

ANTONINA OSTROWSKA

Nierówności społeczne a zdrowie

Nierówności zdrowia – problem społeczny i badawczy

Fakt, że dobre warunki życia czy wręcz bogactwo sprzyjają dobremu zdrowiu i długiemu życiu, a bieda współwystępuje z chorobami i wysoką umieralnością, był znany ludzkości od lat. Pierwszych dowodów na to dostarczyli społeczni reformatorzy, filantropi i epidemiolodzy XIX wieku (m.in. Charles Booth, Rudolf Virchow i Fryderyk Engels), opisujący sfery ubóstwa, którego nieodmiennym korelatem były choroby, kalectwo, wszelkiego rodzaju infekcje i wysoka umieralność, szczególnie wśród dzieci. Na przestrzeni XX stulecia różne proponowane remedia miały zaradzić tej sytuacji. Jeszcze pięćdziesiąt lat temu powszechnie uważano, że intensywne działania higienizacyjne (higiena osobista, dostęp do czystej wody, kanalizacji) a zwłaszcza zapewnienie powszechnego dostępu do opieki medycznej będą w stanie spowodować ogólną poprawę stanu zdrowia, a w konsekwencji zanikanie lub przynajmniej znaczące zmniejszenie nierówności w zdrowiu. W wielu krajach, zwłaszcza skandynawskich i Wielkiej Brytanii, powszechny dostęp do świadczeń systemu medycznego zaczęto traktować jako sprawę priorytetową. Jednak jak się po latach okazało – nie rozwiązało to problemu nierówności.

Nowe spojrzenie na charakter nierówności w zdrowiu i potrzebę ich systematycznych badań zainspirowane zostało opublikowanym w 1980 roku raportem sir Douglasa Blacka (*The Black Report*), który wykazał, że choć Wielka Brytania w latach poprzedzających jego ukazanie była krajem o mało zróżnicowanym dostępie ludności do wszelkiego rodzaju świadczeń społecznych a szczególnie opieki zdrowotnej (zorganizowanego na egalitarnych zasadach *National Health Service*), nierówności w zdrowiu pomiędzy poszczególnymi klasami społecznymi nie tylko utrzymują się, ale nawet w pewnych wymiarach ulegają pogłębieniu. Posługując się dynamicznymi wskaźnikami chorobowości, umieralności niemowląt, niepełnosprawności i oczekiwanej długości życia, stwierdzono wprawdzie dokonującą się ogólną poprawę sta-

nu zdrowia Brytyjczyków, jednak okazało się, że następuje ona wyłącznie w klasach średnich i wyższych. W ciągu następnych lat, w wyniku podejmowanych badań nad nierównościami w zdrowiu, zbliżone wyniki uzyskiwano i w innych krajach, między innymi w Niemczech, Francji, Szwecji, Finlandii (Marmot 1996; Mackenbach 2005), potwierdzając w większym lub mniejszym stopniu prawidłowości odkryte w badaniach brytyjskich.

Interpretując opisane w *The Black Report* nierówności, wskazano na cztery rodzaje ich potencjalnych wyjaśnień (Aggleton 1992). Pierwsze z nich wskazywało na skomplikowany charakter pomiaru analizowanych zjawisk, w wyniku czego zaobserwowane nierówności mogły mieć do pewnego stopnia charakter artefaktu; drugie ukazywało nierówności zdrowia między poszczególnymi klasami jako skutek selekcji w procesie ruchliwości społecznej; trzecie upatrywało je w deprivacji materialnej, czwarte zaś w deprivacji kulturowej.

Wyjaśnienie upatrujące w nierównościach pewnego artefaktu jest związane ze sposobem zbierania i analizowania danych na temat zdrowia i sprowadza się do wykazania nieadekwatności metod statystycznych do skomplikowanej i wielowymiarowej materii będącej przedmiotem analiz. Sugeruje zatem, że ukazane nierówności zdrowia nie muszą w tej samej postaci istnieć w rzeczywistości, tym bardziej że nie stoją za tym żadne argumenty teoretyczne, odnoszące się do społecznych czy biologicznych źródeł nierówności.

Hipoteza selekcji społecznej wskazuje, że stan zdrowia jest niejako pierwotny w stosunku do możliwości zajęcia różnych pozycji społecznych i leży u podłoża mobilności społecznej. Pewne predyspozycje zdrowotne istnieją od urodzenia jednostek, a nawet wcześniej (przebieg ciąży matek) – wpływając na ich szanse osiągnięcia pozycji społecznych w przyszłości. W świetle tego wyjaśnienia, takie uwarunkowania jak na przykład niska waga urodzeniowa, poważne choroby niemowlęce czy incydenty chorobowe w dzieciństwie, ograniczają możliwości osiągnięcia wyższych pozycji w wieku dorosłym. Argumentacja ta swoją logiką nawiązuje więc do Darwinowskiej zasady naturalnej selekcji, w wyniku której w walce o wysoką pozycję społeczną zwyciężają „najsilniejsi”. Późniejsze sformułowania tej hipotezy wskazywały precyzyjniej na rolę czynników wyposażenia biologicznego, przede wszystkim genetyki, jako odpowiedzialnych za nierówności zdrowia¹ (Bartley 2004). Analizując założenia, z jakich wychodzi ta hipoteza, trzeba jed-

¹ Jak zauważa Bartley, na początku lat 70., kiedy powstawał raport Blacka, idea tłumaczenia nierówności w zdrowiu czynnikami biologicznymi i dziedzicznymi była wysoce niepopularna, ze względu na ciągle jeszcze żywe wspomnienia Holocaustu i jego ideologii eliminującej jednostki obciążone genetycznie chorobami czy niepełnosprawnością.

nak stwierdzić, że pomimo wielu badań potwierdzających występowanie związku między stanem zdrowia we wczesnych okresach życia z osiągnięciem przyszłej pozycji społecznej (Aggleton 1992), nie jest ona w stanie wyjaśnić genetyki wszelkich nierówności między klasami społecznymi w zakresie zdrowia i długości życia. Trudno bowiem przyjąć (a wynikałoby to z powyższego rozumowania), że zdrowie jest wyłącznie genetyczną czy biologiczną właściwością, w znacznym stopniu niezależną od czynników społecznych i ekonomicznych (Hart 1993).

W miarę podejmowania coraz wnikliwszych badań zarówno hipoteza koncentrująca się na materialnych warunkach życia, jak i hipoteza społeczno-kulturowa zyskiwały sobie coraz więcej uszczegółowień. Poszczególne obszary wyjaśnień koncentrowały się zarówno na ustaleniu wzajemnego wpływu poszczególnych, pojedynczych zmiennych z każdego obszaru, jak i ich współwystępowaniu.

Związek relatywnie gorszego stanu zdrowia klas niższych z deprywacją materialną (a więc gorszymi warunkami życiowymi, mieszkaniowymi, gorszymi warunkami pracy, większą ekspozycją na czynniki szkodliwe, gorszym odżywianiem, słabszym zabezpieczeniem socjalnym), a także ograniczonym dostępem do wszechstronnej opieki zdrowotnej, jest dobrze udokumentowany zarówno na poziomie jednostkowym, jak i makrospołecznym. Dochód narodowy mierzony wielkością PKB na jednego mieszkańca wyjaśnia największy odsetek zmienności wskaźników zdrowia między krajami, a standaryzowane wskaźniki umieralności w wielu krajach od lat wykazują wyraźny związek z poziomem dochodu mieszkańców. Jednak nowsze badania wykazały, że zależności te są bardziej złożone. Sposób odżywiania się jest na przykład zarówno funkcją zamożności, jak i pewnych wzorów kulturowych, wczesnych nawyków oraz preferencji osobniczych, a poza tym spożywanie znacznych ilości drogich pokarmów niekoniecznie przyczynia się do zdrowia. Nie mniej ważną rolę pełni tu, jak się okazało, posiadane wykształcenie. Badania te pokazały więc, że poszczególne składniki pozycji społecznej w pewnych sytuacjach działają rozdzielnie. Ujawniły też rolę zmiennych socjalizacyjnych i kulturowych. Doprowadziło to do tworzenia nowych modeli czynników determinujących stan zdrowia, a także identyfikacji specyficznych grup ryzyka, których wyróżnikiem jest niekoniecznie – lub nie wyłącznie – sytuacja materialna.

Zmiany obrazu chorób, odkrycia nowych czynników ryzyka i nowych uwarunkowań zdrowia oraz mechanizmów transmitujących je na odpowiednie funkcjonowanie i samopoczucie człowieka, a także coraz rozleglejsza wiedza na temat społecznego zjawiska biedy sprawiają, że nieustannie wyłaniają się nowe pytania o naturę relacji między nimi, na które wciąż nie zna-

leżono ostatecznej odpowiedzi. Które 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 chorobę i tolerancja jej objawów wśród osób dysponujących odmiennymi zasobami materialnymi? Jaką rolę pełni deprivacja dostępu do opieki zdrowotnej, a zatem uczestnictwa w systemie dostępnych świadczeń? Na ile wreszcie o kształcie tej zależności decyduje kontekst lokalny czy poziom rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju?

Wielość tych pytań, ich praktyczna doniosłość dla polityki zdrowotnej, a zarazem kontekst kulturowo-systemowy sprawiają, że są to nie tylko pytania ważne, ale także interesujące dla porównań międzynarodowych. W tym aspekcie na ubóstwo połączone ze złym stanem zdrowia warto także spojrzeć z nieco szerszej perspektywy, a mianowicie związków między stratyfikacją społeczną a zdrowiem w ogóle. Relacje struktury społeczno-zawodowej z umieralnością i chorobowością różnią się bowiem między poszczególnymi krajami. Porównanie dziewięciu krajów Europy Zachodniej przeprowadzone przez Mackenbacha i innych (1997) wykazało na przykład, że największe nierówności w tym względzie istnieją we Francji i Finlandii, najmniejsze zaś – w Danii i Szwajcarii. Wynik ten jest o tyle zaskakujący, że kraje o wysoko rozwiniętym potencjale „welfare state” i tradycjach egalitarnej polityki zdrowotnej (Wielka Brytania, Szwecja), zapewniające liczne świadczenia socjalne i najbardziej ujednoliconą opiekę zdrowotną, zajęły tylko pośrednie pozycje w znoszeniu nierówności społecznych w zdrowiu. Pośrednio potwierdza to tezę o rozleglejszym wpływie czynników stylu życia i środowiska w stosunku do efektów medycyny naprawczej. Nie ma jak dotychczas podobnego porównania, w którym uwzględniono by także nierówności z Polski czy Europy Środkowo-Wschodniej.

W Polsce nie zbiera się danych statystycznych ani nie prowadzi systematycznych badań dotyczących nierówności w zdrowiu związanych z pozycją społeczną. Rutynowe dane statystyczne dotyczące długości życia, zachorowalności, umieralności czy umieralności niemowląt, powszechnie używane do oceny stanu zdrowia różnych populacji, są u nas zbierane na ogół w podziale na wiek, płeć i przekroje terytorialne. Natomiast dane pochodzące z badań epidemiologicznych często sprowadzają informacje na temat pozycji społecznej do podziału na pracowników fizycznych i umysłowych, a więc kategorii niewystarczających z punktu widzenia niezbędnych analiz. Źródłem dostępnych informacji na ten temat są wyłącznie pojawiają-

ce się nieregularnie badania socjologiczne. Sprawia to, że problem nierówności społecznych w zdrowiu znika z pola widzenia opinii publicznej i polityki społecznej.

Kwestia nierówności w sferze zdrowia jest coraz częściej podnoszona jako jeden z ważniejszych problemów zdrowotnych na świecie. Coraz częściej w polityce zdrowotnej współczesnych społeczeństw pojawiają się postulaty eliminowania lub przynajmniej zmniejszania istniejących różnic, przede wszystkim zaś tych, które związane są z zajmowaną pozycją społeczną. Z punktu widzenia społecznej dystrybucji dóbr czy sprawiedliwości społecznej inna jest bowiem ocena różnic w stanie zdrowia wynikłych choćby z naturalnego procesu starzenia się organizmu ludzkiego, a inna różnic – czy raczej nierówności – związanych ze społecznym usytuowaniem jednostki w strukturze społecznej. Nie jest oczywiście tak, że za różnice w stanie zdrowia młodszego i starszego pokolenia odpowiedzialne są wyłącznie czynniki biologiczne. Istotne dla ich zdrowia są także warunki życia czy dostęp do opieki zdrowotnej, które wyznaczane są ich statusem w obrębie społeczeństwa. Nierówności zdrowia związane najogólniej biorąc z przynależnością klasową mogą być jednak wyjaśniane niemal wyłącznie czynnikami społecznymi i mają swoje źródło w stratyfikacji społecznej. Wskaźniki chorobowości czy umieralności pokazują tym samym, w jak znacznym stopniu zdrowie jest wytworem społeczeństwa, produktem społecznym (Ostrowska 1999).

W tym kontekście warto poświęcić nieco uwagi wzajemnym relacjom między społecznymi determinantami stanu zdrowia a determinantami nierówności w zdrowiu. Nie muszą one bowiem być tożsame. Spośród wielu czynników i procesów społecznych, które oddziałują na zdrowie, jedynie niektóre mogą wydatnie przyczynić się do zmniejszenia istniejących dystansów między poszczególnymi kategoriami społecznymi. Można inicjować działania mające poprawiać wskaźniki zdrowotne całych społeczeństw, które jednak nie zmniejszą różnic między ich bardziej i mniej uprzywilejowanymi grupami społecznymi (Graham 2004). Tak więc zmniejszanie nierówności społecznych w zdrowiu musi się przede wszystkim koncentrować na źródłach nierówności społecznych, które w konsekwencji prowadzą do nierówności w dostępie do zdrowia, i na specyficznych kategoriach społecznych, znajdujących się w niekorzystnej sytuacji. Studia poświęcone kumulacji negatywnych czynników zdrowotnych w doświadczeniach biograficznych wskazują z kolei, że ryzyko złego zdrowia pojawia się bardzo wcześnie, może być poza tym społecznie dziedziczone, tak jak dziedziczy się biedę. Nierówności w zdrowiu zaczynają się bardzo wcześnie i jak pokazują dane z wielu krajów europejskich trwają – z różnym nasileniem – do końca życia (Mackenbach 2005).

Społeczne interwencje mające prowadzić do redukcji nierówności w zdrowiu muszą więc być dokonywane z uwzględnieniem wielu różnych sfer życia. W przedstawionej tu analizie skupię się przede wszystkim na czynnikach i zasobach psychospołecznych, których wpływ na zdrowie jest systematycznie dokumentowany w badaniach socjomedycznych i co do których możemy przypuszczać, że nierównomiernie rozkładają się w niższych i wyższych warstwach społecznych. Nie będę się więc koncentrowała na negatywnym wpływie na stan zdrowia niedoborów finansowych, złych warunków mieszkaniowych, niedożywienia czy szkodliwych warunków pracy (hałas, zanieczyszczenie powietrza, podnoszenie i przenoszenie ciężarów, monotonia pracy *etc.*). W sposób oczywisty stanowią one bezpośredni czynnik ryzyka wielu chorób, a ich negatywny wpływ wzmagają się w procesie dziedziczenia ubóstwa przez następne pokolenia, urodzone i trwające w ubóstwie (Lahelma 2001). Determinantów nierówności w zdrowiu będziemy poszukiwać raczej wśród czynników psychospołecznych i kulturowych, różnicujących osoby o różnej pozycji społecznej, a warunkujących podatność na choroby i wyznaczających zachowania w zdrowiu i chorobie.

Bazę empiryczną do poniższych rozważań stanowią będą wyniki badania nad warunkami życia i stanem zdrowia mieszkańców Warszawy. Zrealizowano je na przełomie roku 2003/2004, na losowo dobranej próbie 2013 dorosłych osób². W badaniu tym czynniki położenia społecznego traktowane są jako determinanty zdrowia, choć oczywiście zależność między nimi może mieć charakter dwukierunkowy. Zarówno stan zdrowia, jak i zmienne określające położenie materialne, a szczególnie ubóstwo, mogą więc pełnić odpowiednio rolę zmiennych niezależnych i zależnych. Niemniej jednak warto podkreślić, że badania nad wzajemnymi relacjami zdrowia i ubóstwa wskazują, że statystycznie częściej występują sytuacje, w których ubóstwo determinuje gorszy stan zdrowia (Vagero 1992).

Zdrowie i jego zróżnicowanie wśród mieszkańców Warszawy

Wybór metropolii do badań nad zależnością między zróżnicowaniem społecznym a stanem zdrowia nie jest przypadkowy. W wielkich miastach świa-

² Badania te stanowiły część międzynarodowego projektu poświęconego badaniu zależności między zdrowiem, nierównościami społecznymi i dezintegracją społeczną w metropoliach.

ta bowiem istnieją największe skupiska biedy, tu też obserwuje się największe kontrasty społeczne. W Polsce wiele mówi się na temat – dobrze zanalizowanego przez socjologów – zjawiska biedy wiejskiej i małomiasteczkowej, biedy szczególnie widocznej na byłych terenach popegeerowskich. W ostatnich latach taka lokalizacja biedy dominowała na społecznej mapie naszego kraju. Doświadczenia krajów zachodnich wskazują jednak na przesuwanie się biedy w kierunku centrów wielkomiejskich, w których pojawia się coraz bardziej widoczna *underclass*. Można oczekiwać, że i w Polsce wielkie miasta i ich obrzeża staną się głównymi skupiskami ludzi skrajnie ubogich, bezdomnych i zmarginalizowanych społecznie. Trudno powiedzieć, na ile procesy takie już w Warszawie zachodzą. Najprawdopodobniej jednak będzie się ona stawać terenem wyraźnych różnicowań społecznych, widocznych także w sferze zdrowia – i problem ten niewątpliwie wart jest badań w następnych latach.

Aktualnie, oficjalne statystyki pokazują, że na tle Polski Warszawa i warszawiacy zajmują unikalną pozycję. Już teraz średnia dochodów osobistych na jednego mieszkańca w województwie mazowieckim sięga 170% średniej krajowej (po odjęciu miasta stołecznego tylko 96%), podczas gdy uboższe województwa tak zwanej ściany wschodniej mają tylko około 60% średniej. W mieście stołecznym nie tylko skoncentrowany jest kapitał państwowy, stolica monopolizuje także napływający do kraju kapitał zagraniczny. Spośród 2000 największych firm z listy „Rzeczpospolitej” z 2004 roku aż 513 ma swoją siedzibę w Warszawie (Surażska 2005). Jest więc Warszawa miastem największych możliwości dla uruchamiania przedsiębiorczości, „dorabiania się”, indywidualnych karier, nowych stylów życia i wzorów konsumpcji, jest także miastem o najwyższym poziomie nasycenia usługami opieki zdrowotnej, szczególnie wysoko specjalistycznej. Sytuacja ta skłania do postawienia pytania o zdrowie mieszkańców „zasobnej” Warszawy i o istnienie obserwowalnych nierówności w tym względzie, a także zachęca do podejmowania przyszłych badań ich dynamiki.

Punktem wyjścia do dalszych rozważań będzie zaprezentowanie różnych aspektów stanu zdrowia mieszkańców Warszawy i istniejących w tym względzie różnicowań. Podstawą tej „diagnozy” będą cztery skale samooceny: ogólnego stanu zdrowia, zdrowia somatycznego (fizycznego), zdrowia psychicznego oraz zdrowia funkcjonalnego (utożsamianego ze zdolnością do pełnienia podstawowych ról społecznych, adekwatnych do cyklu życia). Respondenci dokonywali samooceny na czteropunktowych skalach, od „bardzo dobry” (wartość 4), do „bardzo zły” (1) stan zdrowia. Pierwszy z tych wymiarów dotyczy najbardziej ogólnej percepcji zdrowia, drugi zdrowia somatycznego (dolegliwości fizycznych), trzeci zdrowia i samopoczucia psy-

chicznego³, a ostatni może być traktowany jako wskaźnik niepełnosprawności. 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 badanych.

Na wstępie odnotujmy, że – zgodnie z oczekiwaniami – przeciętne oceny zdrowia mieszkańców Warszawy (które jesteśmy w stanie porównać z wynikami badań ogólnopolskich z 2004 roku⁴) prezentują się korzystniej niż wśród ogółu Polaków. By usytuować te wyniki w szerszym kontekście, warto wskazać, że oceny 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)⁵. Wyniki badań warszawskich – a szczególnie istniejących różnic w zdrowiu – odbiegają więc od sytuacji w kraju.

Ta ogólnie korzystna sytuacja Warszawy nie oznacza oczywiście, że nie występują tu niedostatek i choroby lub że zjawiska te pojawiają się niezależnie od siebie. Pokazują to dane tabeli 1, przedstawiającej różnice stanu zdrowia lepiej i gorzej sytuowanych mieszkańców Warszawy. Analizując zależności między położeniem materialnym i stanem zdrowia, posługuję się podziałem na pięć klas zamożności, ustalonym na podstawie dochodowych i pozadochodowych wskaźników sytuacji materialnej⁶, natomiast wszystkie

³ Ocena samopoczucia psychicznego w dłuższej jednostce czasu może być traktowana jako niekliniczny wskaźnik zdrowia psychicznego (por. Czapiński 2000).

⁴ Badanie zrealizowane w ramach polskiej edycji Europejskiego Sondażu Społecznego (ESS) na losowo dobranej próbie 1500 jednostek).

⁵ Obliczenia własne, na podstawie wyników II edycji badania European Social Survey. Wyniki dostępne na: www.europeansocialsurvey.org.

⁶ 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 nich osób, sytuacji pracy, korzystania ze wsparcia pomocy społecznej, pobierania zasiłków dla bezrobotnych i rent inwalidzkich, o poziomie wykształcenia, sytuacji mieszkaniowej (forma własności, standard, zagęszczenie), wyposażenie w dobra trwałego użytku, oraz ocen różnych materialnych wymiarów życia. Zmienne poddano analizie korelacyjnej i czynnikowej z rotacją varimax. W pierwszej, najuboższej, klasie znalazło się 6% badanych, w drugiej – 16%, w trzeciej – średniej – 55% badanych, w czwartej – 17% badanych 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.

wskaźniki stanu zdrowia są elementem oceny własnej respondentów. W poniższej i dalszych tabelach osoby biedne rekrutują się z pierwszej i drugiej klasy zamożności, a osoby zamożne – z czwartej i piątej.

Tabela 1. Stan zdrowia w skrajnych grupach zamożności (w %)

Zdrowie	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
Mniejsza odporność na choroby	18,7	12,1

Wszystkie wyżej przedstawione oceny, odnoszące się do różnych wymiarów zdrowia, wskazują na gorszą sytuację osób biednych. Na szczególną uwagę zasługują szczególnie duże różnice pomiędzy obydwiema grupami w zakresie stanu uzębienia i deficytu świadczeń stomatologicznych. W grupie uboższych przeważają osoby, których uzębienie jest niekompletne lub wymagające leczenia, a braki w uzębieniu są rzadziej uzupełniane protetyką. Różnice te utrzymują się przy kontroli wieku, a ich interpretacja powinna uwzględniać zarówno wpływ czynników materialnych (utrudniony dostęp do publicznej służby zdrowia w połączeniu z wysokimi kosztami leczenia prywatnego), jak i wzorów kulturowych. Przedstawiciele niższych klas społecznych częściej traktują swoje uzębienie wyłącznie w aspekcie funkcjonalnym niż również estetycznym. Różnice te zmniejszają się nieco, gdy wziąć pod uwagę płeć; kobiety (także z niższych warstw społecznych) bardziej dbają o zęby i kompletność uzębienia niż mężczyźni, co być może łączy się z większą wagą przywiązywaną przez nie do urody, ale także większą dbałością kobiet o całą sferę zdrowia.

W tabeli 2 przedstawiam te zależności w modelu regresji logistycznej⁷, w której zmienną wyjaśnianą jest stan uzębienia (definiowany w postaci po-

⁷ W tej i pozostałych tabelach parametry regresji logistycznej przedstawione są w postaci wykładniczej, gdzie wielkości wyższe od 1 wskazują na zależności dodatnie, a niższe od 1 – zależności ujemne.

działu na osoby mające zęby zdrowe, wyleczone, z uzupełnionymi brakami – kodowane 1 – i pozostałe osoby), a zmiennymi wyjaśniającymi są płeć, wiek, poziom wykształcenia (skala 9 poziomów od niepełnego podstawowego do ukończonego wyższego) i skala zamożności. Zwraca uwagę fakt, że wszystkie te zależności są istotne statystycznie. Stosunkowo najsilniejszym predyktorem stanu uzębienia jest płeć, a następnie poziom zamożności, który silniej różnicuje jakość uzębienia od poziomu wykształcenia, a nawet wieku. Wskazuje to na znaczną rolę ograniczeń finansowych w dostępie do płatnej opieki stomatologicznej.

Rzecz jasna najlepszym wskaźnikiem usytuowania w strukturze społecznej jest pozycja zawodowa, którą jednak w tej – i we wszystkich pozostałych przedstawionych tu – analizach pomijam. Okazuje się, że przynależność zawodowa bardzo słabo (w nieznaczącym statystycznie stopniu) różnicuje zdrowie somatyczne, psychiczne i inne jego aspekty. Wystarczy powiedzieć, że wartość współczynnika korelacji wielorakiej (R^2) dla modelu regresji, w którym zdrowie psychiczne jest zjawiskiem wyjaśnianym przez przynależność zawodową, zdefiniowaną w postaci podziału na sześć kategorii (zestaw zmiennych zero-jedynkowych), wynosi zaledwie 0,01 i nie jest statystycznie istotna. Nie rozwijając tego interesującego wątku, odnotujmy, że populacja mieszkańców Warszawy okazuje się stosunkowo mało zróżnicowana z punktu widzenia stratyfikacji społeczno-zawodowej w dziedzinie dostępu do zdrowia, a przynajmniej dotyczy to analizowanych przeze mnie aspektów zdrowotności.

Tabela 2. Stan uzębienia mieszkańców Warszawy. Predyktory dobrego stanu uzębienia w modelu regresji logistycznej.

Predyktory	exp(b)
płeć (kobiety = 1, mężczyźni = 0)	2,06***
wiek (lata)	0,98***
poziom wykształcenia	1,10**
klasy zamożności	1,48***
Constant	0,55

Log-likelihood 2049,5; dla 4 stopni swobody
76% przypadków właściwie sklasyfikowanych przez model

** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Inną ważną miarą stosowaną do oceny stanu zdrowia populacji jest częstość występowania poszczególnych schorzeń. Przy poszukiwaniu społecznych czynników odpowiedzialnych za dystrybucję zdrowia i choroby warto więc jeszcze spojrzeć na występowanie i społeczne korelaty najbardziej powszechnych jednostek chorobowych. Tak jak w całej Polsce, wśród mieszkańców Warszawy najczęściej pojawiają się choroby serca i układu krążenia oraz nadciśnienie tętnicze. Do najczęściej deklarowanych schorzeń należą także choroby stawów i kości oraz żołądka, jelit i układu pokarmowego. Czynniki materialny – podobnie jak w przypadku stanu uzębienia – wnoszą także zróżnicowanie do częstości występowania poszczególnych chorób wśród mieszkańców Warszawy; ponad połowa spośród 18 analizowanych w badaniu jednostek chorobowych pojawiała się częściej wśród osób biednych (w dwóch najniższych kategoriach zamożności)⁸. Tabela 3 ukazuje zależności między występowaniem czterech najczęstszych chorób przewlekłych a zmiennymi demograficznymi, poziomem wykształcenia i klasą zamożności.

Tabela 3. Regresje logistyczne występowania czterech najczęściej deklarowanych schorzeń. ze względu na płeć, wiek, poziom wykształcenia i klasy zamożności

Predyktory	Choroby serca układu krążenia exp(b)	Nadciśnienie tętnicze exp(b)	Choroby stawów, kości exp(b)	Choroby żołądka, jelit exp(b)
pleć				
(kobiety = 1, mężczyźni = 0)	1,38*	1,09	1,31**	1,28*
wiek (lata)	1,08**	1,07**	1,05 **	1,03**
poziom wykształcenia	0,98	0,93	0,96	0,94
klasa zamożności	0,77**	1,04	0,74**	0,78*
Constant	0,01	0,01	0,03	0,05
Log-likelihood dla df 4	1431,7	1585,5	1813,1	1348,5
% przypadków właściwie sklasyfikowanych przez model	83,5	80,2	79,2	88,5

* p< 0,05 ** p< 0,01

⁸ Były to następujące choroby: układu serca i krążenia, stawów i kości, oskrzeli lub płuc, układu pokarmowego, wątroby i woreczka żółciowego, nerek lub pęcherza, skóry, systemu nerwowego, depresje oraz niedożywienie lub otyłość.

Częstość występowania wszystkich analizowanych schorzeń rośnie z wiekiem, co jest zrozumiałe, jeżeli wziąć pod uwagę, że u ich podstaw leżą przyczyny o charakterze degeneracyjnym. Rola płci uwidacznia się szczególnie silnie w przypadku chorób serca oraz schorzeń stawów i kości, za które w znacznej mierze odpowiedzialne są powszechniejsze wśród kobiet choroby reumatyczne i choroby kręgosłupa. Przyczyny tej szczególnej podatności kobiet na te właśnie schorzenia nie są dokładnie rozpoznane, warto jednak zauważyć, że stanowią tę grupę chorób, które nie prowadząc bezpośrednio do śmierci, upośledzają znacząco jakość życia dotkniętych nimi jednostek. Ich szczególne nasilenie wśród kobiet stanowi jeden z argumentów na rzecz tezy, że zdrowie kobiet pomimo przeciętnie dłuższego ich życia nie może być interpretowane jako lepsze od zdrowia mężczyzn (Ostrowska 1999).

Wśród zmiennych charakteryzujących pozycję społeczną ważniejszy od wykształcenia okazuje się poziom zamożności, związany w sposób istotny z występowaniem chorób układu kostnego, krążenia i układu pokarmowego. Choroby te (a szczególnie dwie ostatnie), klasyfikowane jako choroby cywilizacyjne, stanowią jednocześnie grupę schorzeń silnie determinowanych przez styl życia i określanych jako „choroby z wyboru”. Ich częstsze pojawianie się wśród osób o niższym poziomie zamożności sugeruje częstszą wśród nich obecność niewłaściwych sposobów odżywiania, stosowanie używek (szczególnie palenie tytoniu) i problemy z przewlekłym stresem. Fakt, że jednocześnie nie zaobserwowano współzależności między występowaniem tych chorób z poziomem wykształcenia sugeruje, że nasilenie wyżej wspomnianych czynników ryzyka ma charakter sytuacyjny i nie wynika z braku odpowiedniej edukacji zdrowotnej.

Inną miarą rozpowszechnienia chorób przewlekłych w poszczególnych segmentach społeczeństwa jest ich współwystępowanie. Wśród mieszkańców Warszawy prawie połowa nie deklaruje występowania żadnej choroby (43,1%), natomiast 21,7% osób wymienia jedną. Jeśli chodzi o jednoczesne współwystępowanie kilku chorób, to dane przedstawiają się następująco: 13,1% – dwie choroby, 9,1% – trzy choroby, 4,8 – cztery choroby, a pięć i więcej – 8,1%. Z punktu widzenia naszych rozważań warto postawić pytanie, na ile za te różnice są odpowiedzialne cechy demograficzne, na ile zaś – społeczne. Wyniki analizy regresji, których tu nie przedstawiam, wskazują, że współwystępowanie wielu chorób przewlekłych jest uzależnione od wieku, a także, w mniejszym stopniu, od płci (jak już wspominaliśmy, współczynniki chorobowości kobiet są wyższe niż mężczyzn)⁹. Jednak przy

⁹ Jest to model regresji liniowej, gdzie zmienną wyjaśnianą jest liczba chorób.

kontroli wieku i płci, liczba tych chorób wzrasta także z obniżaniem się kategorii zamożności (metryczny współczynnik regresji dla zamożności wynosi $-0,15$).

Omówione zmienne charakteryzujące różne aspekty zdrowia stały się podstawą konstrukcji sumarycznego wskaźnika stanu zdrowia. Analiza czynnikowa pozwoliła wyodrębnić wśród nich dwa niezależne wymiary¹⁰. 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. Przyjrzymy się na wstępie zdrowiu somatycznemu. W przedstawionych poniżej modelach regresji liniowej zmiennymi wyjaśniającymi różnice w zdrowiu są: wiek, płeć, wykształcenie, zamożność i inne związane z usytuowaniem na rynku pracy.

W modelu regresji przedstawionym w tabeli 4, na uwagę zasługuje przede wszystkim dość oczywista i istotna zależność między zdrowiem somatycznym i wiekiem. Wskazuje ona, że z każdym upływającym rokiem życia mieszkańców Warszawy ich zdrowie pogarsza się o 0,02 punktu (na 4-punktowej skali zdrowia). Wiek jest więc niewątpliwie znaczącym predyktorem zdrowia somatycznego. Wśród zmiennych charakteryzujących pozycję społeczną, stosunkowo największa rola w wyjaśnianiu poziomu zdrowia przypada wykonywaniu pracy zawodowej. W sposób oczywisty, osoby o gorszym stanie zdrowia częściej pozostają poza rynkiem pracy, ale warto jednak także wskazać, że sam fakt wykonywania pracy – funkcjonowanie w roli zawodowej – sprzyja dobremu zdrowiu i funkcjonowaniu społecznemu, co wykazało wiele badań. Stosunkowo mniejsze znaczenie w powyższym modelu analizy odgrywa doświadczenie dłuższego (ponad 1 rok) bezrobocia. Jest to niewątpliwie związane ze specyfiką Warszawy; poziom bez-

¹⁰ Pierwszy wymiar wyjaśniał 31,6% całkowitej zmienności, drugi 29,7%. W pierwszym wymiarze dobre zdrowie jest charakteryzowane jego ogólną, pozytywną oceną i brakiem dolegliwości oraz 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 psychiczne i częstota występowania różnych stanów psychicznych tworzy drugi z wyodrębnionych wymiarów. Dobre zdrowie psychiczne charakteryzuje się tu ogólnie dobrym samopoczuciem oraz brakiem niekorzystnych stanów i cech depresyjnych: doświadczania uczucia smutku i przygnębienia, apatii, utraty zainteresowań, braku energii i stałego zmęczenia.

robocia 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 więc mieć statystycznie widocznych konsekwencji dla zdrowia badanych, i można oczekiwać, że rola tej zmiennej byłaby większa w badaniach o zasięgu krajowym.

Tabela 4. Zdrowie somatyczne. Metryczne współczynniki w modelu regresji liniowej

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 ²	0,20

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

Stosunkowo słabszym wyznacznikiem zdrowia somatycznego jest płeć. Zdrowie kobiet (niezależnie od wieku i pozycji społecznej) przedstawia się mniej korzystnie niż zdrowie mężczyzn, co potwierdza ustalenia płynące z licznych statystyk zdrowotnych w krajach rozwiniętych, ale różnice między płciami nie są duże. Fakt, że „czysty” wpływ płci – po uwzględnieniu wpływu innych czynników – jest stosunkowo niewielki, sugeruje, że różnice w zdrowotności mężczyzn i kobiet są w większym stopniu wytworem odmienności społecznych warunków, w jakich żyją, niż elementem odmiennego wyposażenia biologicznego.

Na stosunkowo niskim, choć znaczącym, poziomie kształtowały się też zależności między zdrowiem somatycznym a wykształceniem. Wraz z przesuwaniami się na kolejne, wyższe poziomy, wykształcenia zdrowie somatycz-

ne poprawiało się o 0,03 punktu. Na podobnym poziomie kształtowała się siła związku z zamożnością – biorąc pod uwagę, że skala zamożności ma tylko 5 kategorii (a wykształcenie 9). Przesuwanie się do kolejnych klas zamożności związane było ze wzrostem samooceny zdrowia o 0,07. Siła bezpośrednich zależności między oceną zdrowia a zamożnością i poziomem wykształcenia okazuje się niska, co nie oznacza, że jest ona niska w ogóle. Należy pamiętać, że nie uwzględniamy tu całkowitego wpływu tych zmiennych na stan zdrowia, obejmującego między innymi zależności pośrednie, dokonujące się za pośrednictwem innych zmiennych uwzględnionych w ramach tego modelu.

Warto – tytułem dygresji – odnotować występowanie znaczącego związku między subiektywną oceną własnej sytuacji materialnej a stanem zdrowia – na co wskazują wyniki analizy regresji uzyskane w ramach analogicznego modelu, w którym klasę zamożności zastąpiono oceną sytuacji materialnej. Metryczny współczynnik dla subiektywnej oceny sytuacji materialnej (skala od 1 do 4) wyniósł 0,09 (przy kontroli zmiennych uwzględnionych w modelu z tabeli 4), co z punktu widzenia czynników negatywnie oddziałujących na zdrowie akcentuje rolę poczucia deprywacji materialnej dla postrzegania swojego zdrowia.

Kolejnym obszarem naszych rozważań będzie zdrowie psychiczne. W omawianym badaniu głównymi wskaźnikami zaburzeń zdrowia psychicznego było stałe odczuwanie stanu przygnębienia, utraty zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności, oraz stanu permanentnego zmęczenia i utraty energii. Z syntetycznym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego było też skorelowanych wiele dodatkowych, raportowanych objawów – takich jak zmiany apetytu, zaburzenia snu, zwiększony niepokój lub podniecenie czy trudności z koncentracją i podejmowaniem decyzji.

W badaniu interesowało nas przede wszystkim pytanie o różnice 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 się w przypadku występowania takich objawów jak smutek, przygnębienie, poczucie apatii czy obniżonej wartości, a więc charakterystycznych dla osób wycofanych i „przegrywanych”. Osoby biedne deklarują ich występowanie dwukrotnie częściej niż bogatsze. Wynik ten prowokuje pytanie, na ile różnice te można wyjaśnić wyłącznie sytuacją materialną badanych, a na ile mają tu wpływ inne współwystępujące z sytuacją materialną cechy obu porównywanych grup?

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. Z kolei bardziej widoczna jest rola płci, to znaczy zdrowie psychiczne kobiet jest wyraźnie gorsze niż mężczyzn. Widać wpływ sytuacji materialnej; korzystniejsza (wyższy wskaźnik zamożności) sprzyja nieco lepszemu samopoczuciu. Podobnie jak w przypadku zdrowia somatycznego 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 tu) modelu regresji wynosi 0,14. Tak więc wynik ten potwierdza intuicyjną wiedzę, że subiektywna ocena sytuacji życiowej ma większe znaczenie dla dobrostanu psychicznego niż wymiary sytuacji obiektywnej. Nie widać natomiast znaczącego związku między wskaźnikami dobrego zdrowia psychicznego a wykształceniem.

Tabela 5. Zdrowie psychiczne mieszkańców Warszawy. Metryczne współczynniki w modelu regresji liniowej

Predyktory	b
płeć (mężczyźni = 1, kobiety = 0)	-0,20***
wiek (liczba lat)	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^2	0,03

* $p < 0,05$ *** $p < 0,001$

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, nasuwając

metodologiczną refleksję, że przyszłe analizy zróżnicowania stanu zdrowia psychicznego mieszkańców Warszawy powinny uwzględniać odmienny zestaw zmiennych wyjaśniających.

Psychospołeczne determinanty zdrowia i ich zróżnicowanie

Badania nad psychospołecznymi uwarunkowaniami zdrowia inspirowane były w znacznej mierze teorią stresu, a zwłaszcza rolą stresu w etiologii wszystkich niemal chorób przewlekłych. W odniesieniu do zróżnicowań stanu zdrowia w poszczególnych klasach społecznych wskazywano na dwa możliwe rodzaje wyjaśnień: tak zwaną hipotezę narażenia i hipotezę podatności (Kessler i Cleary 1980; Weiss i Lonnquist 2000). Pierwsza z nich zwracała uwagę na fakt, że osoby z niższych klas społecznych są bardziej narażone na stresujące wydarzenia życiowe, związane choćby z trudami codziennej egzystencji, druga wskazywała, że doświadczane stresy mają bardziej negatywny na nie wpływ. Szczególnie wskazywano tu na większą podatność osób z niższych klas społecznych na destrukcyjne oddziaływanie stresu ze względu na nieefektywne strategie zmagania się z stresem i mniejszą dostępność wsparcia społecznego.

Drugim nurtem poszukiwań psychospołecznych determinant zdrowia były badania nad zachowaniami otaczającymi zdrowie i chorobę. Z jednej strony polegały one na śledzeniu różnic w realizacji zachowań prozdrowotnych i ryzykownych dla zdrowia (podejście behawioralne), z drugiej zaś analizowały świadomość zdrowotną, sposoby reagowania na symptomy chorobowe, wzory korzystania z opieki zdrowotnej, prozdrowotne praktyki socjalizacyjne i miejsce zdrowia w hierarchii wartości (podejście społeczno-kulturowe). Badania realizowane w ramach obu tych podejść dokumentują niekorzystne z punktu widzenia zdrowia układy tych czynników w niższych warstwach społecznych (Bartley 2004).

Elementy obu tych nurtów znalazły swoje odzwierciedlenie w badaniu warszawskim. Próbując wyjaśnić różnice w stanie zdrowia pomiędzy osobami rekrutującymi się z porównywanych klas zamożności, odwołamy się do informacji na temat sposobów korzystania z opieki medycznej, odmiernościach relacji pacjent–lekarz, stopnia realizacji zaleceń prozdrowotnego stylu życia czy doświadczania traumatycznych zdarzeń życiowych, które wszak także nie są wolne od kontekstu strukturalnego. 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 otaczającą rzeczywistość społeczną, trudności, jakie

ona niesie i związane z nimi stresy¹¹. Wszystkie te zależności będziemy rozpatrywać całościowo, uwzględniając je na zakończenie analiz w ramach jednego modelu, ukazującego ich relatywną ważność w wyjaśnianiu nierówności zdrowia.

Relacje pacjentów z systemem medycznym

Relacje pacjentów z systemem medycznym stanowią jedno z ważnych źródeł nierówności społecznych w sferze zdrowia i posiadają oczywiste dla zdrowia konsekwencje. Wiele badań wskazuje, że pacjenci z niższych warstw społecznych napotykają więcej ograniczeń w dostępie do służby zdrowia, a już nawiązany kontakt i poziom osiągniętej komunikacji z personelem medycznym są w ich przypadku mniej satysfakcjonujące, niż ma to miejsce w przypadku przedstawicieli klas średnich (Cassel 1986; Cockerhan 1986). Ma to wpływ zarówno na opóźnienia w diagnozowaniu, jak i mniejszą skuteczność leczenia oraz zapobiegania negatywnym konsekwencjom chorób. Ważnym aspektem analizy dostępności opieki zdrowotnej i nierówności w korzystaniu z niej jest także realizacja badań profilaktycznych. Wiele występujących współcześnie chorób poddaje się całkowitemu wyleczeniu tylko we wczesnych, praktycznie bezobjawowych stadiach. Tymczasem profilaktyczne wizyty u lekarzy różnicują pacjentów o różnej pozycji społecznej znacznie wyraźniej niż odwiedzanie lekarzy w celach leczniczych, i jest to prawidłowość występująca w wielu krajach (Ostrowska 1999).

Powyższe prawidłowości zanotowano także w badaniu warszawskim. Uzyskane wyniki potwierdzają istnienie różnic w dostępności opieki medycznej i ukazują odmienności we wzorach korzystania z niej. Osoby uboższe i niżej 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 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 lekami zakupionymi na własną rękę; częściej natomiast nie wykupują nawet przepisanych leków lub rezygnują z dodatkowych badań diagnostycz-

¹¹ W omawianym badaniu poczucie koherencji badane było skróconą (składającą się z 13 skal) wersją kwestionariusza Aarona Antonovsky'ego (1995).

nych (35,7% do 11,4%). Ograniczone korzystanie ze świadczeń medycznych osób z grupy biedy w stosunku do osób zamożnych uwidacznia się także w realizacji badań profilaktycznych (41,0% do 57,2 %). Dotyczy to zwłaszcza profilaktycznych wizyt kobiet u lekarza ginekologa (50,2% do 73,2%). W przypadku realizacji badań cytologicznych różnica jest jeszcze większa – 33 punkty procentowe. Warto jednak wskazać, że rezygnacja z leczenia nie dotyczy potrzeb zdrowotnych dzieci; w przypadku choroby dziecka uznanej za poważną, nawet nieco większy odsetek rodziców z grupy ubogich kontaktuje się natychmiast z lekarzem (58,3 do 51,3). Reakcja taka dotyczy jednak tylko choroby i leczenia – troska o zdrowie dziecka w znacznie mniejszym już stopniu rozciąga się na sferę zapobiegania.

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; właściwy kontakt lekarza z pacjentem ma duże znaczenie dla stosowania się przez tego drugiego do zalecanej terapii. Przebieg tego kontaktu – właściwy sposób wysłuchania pacjenta, poinformowania go o genezie dolegliwości, rozpoznaniu i objaśnienie działania przepisanego 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 (Cassell 1986; Cockerham 1986). Wskazuje się, że główne założenia, na których opiera się struktura służb zdrowotnych, są zgodne z wartościami, oczekiwaniami i stylami życia przede wszystkim klasy średniej, a pacjenci o pozycji społecznej zbliżonej do pozycji lekarza mają większą szansę na nawiązanie z nim wspólnego, a jednocześnie bardziej efektywnego stylu komunikacji (Coe 1978; Bolton 1986; Atkinson 1995).

Prezentowane badanie nie wskazuje jednak, aby w wymiarze relacji pacjent–ekarz dokonywała się w Warszawie jakaś szczególna deprywacja uboższych pacjentów. Różnice są widoczne w takich kwestiach jak długość trwania wizyty i postrzegana staranność badania lekarskiego. Generalnie, można odnieść wrażenie, że z pacjentami zamożnymi lekarze rozmawiają nieco dłużej i udzielają więcej wyjaśnień. Nieco wyraźniejszą 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).

Nierówności zdrowia jako efekt różnic w stylach życia

Realizacja zaleceń prozdrowotnego stylu życia a także respektowanie zasad profilaktyki są czynnikami sprzyjającymi zachowaniu dobrego zdrowia i długiego życia, dobrze udokumentowanymi w badaniach epidemiologicznych. Co więcej, uważa się, że ich rola jest stosunkowo większa od roli czynników genetycznych, wpływu środowiska fizycznego i działalności medycyny naprawczej (Lalonde 1978). Chodzi tu przede wszystkim o przestrzeganie zaleceń związanych z właściwym odżywianiem, aktywnością fizyczną, umiejętnością uporania się ze stresem, unikaniem używek (papierosy, alkohol, narkotyki) oraz wykonywaniem okresowych badań kontrolnych.

Badania prowadzone w różnych krajach Europy (Valkonen 1989; Blaxter 1995; Ostrowska 2000) ukazały wyraźny związek między stanem zdrowia, realizacją prozdrowotnych stylów życia i pozycją społeczną. Wykazały one, że w niższych warstwach społecznych rzadziej pojawiały się elementy intencjonalnych i nieintencjonalnych zachowań nakierowanych na utrzymanie zdrowia i realizację 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 deprivacji edukacyjnej niż materialnej także w przypadku ludzi żyjących w ubóstwie. Możliwe są tu także wyjaśnienia upatrujące naturę tych prozdrowotnych zaniechań w czynnikach związanych z określoną kulturą zdrowotną i pasywnością, apatią charakterystyczną dla kultury biedy.

Przeprowadzone w Warszawie badania wskazały na istnienie szeregu 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” lub „kilka razy w tygodniu”. Większość tych różnic ulega zatarciu przy zniesieniu 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 punktów procentowych), owoców i surówek (różnica o 14,5 punktów procentowych), mięsa (różnica o 9 punktów procentowych), a także codziennego mycia (11,2 punktów procentowych), o tyle różnice te stają się zupełnie niewielkie, jeśli uznać, że łącznie stanowią grupę zachowań realizowanych co najmniej kilka razy w tygodniu. Dane te skłaniają więc do wniosku, że – przynajmniej w aspektach uwzględnionych w badaniu – nie można mówić o znacząco mniej zdrowych nawykach żywieniowo-higienicznych mniej zamożnych

mieszkańców Warszawy, w każdym razie według przyjętych tu kryteriów tej zamożności. Zaobserwowane różnice są znacznie wyraźniejsze między mężczyznami i kobietami i, ogólnie, 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 częściej jest dłuższy. Nie wdając się tu w przyczyny tego stanu rzeczy, odnotujemy, że, 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 żywieniowe¹². Te niewielkie różnice w realizacji prozdrowotnego stylu życia są też widoczne, gdy uwzględnimy ich skumulowany efekt w postaci indeksu masy ciała (BMI). W grupie biednych jest nieco większy odsetek osób ze znaczącą nadwagą niż wśród zamożnych (14,7 do 8,2). Dodatkowy element do porównania realizacji stylów życia związanych ze zdrowiem w badanych kategoriach wprowadza konsumpcja używek, a zwłaszcza palenie tytoniu – szczególnie wysokie wśród osób z grupy biednych (zarówno mężczyzn, jak i kobiet). Nie tylko jest wśród nich więcej osób, które paliły w przeszłości czy palą obecnie, ale palacze z tej grupy wypalają dziennie więcej papierosów.

Rola wsparcia społecznego i poczucia koherencji

Wiele badań wskazuje, że jednym z istotniejszych czynników leżących u podłoża etiologii niemal wszystkich współczesnych chorób jest stres, a szczególnie stres chroniczny. Długotrwały niepokój, poczucie zagrożenia lub deprivacji, niska samoocena, brak wpływu na własne życie – to odczucia podlegające kumulacji i prowadzące do negatywnych następstw zdrowotnych. Jeśli nie są opanowane, wpływają deregulująco na procesy fizjologiczne, a to z kolei stanowi podłoże wielu schorzeń (Cockerham 2003). Także sposoby opanowania czy radzenia sobie ze stresem nie są obojętne dla zdro-

¹² Nie posiadamy informacji, które pomogłyby dokładniej przeanalizować różnice wartości odżywczej poszczególnych, spożywanych grup produktów, na przykład rodzaju i gatunku mięsa, wędlin, a które mogłyby stanowić źródło większych różnic między porównywanymi grupami.

wia; mogą orientować się choćby na twórcze rozwiązanie stresującego problemu czy sięgać po „czynniki ryzykowne” – alkohol, narkotyki lub leki psychotropowe.

Umiejętność korzystania i zapewniania sobie wsparcia społecznego w zmaganiach ze stresem jest coraz częściej wymieniana jako czynnik skutecznie ochraniający zdrowie, przede wszystkim zaś zapobiegający negatywnemu, sprzyjającemu chorobom działaniu potencjalnych stresorów. Umiejętne posługiwanie się wsparciem społecznym pozwala skuteczniej rozwiązać stresujący nas problem, jest także jedną ze strategii zmagania się czy też radzenia sobie z napięciami i obciążeniami psychicznymi wynikłymi ze stresu. Ze względu na społeczny, interakcyjny charakter tej strategii, jest ona w większym stopniu przedmiotem zainteresowania socjologów niż inne, z natury swej psychologiczne, sposoby radzenia sobie ze stresem.

Wsparcie społeczne znalazło się także w niezwykle popularnej salutogenetycznej koncepcji Antonovsky’ego (1995) jako jeden z elementów wspomnianego wcześniej poczucia koherencji, a mianowicie poczucie zaradności (umiejętność korzystania z zasobów, którymi dysponują inni), a więc dyspozycji psychicznej pozwalającej na skuteczne radzenie sobie z przeciwnościami. Silne poczucie koherencji sprawia, że potrafimy tworzyć i wykorzystywać zasoby niezbędne do uporania się ze stresem, a zatem ograniczać jego 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.

Wyniki badań psychologicznych nad reakcjami ludzi na tragiczne wydarzenia życiowe przyczyniły się do upatrywania we wsparciu społecznym „bufora” dla negatywnych skutków działania stresów (Caplan 1974). Doprowadziło to z czasem do upowszechnienia się przekonania, że wsparcie to stanowi panaceum na rozmaite problemy i trudności życiowe. Jednak bardziej wnikliwe analizy prac empirycznych na ten temat wykazały, że problem wsparcia społecznego jest bardziej złożony. Są osoby, które w obliczu stresu poszukują obecności innych ludzi, ale są też takie, które świadomie wybierają samotne zmaganie się z przeciwnościami i nie wynika to z braku dostępnego wsparcia (Heszen-Niejodek 1996). Terapeutyczna rola wsparcia, choć dobrze udokumentowana, nie zawsze musi być regułą. Badania, których celem było zbadanie natury związku między wsparciem społecznym a zdrowiem, przyniosły też różne możliwości interpretacyjne mechanizmu jego działania – od roli faktycznie otrzymanej, konkretnej pomocy (np. materialnej) poprzez uzyskanie wsparcia emocjonalnego, do roli subiektywnego poczucia jednostki, poczucia pewności, że w potrzebie takie oparcie otrzyma.

W Polsce różnice w posiadanych kontaktach i więziach społecznych osób o różnym położeniu w strukturze społecznej są widoczne i udokumentowane w badaniach ogólnopolskich; słabsze więzi społeczne i większe poczucie osamotnienia osób niezamożnych są istotnym problemem i mają swoje konsekwencje dla zdrowia i całokształtu funkcjonowania społecznego. Warto się tu także powołać na badania zachodnie (Aggleton 1992), które wyraźnie wskazują, że brak wsparcia emocjonalnego ma najbardziej niekorzystny wpływ na stan zdrowia osób o niższych pozycjach społecznych.

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, poczucie osamotnienia (10,8% do 15,7%). Poza rodziną, źródłem oparcia dla nich jest natomiast częściej religia (35,5% do 25,6%), która jednak raczej zapewnia wsparcie moralne i dodaje otuchy, niż przynosi 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. (Średnia wartość osiągnięta przez osoby biedne na skali poczucia koherencji wynosi $M = 51,1$, podczas gdy wśród osób zamożnych $M = 54,2$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,128$.)

Doświadczenia traumatycznych zdarzeń życiowych

Jedna z hipotez dotyczących determinant złego zdrowia łączy je z traumatycznymi doświadczeniami przeszłości. Poszukiwanie związku między takimi wydarzeniami a chorobą wiąże się z odpowiedzią na pytanie o wpływ silnego przeżycia na wystąpienie konsekwencji chorobowych. Zdaniem badaczy tej zależności (Brown i Harris 1978), bezpośrednią konsekwencją takich przeżyć są zaburzenia psychiczne (np. depresja), które następnie powodują zmiany organiczne. Zależność ta odnosi się przede wszystkim do zdarzeń życiowych, które niezależnie od siły traumatycznego bodźca miały wyraźne konsekwencje dla dalszego życia doświadczającej ich osoby. Konkluzją tych badań było stwierdzenie, że owe zdarzenia życiowe nie powo-

dują bezpośrednio choroby, ale zwiększają prawdopodobieństwo jej pojawienia się.

Z tej perspektywy na stan zdrowia warto spojrzeć jako – w pewnym sensie – wypadkową całego naszego dotychczasowego życia, doświadczanych trudności, strat, zawiedzionych nadziei i sposobów, w jakie na nie reagowaliśmy. Czynnikiem takim są także poważne epizody chorobowe czy wypadki, które miały miejsce nawet w odległych latach, ale mogły pozostawić trwałe ślady, rzutując na psychikę i obecny stan zdrowia. Oczywiście, trudne i traumatyzujące wydarzenia mogą mieć bardzo różny charakter, być odmiennie doświadczane przez różne osoby i pozostawiać odmiennie dla nich konsekwencje. Niemniej jednak z punktu widzenia ich potencjalnego wpływu na zdrowie, warto śledzić takie wydarzenia w życiorysach ludzkich – w przeszłości i obecnie. 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 generalnie zdarzenia takie nie były w ogóle 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 przerywania 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, pięciokrotnie częściej traciły pracę (14% do 2,7%).

Nie dysponujemy niestety bardziej wnikliwymi charakterystykami tych przeżyć, reakcji na nie ani możliwością śledzenia ich bezpośrednich i dalszych konsekwencji; pozostają one raczej w zasięgu badań jakościowych. Tu jedynie można zasygnalizować perspektywiczną wartość takich materiałów dla pogłębionych analiz czynników determinujących i różnicujących zdrowie.

Podsumowanie. Co najlepiej wyjaśnia różnice w zdrowiu mieszkańców Warszawy?

Główne pytanie, na które staraliśmy się odpowiedzieć w toku naszych rozważań, to: na ile stan zdrowia warszawian i zachowania z nim związane 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 analizowane parametry nie zawsze wyróżniały ich 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, dołączyły wśród osób uboższych znacznie częstsze palenie papierosów, uznane za jeden z głównych czynników ryzyka wielu chorób przewlekłych.

Zebrane dane wskazywały ponadto, że w doświadczeniu biograficznym osób biednych częściej obecne były trudne i traumatyczne doświadczenia, natomiast zakres dostępnego wsparcia społecznego, pomocnego w zmaganiu się z nimi, przedstawiał się mniej korzystnie niż w grupie osób zamożnych. Biedni rzadziej posiadają 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 ze sobą – wnosić możemy, że mają one niejednokrotnie syndromatyczny charakter. Gorsze zdrowie, bieda, trudne doświadczenia życiowe i brak oparcia warunkują i wzmacniają się nawzajem.

Podsumowując niejako 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 jego najlepszymi predyktorami dla mieszkańców Warszawy. W przedstawionych w tabeli 6 modelach regresji wyjaśnianymi zjawiskami są samooceny zdrowia somatycznego i psychicznego, natomiast wśród

zmiennych wyjaśnianych uwzględniono czynniki najwyraźniej różnicujące oba te wymiary zdrowia¹³.

Tabela 6. Predyktory dobrego zdrowia somatycznego i psychicznego. Standaryzowane współczynniki regresji

Predyktory	Zdrowie somatyczne	Zdrowie psychiczne
Zmienne społeczno-demograficzne		
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*
Opieka zdrowotna		
posiadanie stałego lekarza	0,08***	-0,03
realizacja badań profilaktycznych	0,06***	0,00
Zachowania zdrowotne		
aktywność fizyczna	0,06	0,04
niepalenie papierosów	-0,03	0,06
Trudne doświadczenia w dzieciństwie		
poważne problemy zdrowotne	-0,13***	0,01
nieszczęśliwe dzieciństwo	0,01	-0,09**
Trudne doświadczenia w życiu dorosłym		
poważne problemy zdrowotne w przeszłości	-0,042***	-0,03
przerwanie związku małżeńskiego (partnerskiego)	-0,02	0,02
Wsparcie społeczne		
posiadanie przyjaciół	0,07*	0,01
poczucie samotności	-0,09***	-0,24***
Poczucie koherencji (wynik na skali)	0,08**	0,15***
<i>Constant</i>		
R ²	0,43	0,16

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

¹³ Zestaw zmiennych społeczno-demograficznych obejmuje rozpatrywane powyżej płeć, wiek, poziom wykształcenia i klasy zamożności. „Opiekę zdrowotną” reprezentują dwie zmienne zero-jedynkowe – „posiadanie stałego lekarza” i „realizacja badań profilaktycznych”. „Zachowania zdrowotne” identyfikowane są przez pięciopunktową skalę aktyw-

Zgodnie z oczekiwaniami, inne czynniki kształtują zdrowie somatyczne, a inne zdrowie psychiczne. Stan zdrowia somatycznego jest więc, 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 mają więc źródła w dzieciństwie. 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. Zróbmy wyprzedzający komentarz; okazują się one natomiast istotne w odniesieniu do zdrowia psychicznego, na niekorzyść kobiet, a także osób mniej zamożnych. Brak zależności między płcią a zdrowiem somatycznym można tu tłumaczyć wyraźniejszym wpływem innych istotnych dla zdrowia zmiennych (takich jak wiek czy poziom wykształcenia), różniących kobiety od mężczyzn, które to cechy zneutralizo-

ności 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 trzynastu skalach od 1 do 7 (wartość minimalna – 13; wartość maksymalna – 91).

wały wpływ „czystej” zmiennej płęć. 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 płęć.

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 niewielką proporcję ogółu mieszkańców) i fakt ten może sprawiać, że wpływ zamożności na zdrowie nie poddaje się pomiarowi. W innym badaniu, zrealizowanym w 1999 roku na próbie ogólnopolskiej (Ostrowska 2000), zależność między stanem zdrowia a zamożnością była bardziej wyrazista, choć ciągle nieco niższa niż między stanem zdrowia a wykształceniem. 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. W tym samym, cytowanym już ogólnopolskim badaniu, zanotowano znacznie większe różnice między poszczególnymi kategoriami społecznymi w realizacji prozdrowotnego stylu życia. Szczególnie niekorzystnie przedstawiała się pod tym względem kategoria nieobecnych w Warszawie rolników. Dla przykładu, rolnicy – w porównaniu z inteligencją, która najbardziej konsekwentnie dbała o swoje zdrowie – dwukrotnie rzadziej wykonywali badania profilaktyczne, kobiety rolniczkę trzykrotnie rzadziej badały piersi pod kątem zmian nowotworowych, a codzienne mycie całego ciała było wśród rolników praktyką sześciokrotnie rzadszą w porównaniu z inteligentami.

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 nie-

szcześliwego 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 się z nim uporanie. 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? A także odpowiedzi na pytanie, na ile poczucie koherencji jest społecznie uwarunkowaną właściwością jednostki, a na ile właściwością szerszych zbiorowości społecznych.

Komentarza wymaga zależność między zdrowiem psychicznym a płcią. Obniżone samopoczucie kobiet w stosunku do mężczyzn potwierdzają liczne badania, wskazujące na większą depresyjność kobiet. Możliwe wyjaśnienia tego zjawiska lokują się zarówno wśród różnic biologicznych między płciami (np. różnic w wyposażeniu hormonalnym), jak i wśród społeczno-kulturowych czynników konstruujących odmienne wzory męskości i kobiecości, prowadzących w dalszej konsekwencji do licznych stresów i frustracji kobiet (związanych choćby z zajmowaniem niższych pozycji w strukturze społecznej, pomimo przeciętnie lepszego wykształcenia, czy niedocenianej pracy domowej). W świetle tej drugiej interpretacji kobiety mają więcej społecznie zakorzenionych powodów, aby ulegać depresji. Natomiast odnotowana w naszym badaniu niewysoka zależność między samopoczuciem psychicznym a wiekiem jest wynikiem raczej nietypowym dla sytuacji polskiej. W ogólnopolskich badaniach Czapińskiego (2000) starszy wiek najlepiej wyjaśniał złą kondycję psychiczną i depresyjność. Sądzić jednak można, że pogarszające się wraz z wiekiem samopoczucie jest funkcją nie tyle upływu lat i procesów biologicznego starzenia się organizmu, ile raczej wycofywania się z aktywnego życia społecznego, doświadczania trudności materialnych, gorszego zdrowia somatycznego i coraz bardziej dokuczliwej samotności. Zmienne odnoszące się do wszystkich tych procesów były obecne w przedstawionym tu modelu analizy, niewielużac tym samym wpływ „czystego” wieku. Należy się też zastrzec, że dość ogólnikowe wskaźniki zdrowia i samopoczucia psychicznego użyte w tym badaniu nie są w stanie uchwycić wielu subtelności związanych z poziomem satysfakcji, płynących 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 warto się zastanowić, co wyniki przedstawionego tu badania mogą praktycznie wnieść do naszej wiedzy o nierównościach w zdrowiu. Tak więc warto wskazać, że pomimo ogólnie lepszego stanu zdrowia mieszkańców Warszawy w stosunku do mieszkańców Polski, również tu obserwujemy jego społecznie zdeterminowane zróżnicowanie, a więc nierówności. Zdrowie, zachowania je otaczające 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 różnych etapach cyklu życia człowieka. W badaniu tym ukazano wiele wymiarów zdrowia i czynników je różnicujących, które pokazują gdzie poszukiwać genezy tych nierówności. Te spośród nich, które są społecznie zdeterminowane, a więc sprzeczne z zasadami sprawiedliwości społecznej, powinny stanowić istotne wyzwanie dla polityki zdrowotnej, tym bardziej że – jak wskazują doświadczenia innych krajów – udaje się je zmniejszać. Należy jednak podkreślić, że przedmiotem naszego zainteresowania były tu przede wszystkim indywidualne zachowania, przekonania czy styl życia ludzi. Oddziaływania na nie są tylko jednym z możliwych wymiarów działań na rzecz podnoszenia zdrowia społeczeństwa i zmniejszania istniejących w tym względzie nierówności.

Znajomość bardziej szczegółowych czynników kształtujących nierówności w zdrowiu powinny umożliwić polityce społecznej dotarcie wszędzie tam, gdzie się one rodzą. Ich skala jest bardzo różna. Dotyczą zmniejszania podstawowych nierówności społecznych widocznych w strukturze wykształcenia i zamożności, ale także interwencji w bardziej szczegółowe sytuacje społeczne, w których mogą się pojawiać czynniki zagrażające zdrowiu. Ich dobrym przykładem są choćby niekorzystne elementy stylu życia czy słabnące więzi i systemy społecznego wsparcia, częściej obserwowalne w niższych warstwach społecznych.