek dla bezrobotnych	0,2024	0,1714	0,238	-0,1335	0,5383
Pomoc społeczna	0,3402	0,1587	0,032	0,0291	0,6513
Na utrzymaniu	0,4598	0,2065	0,026	0,0550	0,8645
Samoocena sytuacji materialnej					
Ref. Bardzo dobra					
Dobra	0,4878	0,0820	0,000	0,3272	0,6484
Przeciętna	0,8070	0,0821	0,000	0,6459	0,9681
Zła	1,0427	0,0840	0,000	0,8779	1,2074
Bardzo zła	1,2168	0,0885	0,000	1,0433	1,3903
Wykształcenie w latach	-0,0943	0,0066	0,000	-0,1072	-0,8138
Płeć					
Ref. Kobiety					
Mężczyźni	-0,1767	0,0312	0,000	-0,2379	-0,1155
Wiek	0,8102	0,0123	0,000	0,7860	0,8344
Stała	-2,7020	0,1364	0,000	-2,9693	-2,4347

Tabela III. Wyniki analizy regresji logitowej wpływu sytuacji materialnej na samoocenę stanu zdrowia w 2004 roku.

Zmienna zależna: stan zdrowia gorszy niż dobry.

$R^2 = 0,2852$.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

przebiega wśród mężczyzn niż wśród kobiet. W istocie, przeciętnie w społeczeństwach krajów rozwiniętych kobiety później podjęły palenie, ale też i później je rzucają. Trendy te zauważalne są również w Polsce. Analiza oparta na danych z lat 1996 i 2004 pokazała, że mężczyźni rezygnują z palenia we wszystkich grupach wykształcenia, kobiety natomiast wśród grup charakteryzujących się wyższym wykształceniem. Podobne tendencje widać również w latach 2004–2009 [17] (Tabela IV).

Analiza wpływu palenia na stan zdrowia pokazuje, że palenie – nałogowe lub okazjonalne – istotnie zmniejsza prawdopodobieństwo deklarowania dobrego stanu zdrowia. Najgorsze rezultaty zdrowotne mają osoby, które obecnie nie palą, ale w przeszłości paliły nałogowo. Można przypuszczać, że są to osoby, które ze względu na gwałtowne pogorszenie się stanu zdrowia musiały zrezygnować z nałogu.

Drugim rodzajem zachowań o charakterze destrukcyjnym dla zdrowia jest nadmierne spożywanie alkoholu. Warto podkreślić, że szczególnie niekorzystny wpływ na zdrowie ma spożywanie dużej ilości alkoholu jednorazowo, a właśnie ten typ konsumpcji jest historycznie najczęściej obserwowany w krajach Europy Wschodniej – w tym w Polsce – oraz w Skandynawii [19]. Jednocześnie analiza jednostkowa pokazuje, że konsumpcja alkoholu jest ściśle powiązana z paleniem – osoby palące

nałogowo również częściej deklarują spożywanie alkoholu. Dane sondażowe pokazują również zróżnicowanie częstości (ale nie ilości!) spożywanego alkoholu, przy czym grupy lokujące się wyżej na drabinie społecznej w przekroju wykształcenia częściej piją alkohol. Może to być wskaźnikiem przejmowania stylu życia charakterystycznego dla krajów śródziemnomorskich i częstszego spożywania alkoholu niskoprocentowych, np. przy okazji konsumpcji codziennych posiłków. Analiza korelatów stanu zdrowia pokazuje, że osoby spożywające alkohol charakteryzują gorszy stan zdrowia od abstynentów i osób spożywających alkohol sporadycznie. Przy czym możemy tu mieć do czynienia z efektem odwróconej przyczynowości, gdzie osoby z gorszym stanem zdrowia unikają konsumpcji alkoholu. Zatem moc wyjaśniająca takiego modelu jest znikoma.

Kolejnym kierunkiem wyjaśniania nierówności zdrowotnych jest zwrócenie uwagi na wpływ więzi społecznych na zdrowie. Podkreśla się, że życie w bliskich związkach i poczucie wsparcia społecznego oferowanego przez rodzinę i bliskich ma korzystny wpływ na zdrowie. Pomoc i wsparcie może przyjmować różne formy: od pomocy materialnej do wsparcia psychologicznego czy emocjonalnego. Jednocześnie wiara w otrzymanie wsparcia i pomocy w sytuacji zaistniałej potrzeby często jest równie ważna, co faktycznie otrzymana pomoc od rodziny, przyjaciół

Zmienna	B	Błąd standardowy	Istotność	95% poziom istotności	
Palenie papierosów					
Ref. Nigdy niepalący					
Palący codziennie	0,2199	0,0383	0,000	0,1450	0,2949
Palący okazjonalnie	0,2225	0,0816	0,006	0,0625	0,3826
Niepalący, ale wcześniej palili codziennie	0,3612	0,0483	0,000	0,2664	0,4560
Niepalący, ale wcześniej palili okazjonalnie	0,2681	0,0645	0,000	0,1417	0,3945
Konsumpcja alkoholu					
Ref. Picie alkoholu raz w roku lub rzadziej					
Picie alkoholu częściej niż raz w miesiącu, ale rzadziej niż 5 razy w roku	-0,3332	0,0375	0,000	-0,4067	-0,2597
Picie alkoholu 2 razy w miesiącu lub częściej, ale rzadziej niż raz w tygodniu	-0,3885	0,0736	0,000	-0,5329	-0,2442
Picie alkoholu 3 razy w tygodniu lub częściej	-0,3573	0,0592	0,000	-0,4734	-0,2413
Główne źródło utrzymania gospodarstwa domowego					
Ref. Praca w sektorze publicznym					
Praca w sektorze prywatnym	0,0166	0,0447	0,710	-0,0710	0,1042
Samozatrudnienie	-0,0383	0,0645	0,553	-0,1647	0,0881
Praca w rolnictwie	0,2643	0,0632	0,000	0,1403	0,3883
Emerytura	0,2944	0,0470	0,000	0,2023	0,3866
Renta	0,9956	0,0694	0,000	0,8595	1,1316
Renta rodzinna	0,3043	0,1047	0,004	0,0990	0,5096
Zasiłek dla bezrobotnych	0,1854	0,1695	0,274	-0,1467	0,5175
Pomoc społeczna	0,3070	0,1582	0,052	-0,0031	0,6172
Na utrzymaniu	0,4853	0,2039	0,017	0,0857	0,8851
Samoocena sytuacji materialnej					
Ref. Bardzo dobra					
Dobra	0,3252	0,0707	0,000	0,1866	0,4638
Przeciętna	0,6390	0,0707	0,000	0,5005	0,7776
Zła	0,8585	0,0726	0,000	0,7162	1,0007
Bardzo zła	1,0101	0,0776	0,000	0,8580	1,1622
Wykształcenie w latach	-0,0884	0,0067	0,000	-0,1015	-0,0753
Płeć					
Ref. Kobiety					
Mężczyźni	-0,1720	0,0336	0,000	-0,2377	-0,1062
Wiek	0,7961	0,0123	0,000	0,7719	0,8203
Stała	-2,4278	0,1261	0,000	-2,6750	-2,1807

Tabela IV. Wyniki analizy regresji logitowej wpływu palenia i konsumpcji alkoholu na samoocenę stanu zdrowia w 2004 roku. Zmienna zależna: stan zdrowia gorszy niż dobry.

$R^2 = 0,2852$.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

czy związków religijnych. Dane sondażowe z badań stanu zdrowia z 2004 roku pozwalają na opisanie wpływu życia z partnerem w gospodarstwie domowych oraz oczekiwań związanych z pomocą na stan zdrowia. Podczas gdy w badaniach europejskich nierówności stanu zdrowia podkreśla się protekcyjną dla zdrowia rolę życia w związku małżeńskim bądź partnerskim [3], wyniki analiz dla

Polski tego związku nie potwierdzają, a osoby samotne charakteryzuje zdecydowanie mniejsze prawdopodobieństwo życia w złym stanie zdrowia. Wyniki te nie zmieniają się, chociaż siła związku jest mniejsza, gdy badana populacja ograniczona jest do osób po 25. czy 35. roku życia. Również analizy krzyżowe oparte na kolejnej edycji badań stanu zdrowia ludności Polski w 2009 roku pokazu-

ją podobny trend [17]. Wydaje się, że ta Polska specyfika wymagałaby dalszych, bardziej pogłębionych badań, by wyjaśnić przyczyny, dla których kierunki zależności są odwrotne niż w innych krajach europejskich.

Niewątpliwie interesujące są wyniki analizy oczekiwań związanych z otrzymywaniem wsparcia społecznego (Tabela V). Pokazują one, że faktycznie wiara czy poczu-

cie życia w sieci kontaktów społecznych pozwalających na otrzymanie pomocy w razie zaistnienia takiej potrzeby są pozytywnie powiązane z lepszym stanem zdrowia. Warto zauważyć, że wiara w pomocną dłoń przyjaciół, w ramach szerokich relacji społecznych, wydaje się ważniejsza niż pomoc oczekiwana od najbliższych. Podobne wyniki uzyskano w analizach związku między

Zmienna	B	Błąd standardowy	Istotność	95% poziom istotności	
Stan cywilny					
Ref. Żonaty					
Stan wolny	-0,3379	0,0761	0,000	-0,4871	-0,1887
Rozwiedziony(a) lub wdowiec(a)	-0,0312	0,0560	0,578	-0,1410	0,0786
<i>Liczba osób w gosp. domowym</i>	-0,0150	0,0160	0,348	-0,0463	0,0163
<i>Liczba dzieci w gosp. domowym</i>	-0,0849	0,0264	0,001	-0,1366	-0,0332
Wsparcie społeczne					
Ref. Brak wsparcia społecznego					
Najbliższa (nuklearna) rodzina	-0,1607	0,0568	0,005	-0,2721	-0,0493
Rozszerzona rodzina	-0,0807	0,0371	0,030	-0,1534	-0,0080
Przyjaciele, koledzy, sąsiedzi	-0,1452	0,0384	0,000	-0,2206	-0,0700
Kościół	0,1102	0,0649	0,089	-0,0170	0,2375
Inne instytucje	0,2369	0,0702	0,001	0,0994	0,3744
Główne źródło utrzymania gospodarstwa domowego					
Ref. Zatrudnienie w sektorze publicznym					
Zatrudnienie w sektorze prywatnym	0,0450	0,0522	0,388	-0,0572	0,1473
Samozatrudnienie	0,0138	0,0726	0,850	-0,1285	0,1560
Praca w rolnictwie	0,2731	0,0734	0,000	0,1293	0,4170
Emerytura	0,3665	0,0547	0,000	0,2593	0,4737
Renta inwalidzka	1,2634	0,0876	0,000	1,0917	1,4352
Renta rodzinna	0,3314	0,1228	0,007	0,0906	0,5723
Zasiłek dla bezrobotnych	0,0850	0,2083	0,683	-0,3233	0,4932
Pomoc społeczna	0,1235	0,1928	0,522	-0,2544	0,5014
Na utrzymaniu	0,8952	0,4080	0,028	0,0954	1,6949
Samoocena sytuacji materialnej					
Ref. Bardzo dobra					
Dobra	0,3768	0,0779	0,000	0,2242	0,5296
Przeciętna	0,6908	0,0783	0,000	0,5373	0,8443
Zła	0,9475	0,0810	0,000	0,7887	1,1063
Bardzo zła	1,1499	0,0880	0,000	0,9774	1,3223
<i>Wykształcenie w latach</i>	-0,1045	0,0078	0,000	-0,1198	-0,0893
Płeć					
Ref. Kobiety					
Mężczyźni	-0,1712	0,0363	0,000	-0,2424	-0,1001
<i>Wiek</i>	0,6865	0,0239	0,000	0,6396	0,7334
Stała	-1,6324	0,1978	0,000	-2,0201	-1,2447

Tabela V. Wyniki analizy regresji logitowej wpływu wsparcia społecznego na samoocenę stanu zdrowia w 2004 roku.

Zmienna zależna: stan zdrowia gorszy niż dobry.

$R^2 = 0,2986$.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

stanem zdrowia a istnieniem sieci wsparcia społecznego w studium poświęconym społeczności Warszawy [9]. Wyjaśnienia takiej sytuacji mogą być wielorakie. Osoby niecierpiące się dobrym stanem zdrowia mogą mieć tendencje do wycofywania się z życia społecznego, podczas gdy dobry stan zdrowia jest warunkiem do prowadzenia szeroko zakrojonej aktywności społecznej. Jednocześnie życie w szerokim kręgu znajomych i przyjaciół pozwala na cieszenie się z wymiany wieloma dobrami, zarówno w wymiarze materialnymi, jak i informacyjnym, która może w czasie pogorszenia się stanu zdrowia być niezwykle przydatna, a respondenci badań sondażowych mogą być tego świadomi.

Wnioski

W ostatnich dwóch dziesięcioleciach w Polsce obserwowano niezwykle szybką poprawę stanu zdrowia populacji, co pokazują zarówno wskaźniki demograficzne, jak i wskaźniki subiektywne, opierające się na samocenie. Debata poświęcona uwarunkowaniom poprawy stanu zdrowia toczy się od lat, przy czym podkreśla się pozytywny wpływ zarówno przeciętnej poprawy sytuacji materialnej społeczeństwa, jak i efektów społecznego odczuwania dobrobytu i zmiany świadomości zdrowotnej. Ogromne znaczenie mają zmiany dietetyczne i behawioralne, jakie zachodzą w społeczeństwie, a szczególnie ważny jest rozwój społecznej świadomości korzyści płynących ze zdrowego stylu życia wspierany kampaniami zdrowotnymi podejmowanymi w mediach. Jednakże przeprowadzona analiza zmian stanu zdrowia populacji w okresie dynamicznych zmian lat dziewięćdziesiątych XX wieku i początku nowego stulecia pokazuje, że stan zdrowia jest silnie zróżnicowany w przekroju grup wykształcenia. Dynamiczna poprawa stanu zdrowia przyczynia się do zmniejszania udziału w populacji osób ze złym stanem zdrowia, ale jednocześnie zwiększają się nierówności pomiędzy grupami społecznymi szczególnie widoczne wśród osób, które mają stan zdrowia nie lepszy niż przeciętny. Niepokojącym zjawiskiem jest również tworzenie się grupy osób wykluczonych, zarówno w sensie wykształcenia, jak i stanu zdrowia. Jako że zły stan zdrowia, niski poziom wykształcenia prowadzą do akumulacji innych niekorzystnych czynników, takich jak niskie dochody czy złe warunki mieszkaniowe, grupa ta, by zapobiegać dalszej marginalizacji, powinna być adresatem złożonych działań nakierowanych na inkluzję społeczną. Analiza uwarunkowań stanu zdrowia, choć ograniczona dostępnością danych, pozwala na wskazanie pewnych istotnych kierunków możliwych interwencji, pokazując, że wśród istotnych korelatów stanu zdrowia jest zarówno sytuacja materialna i odczuwany relatywny niski poziom dochodu, brak pracy, jak i skłonność do podejmowania niezdrowych zachowań, w szczególności palenia papierosów. Jednocześnie gorszemu zdrowiu sprzyja słabość więzi społecznych i społeczna izolacja.

Przypisy

¹ Prezentowane wyniki są elementem szerszego badania zawartego w pracy: Sowa A.E., *Who's left behind? Social Dimensions of Health Transition and Utilization of Medical Care in Poland*, Maastricht University, Boekenplan 2011.

² Krzywa koncentracji opiera się na metodologii stosowanej do analizy krzywej Lorentza czy indeksu Giniego. Jest ona graficznym przedstawieniem rankingu występowania w populacji określonej cechy społecznej (w tym przypadku wykształcenia) wobec skumulowanej cechy badanej (w tym przypadku korzystania z określonego rodzaju usług medycznych). Krzywa koncentracji stosowana jest do analizy nierówności społecznych stanu zdrowia, korzystania z usług medycznych lub wydatków na zdrowie.

³ Wskaźnik koncentracji jest miarą nierówności dystrybucji cechy badanej w przekroju społecznym i jest numerycznym odpowiednikiem obszaru znajdującego się między krzywą koncentracji a linią równą dystrybucji. Krzywa koncentracji przyjmuje wartość od -1 do 1, gdzie 0 to idealnie równa dystrybucja badanej cechy w przekroju społecznym populacji.

Abstract

Social determinants of health status in Poland

Key words: health inequalities, health status, poverty, social support, unhealthy behavior

The article is devoted to recognition of social inequalities in health status in Poland in 1998 and 2004 based on statistical analysis of survey data collected by the Central Statistical Office (GUS). Social inequalities in health are discussed in the framework of theoretical approaches explaining health variations. Social gradient is measured by the level of education. The analysis shows that educational inequalities in health are not only existing, but persistent and – as in other developed countries – tend to increase over time even though the overall health status of the population has been improving. Poor health can be attributed to poverty, involvement in unhealthy behavior (especially smoking) and insufficient social networking resulting in poor social support.

Piśmiennictwo:

1. WHO, *Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen 1999.
2. Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation. Health equity action on the social determinants of health*, WHO, 2008, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html (dostęp 2.06.2012).
3. Marmot M., *Status syndrome. How your social standing directly affects your health*, Bloomsbury, London 2005.
4. Mackenbach J., *Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report prepared by the UK Presidency of the EU*, www.dh.gov.uk/publications (dostęp 2.06.2012).
5. Drever F., Whitehead M., *Health inequalities. Decennial supplement*, Office for National Statistics, London 1997.
6. Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999.
7. Erasmus M.C., *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach, EUROTHINE Final Report*, Department of Public Health, Rotterdam 2007, <http://survey.erasmusmc.nl/eurothine/index.php?id=112,0,0,1,0,0> (dostęp 2.06.2012).

8. Kawachi I., *Income inequality and health*, w: Kawachi I., Berkman L.F. (red.), *Social Epidemiology*, Oxford University Press, Oxford 2000, 76–94.
9. Ostrowska A., *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie. Wyniki badań warszawskich*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2009.
10. Pohoski M., *Ruchliwość społeczna a nierówności społeczne*, „Kultura i Społeczeństwo” 1983, październik–grudzień, XXVII, 4.
11. Zatoński W.A., Willett W., *Changes in dietary fat and declining coronary heart diseases in Poland: population based study*, „British Medical Journal” 2005; 331: 187.
12. Wagstaff A., Paci P., van Doorslaer E., *On the measurement of inequalities in health*, „Social Science and Medicine” 1991; 33, 5: 545–557.
13. GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa 2011.
14. Synowiec-Piłat M., *Zróżnicowania i nierówności społeczne a zdrowie [Social diversity and inequalities and health]*, w: Barański J., Piątkowski W. (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny [Health and illness. Selected problems of sociology of medicine]*, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2002, 89–96.
15. Golinowska S., Sowa A., *Health and morbidity in the accession countries. Country report – Poland*, 2006, http://shop.ceps.be/BookDetail.php?item_id=1415 (dostęp 2.06.2012).
16. Sowa A., *Alcohol abuse and poverty*, w: *Poverty Dynamics in Poland. Selected quantitative analysis*, CASE Reports Nr 54, Warszawa 2002, 67–90.
17. GUS, *Trwanie życia w 2010 r.*, *Informacje i opracowania statystyczne*, Warszawa 2011.
18. Mackenbach J.P., *Health inequalities: Europe in profile*, An independent, expert report prepared by the UK presidency of the EU, 2006, www.dh.gov.uk/publications (dostęp 2.06.2012).
19. Popova S., Rehm J., Patra J., Zatoński W., *Comparing alcohol consumption in Central and Eastern Europe to other European countries*, „Alcohol & Alcoholism” 2007; 42, 5: 456–473.

O autorce

Agnieszka Sowa – dr, socjolog, adiunkt w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych oraz ekspert Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych CASE. Specjalista w zakresie problemów zabezpieczenia społecznego, zajmuje się kwestiami związanymi z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej i opieki długookresowej, analizami stanu zdrowia. Realizowała liczne projekty krajowych i międzynarodowych dla Komisji Europejskiej, Międzynarodowej Organizacji Pracy, OECD.