

# ZDROWIE I CHOROBA A UBÓSTWO I WYKLUCZENIE SPOŁECZNE\*

Agnieszka Sowa  
Uniwersytet Jagielloński  
CASE, Warszawa

## WPROWADZENIE

Ewidencja oparta na międzynarodowych badaniach relacji między ubóstwem, wykluczeniem społecznym a stanem zdrowia wskazuje na powiązanie tych czynników i zróżnicowanie stanu zdrowia jednostek zależnie od ich pozycji materialnej i odgrywanych ról społecznych (Marmot, Wilkinson 2006). Zrozumienie tych zależności wymaga wskazania przyczyn społecznych i ekonomicznych złego stanu zdrowia, wynikających z warunków, w których jednostki funkcjonują, a nie – co jest zadaniem epidemiologii – wyłącznie wskazania indywidualnych, biologicznych czynników ryzyka (na przykład wysokiego poziomu cholesterolu) przyczyniających się do zaistnienia poszczególnych stanów chorobowych (Marmot, Wilkinson 2006). W artykule przedstawiono wstępne wyniki badania związków między statusem zdrowotnym a stanem zdrowia w Polsce na podstawie dostępnych danych demograficznych i epidemiologicznych oraz danych pochodzących z badań sondażowych stanu zdrowia prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny.

Stan zdrowia populacji krajów rozwiniętych w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat znacząco się polepszył, a w Polsce istotną poprawę kondycji zdrowotnej obserwujemy dopiero począwszy od okresu transformacji ustrojowej i ekonomicznej. W krajach Europy Zachodniej poprawa stanu zdrowia nie następowała jednak rów-

nomiernie w całej populacji. Obserwuje się, że znacznie szybciej i trwale polepszył się stan zdrowia uprzywilejowanych grup społecznych, natomiast pomiędzy grupami lokującymi się na górze i na dole drabiny społecznej nierówności w kondycji zdrowotnej stale się zwiększają (Marmot 2005).

W celu lepszego zrozumienia i wyjaśnienia tych tendencji podejmuje się liczne badania przyczyn nierówności w stanie zdrowia. Nie koncentrują się one na biologicznych przyczynach zróżnicowań, lecz umieszczają zdrowie w kontekście nierówności społeczno-ekonomicznych, związanych z zamożnością, pozycją na rynku pracy, doświadczeniem życiowym i miejscem zamieszkania.

W społecznym podejściu do zdrowia określa się je zgodnie z definicją przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia, gdzie rozumiane jest ono jako stan fizycznego, mentalnego i socjalnego dobrobytu, a nie wyłącznie brak choroby<sup>1</sup>. Zgodnie z tą definicją, badanie stanu zdrowia obejmuje nie tylko diagnozowanie i leczenie medyczne, ale również promocję zdrowia i prewencję, zapewnienie edukacji zdrowotnej, dbałość o dobre warunki życia i aktywność fizyczną oraz dietę, jak również posiadanie odpowiednich warunków społecznych i ekonomicznych dla rozwoju jednostek.

Podkreśla się ponadto, że dobry stan zdrowia jest istotnym warunkiem rozwoju kapitału społecznego (Leon, Walt 2004), natomiast zły może być przeszkodą w rozwoju ekonomicznym. Wyniki badań wskazują na istnienie związku pomiędzy dobrobytem (mierzonym na przykład wielkością PKB) a efektami zdrowotnymi (mierzonymi na przykład długością życia) (Sen 2004). Inwestycja

\* Artykuł jest syntezą szerszego raportu z badania przeprowadzonego w ramach projektu pt. *Ubóstwo i wykluczenie społeczne oraz metody ich zwalczania*.

w zdrowie obywateli – zarówno w usługi medyczne, medycynę naprawczą, jak i wyrównywanie nierówności społecznych związanych ze zdrowiem – prowadzi do wzrostu produktywności i aktywności zawodowej.

Należy jednak zauważyć, że związek ten jest dwukierunkowy. Oznacza to, że nie tylko stan zdrowia wpływa na produktywność, ale że kluczowe znaczenie dla polepszania efektów zdrowotnych ma zapewnienie dobrobytu, a więc zmniejszanie sfery ubóstwa oraz zwiększanie wydatków publicznych na opiekę zdrowotną i odpowiednie nimi zarządzanie ukierunkowane na poprawę efektów zdrowotnych (Sen 2004).

## ZARYS PROBLEMU BADAWCZEGO

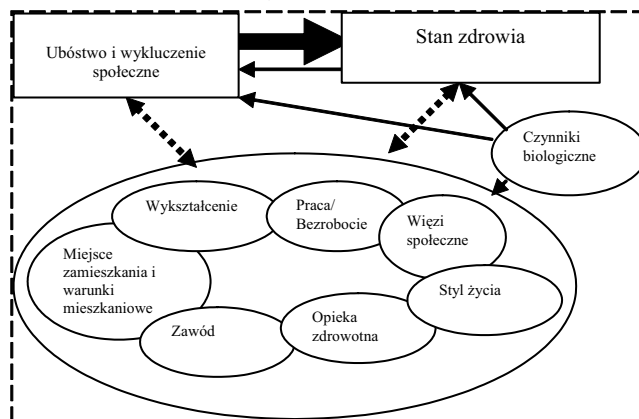
Badania nierówności stanu zdrowia ze względu na czynniki społeczno-ekonomiczne mają szczególnie bogatą tradycję w krajach anglosaskich. W statnim czasie podejmowane są również przez organizacje międzynarodowe (Światowa Organizacja Zdrowia, Komisja Europejska). Analizy te wskazują na silną zależność pomiędzy dobrym stanem zdrowia a przynależnością do grupy zawodowej i grup dochodowych. Natomiast w krajach Europy Środkowo-Wschodniej analizy nierówności w stanie zdrowia przez wiele lat były prowadzone w ograniczonym zakresie i dawały niejednoznaczne wyniki w zakresie powiązań między dochodem i stanem zdrowia a pozostałymi czynnikami statusu społecznego (Marmot 2005; Mackenbach 2006). Badania nad innymi aspektami nierówności wskazywały na zjawisko tzw. dekompozycji czynników statusu, np. wykształcenie nie było powiązane z poziomem dochodów (Pohoski 1983). Można przypuszczać, że zjawisko złego stanu zdrowia, szczególnie mężczyzn, związane było w jakimś zakresie z przynależnością do grupy robotniczej, którą w okresie przyspieszonej industrializacji charakteryzowały zachowania i styl życia uznany dzisiaj za niezdrowy (nadmierne picie alkoholu, palenie) oraz złe warunki pracy (Okólski 2004).

Badania społeczne nierówności w stanie zdrowia w Polsce charakteryzuje duże rozproszenie zarówno ze względu na dziedziny naukowe, w ramach których analizy te są prowadzone (socjologia medycyny, antropologia, epidemiologia, epidemiologia społeczna), jak i ze względu na zakres tematyczny. Wśród podejmowanych w Polsce badań dominują analizy skoncentrowane bądź to na poszczególnych stanach chorobowych, bądź na wycinkach populacji (np. terytorialnych). Niewielką liczbę ogólnopolskich badań nierówności stanu zdrowia można częściowo przypisać skąpości dostępnych danych epidemiologicznych w przekroju nierówności społeczno-ekonomicznych (Ostrowska 1999). Wprawdzie dane te, uzyskiwane na podstawie karty zgonów i wizyt lekarskich, zbierane są regularnie, to służą one jednak przede wszystkim do wyznaczania trendów umieralności i podstawowych trendów zachorowalności, a nie do analizy związków między cechami statusu społecznego i zdrowotnego. Powszechnie stosowane w statystyce publicznej (GUS) przekroje danych demograficznych i epidemiologicznych pozwalają jedynie na częściową analizę nierówności, uwzględniając podział według płci, wieku i podziały terytorialne.

Istotne uzupełnienie danych epidemiologicznych stanowią dane sondażowe GUS. Opisują one stan zdrowia w subiektywnej percepcji respondentów oraz pozwalają na połączenie szeregu cech indywidualnych charakteryzujących sytuację społeczno-ekonomiczną z kondycją zdrowotną. Jednak badania te są prowadzone w dużych odstępach czasu, a publikowane wyniki mają postać prostych analiz podstawowych związków (GUS 1996, 2004).

Celem badania, którego wyniki są przedmiotem artykułu, było wskazanie i opisanie związków pomiędzy ubóstwem, wykluczeniem społecznym a stanem zdrowia w Polsce. Sformułowane zostały dodatkowe hipotezy badawcze dotyczące relacji pomiędzy stanem zdrowia a statusem społecznym i ekonomicznym jednostek (schemat 1), wśród których najważniejsze to negatywny wpływ na zdrowie złej sytuacji ekonomicznej oraz wybranych czynników wykluczenia społecznego: niskiego wykształcenia, bezrobocia, złych warunków mieszkaniowych oraz braku więzi społecznych.

Schemat 1. Związki między ubóstwem i wykluczeniem społecznym a stanem zdrowia



Źródło: Opracowanie własne.

Wprawdzie związki między kondycją zdrowotną a ubóstwem i wykluczeniem społecznym są dwustronne, niemniej w badaniu nacisk został położony na rozpoznanie tych czynników sytuacji społeczno-ekonomicznej, które mają wpływ na stan zdrowia, a nie zachowań czy sytuacji zdrowotnych (np. niepełnosprawności) mogących przyczynić się do ubóstwa czy wykluczenia społecznego. W ten sposób określony problem badawczy lokuje się w anglosaskiej tradycji analiz nierówności stanu zdrowia (Black i in. 1982).

## METODA BADAWCZA

Badanie oparto na wielorakich źródłach i poprzedzono szczegółową analizą literatury w celu zidentyfikowania dotychczas prowadzonych analiz związków pomiędzy ubóstwem a stanem zdrowia zarówno w Polsce, jak i w innych krajach.

W części empirycznej dokonano analizy dostępnych danych epidemiologicznych oraz danych i informacji o czynnikach nierówności w zdrowiu, takich jak np. styl życia. Opracowano i wykorzystano również model analizy ilościowej prawdopodobieństwa występowania złego stanu zdrowia, oparty na jednostkowych danych sondażowych z przeprowadzonych przez GUS badań „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2003 r.” (GUS 2004) oraz „Badania budżetów gospodarstw domowych” w tym samym roku. W modelu określone jest prawdopodobieństwo złej samooceny stanu zdrowia<sup>2</sup> zależnie od czynników różnicowań (płeć, wiek) oraz nierówności (wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy zawodowej, mieszkanie z osobą bezrobotną, miejsce zamieszkania oraz warunki mieszkaniowe, poziom wydatków).

Badanie jednostkowe uzupełniono analizą różnicowań stanu zdrowia w Polsce na poziomie regionalnym. Zmiennymi analizowanymi w modelach regionalnych są przeciętna oczekiwana długość życia w poszczególnych regionach oraz zachorowalność na gruźlicę, natomiast zmienne wyjaśniające to m.in. poziom ubóstwa (mierzony wskaźnikiem stopy ubóstwa w regionie), poziom bezrobocia rejestrowanego oraz stopień urbanizacji regionu.

Do opisanie kondycji zdrowotnej populacji wykorzystano zarówno miary konstruowane na podstawie badań demograficznych, epidemiologicznych i badań sondażowych. Należy zwrócić uwagę na fakt, że miary te odnoszą się do odmiennych populacji: bądź to opisują stan zdrowia w danym momencie populacji żyjącej (epidemiologiczne miary zachorowalności oraz badania sondażowe), bądź odnoszą się do poziomu umieralności w populacji (wskaźniki umieralności) i długości życia (wskaźniki przeciętnego oczekiwanego trwania życia w ogóle i życia w dobrym zdrowiu).

W analizie wykorzystano następujące wskaźniki stanu zdrowia populacji:

- a) miary demograficzne oraz epidemiologiczne:
  - badania długości życia oraz długości życia dobrej jakości, a więc lat życia spędzonych w dobrym zdrowiu i sprawności;

- miary umieralności, w tym związanej z poszczególnymi grupami chorobowymi oraz związanej z wiekiem (w tym szczególnie umieralności niemowląt);
- miary zachorowalności, w tym na choroby związane z ubóstwem, takie jak gruźlica;
- b) miary sondażowe opisujące stan zdrowia populacji żyjącej uwzględniają:
  - samoocenę stanu zdrowia respondentów;
  - stwierdzenie stanów chorobowych i cierpienia na choroby chroniczne.

Istotnym ograniczeniem analizy jest dostępność danych w poszczególnych zakresach zróżnicowań bądź nierówności społeczno-ekonomicznych. O ile w Polsce bogata jest ewidencja stanu zdrowia populacji w wymiarze zróżnicowań ze względu na płeć, wiek czy region, o tyle mamy do czynienia z brakiem dostępnych danych o stanie zdrowia w przekroju najważniejszych zmiennych opisujących sytuację społeczną i ekonomiczną (wykształcenie, zawód, poziom dochodu). Problem ten szczególnie dotyczy miar demograficznych oraz epidemiologicznych, a więc umieralności, długości życia i zachorowalności populacji. Analiza nierówności i związków pomiędzy ubóstwem a stanem zdrowia możliwa więc jest niemal wyłącznie przy wykorzystaniu danych sondażowych.

## NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI ANALIZY

W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich zarówno Europy Zachodniej, jak i Środkowo-Wschodniej (za wyjątkiem niektórych krajów byłego Związku Radzieckiego<sup>3</sup>), w ostatnich dekadach znacznie wydłużyła się średnia oczekiwana długość życia. Wzrost przeciętnej oczekiwanej długości życia jest w Polsce, obok Czech (5,21 lat w latach 1980–2002), jednym z największych w krajach postkomunistycznych – 4,29 lat w tym okresie (WHO 2005). Oznacza to przełamanie niekorzystnych trendów z lat 80. związanych przede wszystkim z przedwczesną umieralnością mężczyzn.

Szybka poprawa stanu zdrowia populacji związana jest przede wszystkim ze spadkiem umieralności na choroby układu krążenia. Przyczyn tego zjawiska poszukuje się w zmianach stylu życia, a przede wszystkim w zmniejszeniu spożycia tłuszczów zwierzęcych na rzecz diety lżejszej, opartej na tłuszczach roślinnych i większej ilości warzyw i owoców (Zatoński, Willett 2005). Zmiany stylu życia, wskazywane jako czynniki mające znaczenie dla spadku umieralności, obejmują również promocję zdrowego stylu życia, w tym zmniejszenia spożycia alkoholu i palenia papierosów, jak też tworzenie się społeczeństwa obywatelskiego i związaną z tym poprawę samopoczucia i świadomość większej kontroli nad własnym życiem (Okólski 2004). Wpływ na poprawę stanu zdrowia populacji ma również zwiększenie dostępności środków farmaceutycznych i technologii medycznych oraz nowoczesnego wyposażenia diagnostycznego (Golinowska, Sowa 2006).

Wydłużanie się przeciętnego trwania życia w Polsce nie następuje równomiernie we wszystkich regionach kraju, a zróżnicowania w długości życia sięgają 2 lat. Regiony o najdłuższej średniej oczekiwanej trwania życia (powyżej 75 lat) to: małopolskie, podkarpackie, opolskie, podczas gdy najkrótsze przeciętne trwanie życia obserwuje się w województwie łódzkim oraz w regionach zachodniej Polski (GUS 2005).

Znaczne są również zróżnicowania przeciętnego trwania życia w przekroju miasto – wieś, które specyficznie nakładają się na różnice w długości życia według płci. Tendencja jest następująca: kobiety cieszą się przeciętnie dłuższym życiem na wsi, natomiast mężczyźni w miastach (GUS 2005).

Wyniki przeprowadzonej w badaniu analizy regresji wskazują, że czynnikami znaczącymi dla zróżnicowań regionalnych przeciętnego trwania życia są: poziom urbanizacji i stopa bezrobocia, podczas gdy stopa ubóstwa w regionie okazuje się czynnikiem nieistotnym. Należy jednak pamiętać, że stopa bezrobocia i poziom ubóstwa są silnie ze sobą skorelowane.

Analiza pokazuje, że im niższy stopień urbanizacji, tym dłuższe oczekiwane trwanie życia, co może być związane z dłuższym

życiem kobiet na wsiach. Ciekawy, z perspektywy wykluczenia społecznego i ubóstwa, jest negatywny związek pomiędzy stopą bezrobocia a długością życia; im niższa stopa bezrobocia w regionie, tym dłuższe oczekiwane trwanie życia.

Poprawiająca się długość życia populacji nie oznacza jednak życia w lepszym stanie zdrowia<sup>4</sup>. Przeciętnie 18% (8,9 lat życia) długości życia Polacy spędzają w różnych stanach chorobowych (WHO 2006). Schorzeniami w większym stopniu dotknięte są kobiety, co bezpośrednio związane jest z długością ich życia. Kobiety wprawdzie żyją dłużej, jednak też w większym stopniu dotknięte są chorobami chronicznymi podeszłego wieku oraz chorobami układu krążenia.

Ważnym wskaźnikiem zdrowia populacji ze względu na powiązanie z ubóstwem jest zachorowalność na gruźlicę<sup>5</sup>. Na początku lat 90. w Polsce, podobnie jak w innych krajach regionu, obserwowano wzrost zachorowań na tę chorobę związany z kryzysem okresu transformacji, szczególnie zmianami produkcji i zatrudnienia oraz zmniejszeniem się dochodów w populacji (Golinowska, Sowa 2005). Po tym okresie obserwujemy spadek zachorowań na gruźlicę. W ostatnich latach (2000–2004) tendencja spadkowa przeciętnych zachorowań na gruźlicę jest kontynuowana, niemniej trend ten nie jest jednolity w poszczególnych regionach, a nawet w niektórych województwach (opolskie, warmińsko-mazurskie) liczba rejestrowanych zachorowań na 1000 mieszkańców wzrasta. Znaczne są również różnice w poziomie zachorowalności pomiędzy poszczególnymi województwami. Mapa zapadalności na gruźlicę nie pokrywa się jednak ani z rozkładem umieralności ogólnej i trwania życia w regionach, ani z rozkładem ubóstwa.

W celu rozpoznania możliwych korelatów zachorowalności na gruźlicę ponownie przeprowadzono analizę regresji, uwzględniając te same zmienne, co w badaniu korelatów długości życia. Wyniki analizy pokazały, że poziom zapadalności na gruźlicę jest istotnie wyższy w regionach z większym udziałem populacji powyżej 65. roku życia, a więc populacji, która mogła zostać zarażona w okresie powojennym, i charakteryzującej się przeciętnie niższym wykształceniem. Drugim istotnym czynnikiem ryzyka wysokiego poziomu gruźlicy w regionie jest, podobnie jak w przypadku przeciętnej oczekiwanej długości życia, wysoka stopa bezrobocia.

Ostatnim, istotnym dla analizy związków między ubóstwem a stanem zdrowia, elementem badania było zidentyfikowanie i opisanie relacji między deklarowanym stanem zdrowia a czynnikami nierówności społecznych i ekonomicznych. Miara samooceny stanu zdrowia, mimo subiektywnego charakteru, jest silnie związana z demograficznymi wskaźnikami umieralności i trwania życia (Mossey, Shapiro 1982). Zależność ta jest obserwowana również w Polsce na poziomie regionów.

Wcześniejsze badania nierówności w stanie zdrowia w Polsce wskazują na niektóre z hipotez dotyczące powiązania samooceny stanu zdrowia z ubóstwem (mierzonym poziomem dochodów) i pozycją społeczno-ekonomiczną, w tym szczególnie z poziomem wykształcenia (Mackenbach 2006; Ostrowska 1999). Analizę w tym zakresie prowadzono w kilku wymiarach:

- a) po pierwsze – obserwowano zróżnicowania stanu zdrowia ze względu na wiek i płeć;
- b) po drugie – opisano związki z pozycją ekonomiczną, zawodem i poziomem wydatków w gospodarstwie domowym, a następnie badano wpływ więzi społecznych na deklarowany stan zdrowia;
- c) po trzecie – zbadano związki pomiędzy stanem zdrowia a warunkami mieszkaniowymi.

Wyniki przeprowadzonej analizy logitowej potwierdzają silne zróżnicowania stanu zdrowia ze względu na płeć oraz fakt, że wprawdzie kobiety żyją dłużej, lecz ich status zdrowotny jest gorszy niż mężczyzn. Stan zdrowia jest również silnie zróżnicowany w grupach wieku, przy czym prawdopodobieństwo złego stanu zdrowia silnie wzrasta po 35. roku życia. Jest to okres życia, w którym zaczynają występować ciężkie schorzenia, np. choroby nowotworowe, choroby układu krążenia. Z kolei w starszym wieku (po 60. roku życia) obserwuje się częste występowanie – obok chorób układu krążenia – schorzeń chronicznych: reumatologicznych,

cukrzyca, układu oddechowego, wzroku i słuchu, pogarszających jakość życia.

Istotnym czynnikiem dla odczuwanego stanu zdrowia jest pozycja na rynku pracy. Wykluczenie z rynku pracy bądź to związane z bezrobociem, bądź utrzymywaniem się ze świadczeń socjalnych – renty, wcześniejszej emerytury, świadczenia przedemerytalnego lub jakiegos zasiłku, istotnie zwiększa prawdopodobieństwo złego stanu zdrowia. Wpływ bezrobocia na zdrowie przejawia się nie tylko w stosunku do osoby bezrobotnej, lecz dotyka również jej najbliższych. Wyniki analizy sugerują, że samo zamieszkiwanie z osobą bezrobotną jest negatywnie związane ze stanem zdrowia domowników.

Również utrzymywanie się z rolnictwa jest czynnikiem niekorzystnie związanym ze stanem zdrowia.

Potwierdzona została także hipoteza o negatywnym wpływie ubóstwa na stan zdrowia. Lokowanie się gospodarstwa domowego w niższych decylach wydatków (do IV decyla) istotnie zwiększa – w porównaniu z najwyższą grupą wydatków – prawdopodobieństwo złej kondycji zdrowotnej. Obserwacje te pozwalają na stwierdzenie, że nierówności stanu zdrowia można przypisać także nierównościom w poziomie dobrobytu gospodarstwa domowego i pozycji jego członków na rynku pracy.

Wyniki analizy opartej na badaniach sondażowych potwierdzają także koncepcję psychospołeczną wyjaśniania nierówności w zdrowiu, pokazując, że więzi społeczne są kolejnym czynnikiem mogącym przyczyniać się do nierówności w stanie zdrowia. Po pierwsze, brak więzi w najbliższym otoczeniu, brak rodziny, z którą się zamieszkuje, niekorzystnie wpływa na zdrowie. Po drugie, mieszkanie w dużym gospodarstwie domowym, powyżej 4 osób, zmniejsza prawdopodobieństwo złej kondycji zdrowotnej. Dzieje się tak pomimo faktu, że rodziny wieloosobowe są bardziej podatne na ubóstwo.

Ostatnim czynnikiem wykluczenia społecznego poddanym analizie z punktu widzenia wpływu na stan zdrowia są warunki mieszkaniowe. W analizie postawiono hipotezę, że złe warunki sanitarne gospodarstwa domowego oraz przeludnienie mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie. Hipoteza ta nie została w pełni potwierdzona. Wprawdzie, zgodnie z oczekiwaniami, posiadanie w mieszkaniu/domu łazienki istotnie zmniejsza prawdopodobieństwo złego stanu zdrowia, jednak pozostałe czynniki (wskaźnik liczby osób na pokój w mieszkaniu/domu, wyposażenie w toaletę i inne) okazały się nieistotne. Wynik może świadczyć o dość dobrej sytuacji mieszkaniowej badanych gospodarstw, nie można jednak wykluczyć, że jest on efektem selekcji gospodarstw biorących udział w badaniu.

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Badania nierówności w stanie zdrowia w Polsce i związków między ubóstwem a kondycją zdrowotną w Polsce nieustannie się rozwijają. Ciekawe byłyby również wyniki analizy opartej na miarach demograficznych oraz epidemiologicznych, takich jak umieralność i oczekiwana długość życia w odniesieniu do poszczególnych grup społecznych i ekonomicznych. Wprawdzie dostępne dane demograficzne pokazują istotną poprawę wskaźników przeciętnej długości życia, jednak długie życie nie oznacza jeszcze poprawy jego jakości pod względem zdrowotnym. Biorąc pod uwagę przeciętną liczbę lat spędzonych w dobrym zdrowiu, Polska lokuje się niżej niż inne kraje Europy Środkowo-Wschodniej (Golinowska, Sowa, Topór-Mądry 2006).

Dostępne dane demograficzne oraz epidemiologiczne nie pozwalają również na stwierdzenie, czy poprawa długości życia w równym stopniu dotyczy wszystkich grup społecznych, wyznaczonych bądź to ze względu na poziom dochodów (wydatków), bądź pozycję na rynku pracy. Takie badania, szeroko prowadzone w Wielkiej Brytanii czy w innych krajach Unii Europejskiej, nadal prowadzone są w Polsce w bardzo ograniczonym zakresie.

Analiza związków między ubóstwem i wykluczeniem społecznym a stanem zdrowia możliwa jest niemal wyłącznie na podstawie danych sondażowych. Wskazują one na to, że poprawa stanu

zdrowia w percepcji społecznej (samoocena), mimo że obserwowana w całej populacji, nie następuje równomiernie. Szczególnie narażone na zły stan zdrowia i choroby są osoby utrzymujące się z pozazarobkowych źródeł, w tym osoby bezrobotne lub zamieszkujące z osobami bezrobotnymi.

Czynnikiem silnie różnicującym samoocenę stanu zdrowia i negatywnie z nim związanym jest ponadto poziom zamożności gospodarstw domowych. Negatywnie na samoocenę stanu zdrowia wpływa także samotność i brak dobrych więzi rodzinnych.

W sumie wyniki analizy jednostkowej pokazują, że zarówno ubóstwo (niski poziom wydatków), jak i wykluczenie społeczne mierzone brakiem relacji rodzinnych i podstawowych więzi społecznych oraz niekorzystną sytuacją na rynku pracy istotnie przyczyniają się do poczucia złego stanu zdrowia.

<sup>1</sup> *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*, preambuła Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, przyjęta na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia w Nowym Jorku 19–22 czerwca 1946 r. przez reprezentantów 61 krajów. Weszła w życie 7 kwietnia 1948 r. (<http://www.who.int/about/definition/en>).

<sup>2</sup> Zła samoocena stanu zdrowia jest równoznaczna z oceną stanu zdrowia jako gorszy niż dobry na skali 5-punktowej (od bardzo zły do bardzo dobry).

<sup>3</sup> W krajach byłego Związku Radzieckiego obserwuje się od początku lat 90. zjawisko „kryzysu zdrowotnego”, czego przejawem jest obniżanie się przeciętnej oczekiwanej długości życia (np. w Związku Radzieckim o około 2,2 lata w latach 1980–2002, na Ukrainie o około 1,8 lat). Obniżanie się przeciętnej oczekiwanej długości życia tłumaczone jest m.in. wysoką liczbą zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych (Marmot 2005).

<sup>4</sup> Do oceny jakości życia i życia lat w zdrowiu przyjmuje się oszacowany przez Światową Organizację Zdrowia wskaźnik *Health Adjusted Life Expectancy* (HALE).

<sup>5</sup> Dane dotyczące zachorowalności na gruźlicę są publikowane w Biuletynach Państwowego Zakładu Higieny (PZH) w serii „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce” ([http://www.pzh.gov.pl/epimeld/index\\_p.html](http://www.pzh.gov.pl/epimeld/index_p.html)).

## LITERATURA

- Bielicki T., Szklarska A., Kozieł S., Ulijaszek S.J. (2004), *Changing Patterns of Social Variation in Stature in Poland: Effects of Transition from a Command Economy to the Free-market System?*, „Journal of Biosocial Science” nr 37m, s. 427–434, Cambridge University Press, Cambridge
- Black D., Morris J.N., Smith C., Townsend P. (1982), *Inequalities in Health. The Black Report*, Penguin Books, London.
- Golinowska S., Sowa A. (2006), *Health and morbidity in the accession countries. Country report – Poland*, [http://shop.ceps.be/BookDetail.php?item\\_id=1415](http://shop.ceps.be/BookDetail.php?item_id=1415).
- Golinowska S., Sowa A. (2005), *Health status and living conditions in Poland*, background report for the *Social Situation Observatory Report Health Status and Living Conditions*, [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_situation/sso\\_reports\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/sso_reports_en.htm).
- Golinowska S., Sowa A., Topór-Mądry R. (2006), *Health Status and Health Care Systems in Central and Eastern European Countries: Bulgaria, Estonia, Poland, Slovakia and Hungary*, [http://shop.ceps.be/BooksList.php?category\\_id=17&](http://shop.ceps.be/BooksList.php?category_id=17&).
- GUS (1997), *Stan zdrowia ludności Polski w 1996 r.*, Warszawa.
- GUS (2004), *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2003 r.*, Warszawa.
- GUS (2005), *Trwanie życia w 2004 r.*, Warszawa.
- GUS (2006), *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, Warszawa.
- Leon D.A., Walt G. (2004), *Poverty, Inequality, and Health in International Perspective: a Divided World?*, w: Leon D., Walt G. (red.), *Poverty, Inequality and Health. An International Perspective*, Oxford University Press, Oxford.
- Mackenbach J.P. (2006), *Health Inequalities: Europe in Profile*. An independent, expert report prepared by the UK presidency of the EU, [www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications).
- Marmot M. (2005), *Status Syndrome. How Your Social Standing Directly Affects Your Health*, Bloomsbury, London.
- Marmot M., Wilkinson R.G. (2006), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford.

Mossey J.M., Shapiro E. (1982), *Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly*, „American Journal of Public Health”, vol. 72, nr 8.  
Okólski M. (2004), *Demografia zmiany społecznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.  
Ostrowska A. (1999), *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.  
Pohoski M. (1983), *Ruchliwość społeczna a nierówności społeczne*, „Kultura i Społeczeństwo”, październik – grudzień, tom XXVII, nr 4, PAN, Warszawa.

Sen A. (2004), *Economic Progress and Health*, w: Leon D., Walt G. (red.), *Poverty, Inequality and Health. An international perspective*, Oxford University Press, Oxford.  
WHO (2005), *Health for All Database*, [www.who.org](http://www.who.org), wersja z maja 2005 r.  
WHO (2006), *Highlights on health in Poland 2005*, <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=338&wid=10>.  
Zatoński W.A., Willett W. (2005), *Changes in dietary fat and declining coronary heart diseases in Poland: population based study*, „British Medical Journal” nr 331, s. 187.

## SUMMARY

The aim of the paper is to analyse relations between poverty, social exclusion and health status of the Polish population in a context of health inequalities research that is common in Western Europe. Significant differences in health status by sex and age as well as socio-economic status are observable. The latter ones are related to expenditures level and unemployment. Another factors that strongly differentiate health status are social networks and social support from the closest ones. Health inequalities in longevity and morbidity on selected diseases (TB) between regions are driven mainly by unemployment level in regions.