

Społeczne uwarunkowania nierówności w zdrowiu

Social determinants of health inequalities

Agata Wypych-Ślusarska^{A,D}, Joanna Głogowska-Ligus^E, Jerzy Słowiński^{E,F}

Zakład Epidemiologii, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2019;9(3):229–236

Adres do korespondencji

Agata Wypych-Ślusarska
e-mail: awypych@sum.edu.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.12.2017 r.

Po recenzji 16.01.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 3.12.2018 r.

Streszczenie

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie należy rozpatrywać wielowymiarowo, uwzględniając również aspekty psychiczne i społeczne funkcjonowania człowieka. W wymiarze populacyjnym coraz większą wagę przykłada się do społecznych uwarunkowań stanu zdrowia, które generują nierówności społeczne i nierówności w zdrowiu. Te ostatnie można zdefiniować jako „potencjalnie dające się uniknąć różnice w stanie zdrowia pomiędzy grupami osób, które są mniej lub bardziej społecznie uprzywilejowane”. Występują one na całym świecie i mają powszechny oraz trwały charakter. Nierówności w zdrowiu stały się w ostatnim czasie istotnym problemem zdrowia publicznego. Do ich zrozumienia niezbędna jest analiza społecznych determinantów zdrowia, a także perspektywa wykraczająca poza tzw. standardowe czynniki ryzyka (tj. przyczynę przyczyn). Ubóstwo, poziom wykształcenia, wykonywana praca, a także sytuacja społeczno-polityczna państwa mogą kształtować profil zdrowotny poszczególnych populacji. Oddziaływanie tych czynników będzie miało swój namacalny wymiar we współczynnikach epidemiologicznych, takich jak umieralność, w tym umieralność niemowląt, czy przeciętne dalsze trwanie życia. W artykule omówiono koncepcję nierówności w zdrowiu. Szczególną uwagę zwrócono na wybrane społeczne uwarunkowania zdrowia, takie jak ubóstwo, poziom wykształcenia i praca.

Słowa kluczowe: status społeczno-ekonomiczny, nierówności w zdrowiu, przyczyna przyczyn

Cytowanie

Wypych-Ślusarska A, Głogowska-Ligus J, Słowiński J.
Społeczne uwarunkowania nierówności w zdrowiu
Piel Zdr Publ. 2019;9(3):229–236. doi:10.17219/pzp/100468

DOI

10.17219/pzp/100468

Copyright

© 2019 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

According to the definition of the World Health Organization, health should be considered in a multidimensional way, taking into account also the psychological and social aspects of human being. In the population dimension, more and more weight is attached to the social determinants of health, which generate social and health inequalities. They can be defined as "potentially avoidable differences in health between groups of people who are more or less socially privileged". They occur all over the world and have a universal and lasting character. Health inequalities have recently become an important public health problem. To understand them, it is necessary to analyze social determinants of health, as well as a perspective going beyond the so-called standard risk factors (i.e. cause of causes). Poverty, level of education, work performed, as well as the socio-political situation of the state can influence the health profile of populations. The impact of these factors will have its tangible dimension in epidemiological rates, such as mortality, including infant mortality, and life expectancy. The article discusses the concept of health inequality. Particular attention was paid to selected social determinants of health, such as poverty, level of education and work.

Key words: socioeconomic status, health inequality, cause of causes

Wprowadzenie

Zdrowie jest szczególnie bogactwem wpływającym na rozwój społeczny i ekonomiczny populacji. Definicja zdrowia zawarta w *Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia* podkreśla, że należy je rozpatrywać również w kontekście społecznym, psychicznym, a nie wyłącznie biologicznym, jako brak choroby czy niepełnosprawności.¹

Wśród definicji można wyróżnić również takie, które kładą nacisk na znaczenie subiektywnego postrzegania zdrowia oraz wpływ kontekstu społeczno-kulturowego. Wiele z nich określa zdrowie jako nie tylko brak choroby, ale również odpowiedni poziom dobrostanu i przystosowania, jaki jest możliwy do osiągnięcia przez jednostkę w określonych warunkach społecznych.² Te ostatnie wynikają również z możliwości, jakie stwarza dane państwo swoim obywatelom.³ W praktyce istnienie wielu grup społecznych i nierówny dostęp do ogólnie cenionych dóbr wynikający z czynników osobniczych i zewnętrznych niezależnych od jednostki, takich jak uwarunkowania polityczne, gospodarcze, społeczno-kulturowe, sprawiają, że nie każda jednostka jest w stanie w sposób optymalny dbać o swoje zdrowie, chronić je i umacniać.

W niniejszym artykule omówiono wybrane społeczne uwarunkowania, które mogą przyczyniać się do powstawania nierówności w zdrowiu.

Nierówności w zdrowiu wywodzą się od nierówności społecznych, które są skutkiem przynależności do różnych grup, zajmowania rozmaitych pozycji społecznych i pełnienia wielu ról. Najprościej ujmując, nierówności społeczne to nierówności dostępu (lub szans dostępu) do społecznie cenionych dóbr.⁴ Należy jednak zaznaczyć, że nie wynikają one z różnorodności w społeczeństwie, tylko są efektem łatwiejszego lub trudniejszego dostępu do określonych społecznie cenionych dóbr. Te ostatnie to dobra, których ludzie pragną, bo zaspokajają pewne ważne potrzeby, aspiracje oraz przynoszą satysfakcję. Ich zasób jest jednak ograniczony i nie każdy członek społeczeństwa ma szansę równego ich wykorzystania. Są to przede wszystkim dobra materialne, wykształcenie, praca, władza i prestiż. Podkreśla się, że wykształcenie jest war-

tością instrumentalną, konieczną do zdobycia pozostałych dóbr oraz jednym z najważniejszych mechanizmów awansu społecznego.

W definicjach nierówności w zdrowiu wskazuje się, że są one spowodowane przede wszystkim czynnikami społecznymi.⁵ Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) określa je jako „potencjalnie dające się uniknąć różnice w stanie zdrowia pomiędzy grupami osób, które są mniej lub bardziej społecznie uprzywilejowane”.⁶ Bardziej rozbudowana definicja mówi o nierównościach w zdrowiu, gdy „grupy społeczne zajmujące gorszą pozycję charakteryzuje systematycznie gorszy stan zdrowia oraz są narażone na większe ryzyko utraty zdrowia niż grupy bardziej uprzywilejowane, co dotyczy w szczególności tych różnic w stanie zdrowia, które należy uznać za możliwe do uniknięcia, krzywdzące i niesprawiedliwe”.⁶ Publikacje podejmujące powyższą tematykę wskazują na 3 cechy tego zjawiska, a mianowicie: powszechność, pochodzenie społeczne oraz niesprawiedliwość.⁷

Nierówności w zdrowiu występują na całym świecie i – co więcej – są trwałe. Są one przede wszystkim efektem społecznych nierówności i stoją w opozycji do sprawiedliwości i równości, przez co są również niezgodne z *Deklaracją praw człowieka*.⁷ W literaturze anglojęzycznej można spotkać pewne problemy terminologiczne, takie jak rozróżnienie pojęcia *health inequalities* od pojęcia *health inequities*. W dosłownym tłumaczeniu wskazywać się będzie na nierówności w zdrowiu, które wynikają z różnych czynników, w tym również tych niepodlegających modyfikacji, oraz niesprawiedliwości w zdrowiu, które powinny być możliwie szybko wyeliminowane, gdyż godzą w prawa człowieka. W praktyce jednak przyjęto, że oba te sformułowania używane są zamiennie i traktowane jako synonimy.⁷

Nierówności w zdrowiu są istotnym zagadnieniem zdrowia publicznego i zostały wspomniane w wielu dokumentach. Po raz pierwszy zwrócono na nie uwagę na Międzynarodowej Konferencji WHO w Alma-Acie w 1978 r., wskazując, że „istniejące nierówności w stanie zdrowia ludzi są politycznie, społecznie i ekonomicznie

niedopuszczalne”.⁸ Jednak za jeden z bardziej znaczących dokumentów z zakresu nierówności w zdrowiu podaje się raport opracowany przez Sir Douglasa Blacka w 1980 r., który wraz z grupą ekspertów zauważył, iż stan zdrowia oraz wskaźniki umieralności ludności z najniższej klasy społecznej w Wielkiej Brytanii znacząco różnią się od stanu zdrowia ludności z klasy uprzywilejowanej. Idea wpływu społecznych czynników na stan zdrowia nie była nowa, ale raport ten przyniósł niepodważalne dowody, że ubóstwo i deprivacja materialna są głównymi determinantami chorób, złego samopoczucia, a nawet wczesnej śmierci. Dodatkowo raport wskazywał, że nierówności w Wielkiej Brytanii pogłębiły się i nie było to skutkiem dysfunkcjonalności systemu ochrony zdrowia, tylko wynikało z wpływu nierówności społecznych na stan zdrowia.⁹ Temat nierówności w zdrowiu pojawił się również w 2005 r. w Bangkoku podczas VI Międzynarodowej Konferencji na temat Promocji Zdrowia, podczas której uznano, że nierówności społeczne są jedną z głównych determinant zdrowia.¹⁰

W Polsce nierówności w zdrowiu zostały uwzględnione w aktualnym Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020, którego głównym celem jest „wydłużenie życia, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”.¹¹ Idea równości zawarta jest również w *Deklaracji praw człowieka* z 1948 r. i pośrednio można odnieść ją do prawa równości w zdrowiu. W art. 25 ust. 1 tego aktu stwierdzono, że „każdy człowiek ma prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodzinie, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i niezbędne świadczenia socjalne oraz prawo do zabezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w sposób od niego niezależny”.¹²

Jak już podkreślono, nierówności w zdrowiu są efektem kompleksu interakcji pomiędzy indywidualnymi, społecznymi, ekonomicznymi i środowiskowymi czynnikami. Istotne jest jednak, że uwarunkowania biologiczne oraz społeczne wzajemnie na siebie oddziałują i mogą się wzmacniać. Do zrozumienia właściwej oceny i ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu konieczne jest zatem poznanie mechanizmów prowadzących do ich powstawania. Punktem wyjścia są tutaj społeczne determinanty zdrowia (czyli całokształt warunków bytowania ludzi) – podstawowy czynnik równości w zdrowiu.

Jednym z modeli przedstawiających wzajemne powiązanie i oddziaływanie na siebie czynników makro- i mikrosocjalnych jest model opracowany przez Dahlgrena i Whitehead.¹³ Jest to graficzne przedstawienie poszczególnych stref życia człowieka za pomocą symbolicznych półokręgów. Najbardziej skrajnym polem są uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiskowe, które warunkują pozostałe sfery działalności i bytowania człowieka. Kolejna sfera, czyli warunki życia i pracy, uwzględnia pozycję społeczną jednostki, zatrudnienie

oraz możliwości dbania o swoje zdrowie i umacniania go, które są zależne od wykształcenia, zatrudnienia, dochodu, opieki medycznej, a także warunków egzystencjalnych. Niezwykle istotne w społecznym funkcjonowaniu człowieka jest wsparcie społeczne mierzone za pomocą sieci wsparcia, czyli liczby osób, na które jednostka może liczyć w trudnych i przełomowych dla siebie momentach życiowych. Wykluczenie społeczne, stygmatyzacja, a na końcu dyskryminacja są również istotnymi determinantami zdrowia. Wymienione wyżej grupy czynników wpływają na styl życia jednostki oraz kształtują zachowania zdrowotne. Podkreśla się więc, że osobnicze wybory i zachowania powinny być analizowane także z perspektywy społeczno-kulturalnej oraz uwzględniać czynniki makrosocjalne. Na samym dole modelu wskazuje się na czynniki niemodyfikowalne, które również powodują nierówności w zdrowiu, takie jak wiek, płeć, predyspozycje genetyczne.

Koncepcja cyklu życia i przyczyna przyczyn

Jako przyczyny mechanizmów powodujących nierówności w zdrowiu podaje się przede wszystkim uwarunkowania społeczno-ekonomiczne. Największym zagrożeniem dla zdrowia ludności są ubóstwo i niski poziom wykształcenia. Te 2 czynniki powodują również powstawanie społecznych i zdrowotnych nierówności. W najnowszych koncepcjach zauważalne jest odwołanie do perspektywy cyklu życia, co wskazuje, iż wydarzenia oraz kumulacja różnych czynników, które miały miejsce w okresie życia prenatalnego, we wczesnym dzieciństwie oraz w okresie dorastania mogą wpływać na późniejszy stan zdrowia.^{14,15} Przykładem są długofalowe badania przeprowadzone w latach 1995–2013 przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, które wykazały, że warunki społeczno-ekonomiczne we wczesnym dzieciństwie mają wpływ na późniejsze zdrowie i jakość życia.¹⁵ Niepokojące wyniki przedstawia też projekt *Wzmocnić szansę i osłabić transmisję biedy wśród mieszkańców miast województwa łódzkiego* – WZLOT realizowany w latach 2007–2013.¹⁶ Autorzy raportu wskazują na tworzenie się tzw. gett biedy oraz dziedziczenie ubóstwa przez kolejne pokolenia. Podkreślają również, że mieszkańcy łódzkich enklaw biedy rzadko stają się beneficjentami usług społecznych, rzadko też korzystają z programów profilaktyki zdrowotnej i społecznej. W efekcie pogłębiają się różnice w zdrowiu między biedniejszymi a bardziej zamożnymi mieszkańcami województwa łódzkiego.

Kolejnym kierunkiem jest zbadanie przyczyn tradycyjnych czynników ryzyka, czyli szukanie przyczyny przyczyn (ang. *causes of causes*). Metoda ta polega na wykraczaniu poza tzw. tradycyjne czynniki ryzyka i szukanie przyczyn choroby w szerszym kontekście, który uwzględnia również sytuację społeczną, gospodarczą, polityczną

i ich wpływ na wybory i zachowania jednostki. W przypadku chorób układu krążenia tradycyjne czynniki ryzyka, jak palenie tytoniu, nadwaga i otyłość, zaburzenia lipidowe itp. będą analizowane z poziomu makrospołecznego (ogólne relacje między ludźmi, sytuacja społeczna w kraju, status społeczny), mezospołecznego (sieci wsparcia, relacje w pracy i społeczności lokalnej) oraz mikrospołecznego (indywidualne zachowania).¹⁵ Niepewność ekonomiczna kraju może wpływać na możliwości zatrudnienia, relacje międzypracownicze, pojawienie się chronicznego stresu i zwiększenie bezrobocia. Sytuacja taka często powoduje uwalnianie się zachowań kompulsywnych, szkodzących zdrowiu, jak choćby palenie tytoniu, które jest już wymieniane wśród tradycyjnych czynników ryzyka chorób układu krążenia. Podsumowując, aby w pełni zrozumieć mechanizmy powstawania i pogłębiania się nierówności w zdrowiu, należy uwzględnić te 2 wyżej wspomniane perspektywy.

Ubóstwo

Wieloaspektowość zagadnienia nierówności w zdrowiu sprawia, że powinny być one domeną wielu polityk, których podstawowym zadaniem byłoby niwelowanie nierówności na poziomie edukacji, zatrudnienia czy dochodu. Jedną z głównych przyczyn omawianego zjawiska jest ubóstwo. Deprywacja materialna wiąże się z innymi czynnikami, które również wpływają na powstawanie nierówności w zdrowiu bądź są ich efektem. Ubóstwo oznacza najczęściej niski poziom wykształcenia, brak możliwości nabywania określonych dóbr, korzystania ze wszystkich usług społecznych bądź uczestnictwa w życiu kulturalnym. To również stygmatyzacja i dyskryminacja, a także wykluczenie społeczne. W aspekcie zdrowotnym należy wspomnieć o ograniczonym dostępie do świadczeń zdrowotnych i pozostawaniu na końcu kolejki beneficjentów programów profilaktycznych.

Według raportu z realizacji Milenijnych Celów Rozwoju (Millennium Development Goals – MDGs) liczba ludności na świecie żyjącej w skrajnym ubóstwie znacząco się zmniejszyła – z 36% w 1990 r. do 15% w 2011 r.¹⁷ Dane wskazują, że pod koniec 2015 r. liczba mieszkańców świata żyjących za mniej niż 1 dolara dziennie zmniejszyła się do 12%. W przekroju regionalnym widać jednak znaczące różnice. Najmniejszy odsetek osób żyjących w skrajnym ubóstwie w krajach rozwijających się występuje w Afryce Północnej (1%), Azji Zachodniej (3%) oraz Azji Środkowej (2%). W krajach Afryki Subsaharyjskiej natomiast nadal 41% ludności cierpi z powodu skrajnej biedy. Należy nadmienić, iż region ten jest jedynym, w którym pierwszy z Milenijnych Celów Rozwoju (eliminacja skrajnego ubóstwa i głodu) nie został osiągnięty. Dodatkowo niepokojące jest, że w 2011 r. prawie 60% ludności żyjącej w skrajnym ubóstwie mieszkało w 5 państwach świata, a mianowicie w Indiach, Nigerii, Chinach, Bangladeszu i Demokratycznej Republice Konga (dawny Zair).¹⁷ Na

ten stan rzeczy mają również wpływ uwarunkowania polityczno-gospodarcze. Dla przykładu Demokratyczna Republika Konga w latach 60. XX w. była jednym z najlepiej prosperujących krajów pod względem gospodarczym. Jednak I (1996–1997) oraz II (1998–2003) wojna kongijska przyczyniły się do osłabienia ekonomicznego, zadłużenia kraju, a także klęski głodu. Problemem są również wojny z Rwandą oraz ataki fanatycznej Armii Bożego Oporu (Lord's Resistance Army – LRA), która działa w Ugandzie, ale dokonuje również napaści na tereny kongijskie.

Ubóstwo bardzo często staje się motorem ciągu zdarzeń i zachowań, które negatywnie wpływają na zdrowie. Dodatkowo niekorzystna sytuacja najbardziej pokrzywdzonych grup społecznych może być pogłębiona poprzez określone działania i decyzje na szczeblu państwowym. Dla przykładu długotrwała susza, która nawiedziła Zambię w 2000 r., wywołała ciąg zdarzeń wpływających na epidemiologię zakażeń HIV w tym regionie świata.¹⁸ Prezydent Zambii Levy Patrick Mwanawasa nie przyjął amerykańskiej oferty pomocy humanitarnej dla kraju zagrożonego klęską głodu. W rezultacie doszło do migracji ludności z regionów wiejskich do dużych miast w celu poszukiwania zatrudnienia i pożywienia. Jednym z miast docelowych było Chirundu, położone przy głównej trasie tranzytowej w południowej części Afryki. Ruch tranzytowy, głód i brak możliwości zatrudnienia sprawiły, że jedynym opłacalnym i najszybszym sposobem zarobku dla kobiet stała się prostytutka. Ryzyko zakażenia się wirusem HIV w obliczu realnej śmierci głodowej nie wpływało na decyzję o zaprzestaniu prostytutki. Przedstawiona sytuacja Zambii jest modelowym przykładem obrazującym wpływ uwarunkowań politycznych, społecznych i kulturowych na stan zdrowia populacji.

Ubóstwo jest jednym z podstawowych czynników wpływających na stan zdrowia ludności. Również zamożniejsze rejony świata borykają się z tym problemem i powodowanymi przez niego nierównościami w zdrowiu. W krajach Unii Europejskiej ok. 17% ludności żyje w ubóstwie, a prawie jedna czwarta populacji zagrożona jest ubóstwem i wykluczeniem społecznym.¹⁹ O nierównościach powodowanych przez ubóstwo można mówić, porównując sytuację w poszczególnych krajach członkowskich. Co prawda takie porównanie nie uwzględnia różnic w standardzie życia, dlatego też osoba mniej zamożna w kraju o wysokim standardzie życia i bogatym zapleczu socjalnym będzie doświadczała deprywacji w mniejszym stopniu niż osoba mieszkająca w kraju uboższym. W takiej sytuacji porównanie skali ubóstwa pomiędzy poszczególnymi państwami będzie bardziej wskazywać na nierówności społeczne, które implikują nierówności w zdrowiu.

Według danych Eurostatu w Bułgarii i Rumunii zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym może dotyczyć nawet 40% populacji, podczas gdy w krajach takich jak Luksemburg, Holandia, Austria i Szwecja ten odsetek jest znacznie mniejszy – 15–18%. W Polsce sytuacja taka występuje u 24,5% ludności.²⁰ Nierówności widoczne są

również pomiędzy poszczególnymi grupami. Najbardziej zagrożone ubóstwem są dzieci i młodzież <18. r.ż. (27%), następnie osoby dorosłe mające <64 lat (24,3%), a najmniej osoby starsze (20,5%). W przekroju między państwowym również widoczne są znaczące różnice. W Rumunii, Bułgarii i na Łotwie zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym jest 40–52% dzieci i młodzieży, podczas gdy w krajach skandynawskich ta sytuacja dotyczy 13–17% dzieci.²⁰ Dane te nie uwzględniają jednak najbardziej zagrożonych grup, jak imigranci, w tym nielegalni, mniejszości etniczne, osoby mieszkające w instytucjach pomocowych. Biorąc pod uwagę obecną sytuację w Europie, związaną z napływem imigrantów ekonomicznych i uchodźców, odsetek osób żyjących w ubóstwie oraz nim zagrożonych zwiększy się, a tym samym nierówności w zdrowiu mogą stać się coraz bardziej widoczne i większe. Najnowsza metaanaliza wskazuje na wyraźną zależność pomiędzy poziomem deprivacji a stanem zdrowia.²¹ Autorzy niniejszej pracy wskazują, że to właśnie dzieci, a nie dorośli, znajdujące się w niekorzystnej sytuacji materialnej są obciążone większym ryzykiem zachorowania na infekcje przewodu pokarmowego niż ich lepiej sytuowani rówieśnicy.

W Polsce widoczne jest również wojewódzkie zróżnicowanie poziomu ubóstwa. W 2014 r. największą stopę ubóstwa skrajnego odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (14,8%) oraz świętokrzyskim (12,2%), a najniższą w województwach śląskim (4,7%) i dolnośląskim (5,6%).²² W omawianym roku stopa ubóstwa skrajnego dla Polski wynosiła 7,4%. Niepokojącym zjawiskiem jest to, że ryzyko ubóstwa zwiększa się wraz z liczbą dzieci w rodzinie. W 2014 r. w rodzinach wielodzietnych (z co najmniej 4 dzieci) stopa ubóstwa skrajnego wynosiła 26,9%, a w rodzinach z 1 dzieckiem – 2,7%. Wskaźniki te pośrednio informują o możliwościach rozwoju i zapewnienia dzieciom wszystkich cenionych społecznie dóbr. W tym przypadku ubóstwo może oznaczać niższy poziom wykształcenia ze względu na ograniczone możliwości finansowania edukacji, gorsze warunki pracy oraz pracę mniej płatną. Nierzadko taka sytuacja prowadzi do utrwalania pewnych schematów, zachowań i tzw. dziedziczenia ubóstwa. Wśród grup zagrożonych ubóstwem w Polsce wymienia się również osoby niepełnosprawne, mieszkańców wsi oraz osoby młode (<18. r.ż.).

Edukacja

Zagrożenie ubóstwem nieodłącznie związane jest z wykształceniem. Niski poziom wykształcenia często bowiem oznacza gorsze warunki zatrudnienia, bezrobocie, ubóstwo, zwiększone ryzyko zachowań ryzykownych. Stanowi również przeszkodę w rozwoju osobistym oraz jest wymieniane jako jedna z przyczyn nierówności społecznych.^{23,24}

W skali globalnej problem przyjmuje szerszy wymiar i powinien być rozpatrywany z uwzględnieniem sytuacji politycznej, uwarunkowań społeczno-kulturowych, a tak-

że społecznego postrzegania roli płci. Co prawda zaobserwowano zwiększenie liczby dzieci kształcących się na poziomie podstawowym w każdym rejonie świata – liczba dzieci nieuczęszczających do szkoły podstawowej zmniejszyła się ze 100 mln w 2000 r. do 57 mln w 2015 r. Również w regionie Afryki Subsaharyjskiej współczynnik skolaryzacji na poziomie podstawowym wzrósł z 52% w 1990 r. do 78% w 2012 r., jednak według szacunków nawet 43% dzieci na świecie, które nie uczęszczają do żadnej szkoły, nigdy nie podejmie nauki.¹⁷ W poszczególnych częściach świata odsetek ten może być jeszcze większy. Na przykład w Azji Południowej może wynosić nawet 57%, a w Afryce Subsaharyjskiej 50%.¹⁷ Społeczne postrzeganie płci również tutaj ma kluczowe znaczenie. W krajach rozwijających się to właśnie zdobycie wykształcenia choćby na poziomie podstawowym jest szansą na lepsze warunki życia, zatrudnienie. Wykształcenie matek pozytywnie wpływa także na stan zdrowia ich dzieci. Niestety, bardzo często jest tak, że to przyjęte wzorce wyznaczają kobietom rolę żony, matki, opiekunki ogniska domowego lub osoby odpowiedzialnej za dostarczenie wody do gospodarstwa domowego. W tym przypadku kultura i tradycja będą przyczyniały się do pogłębiania nierówności pomiędzy płciami, a w dalszej kolejności nierówności te będą uwiadamniały się w stanie zdrowia. Szacuje się, że w krajach rozwijających się aż 48% dziewcząt nieuczęszczających do żadnej szkoły nigdy nie podejmie nauki. Podobna sytuacja dotyczy mniejszego odsetka, bo 37% chłopców.¹⁷ Z drugiej jednak strony wskazuje się, że to właśnie chłopcy częściej niż dziewczęta przerywają podjętą już naukę.

Toczące się w wielu regionach świata wojny również stanowią przeszkodę w zdobywaniu wykształcenia. W Afryce Północnej znacząco zwiększyła się liczba dzieci nieuczęszczających do szkół – z 28% w 1999 r. do 49% w 2012 r., a w Azji Południowej odpowiednio z 21% do 42%. Dramatyczna sytuacja ma miejsce także w Syryjskiej Republice Arabskiej. W 2013 r. współczynnik skolaryzacji zmniejszył się z 34% do 12%.¹⁷ Dane te nie odzwierciedlają jednak obecnej sytuacji związanej z migracjami Syryjczyków do Europy. Biorąc pod uwagę rozmiar migracji, można spodziewać się pogłębienia się nierówności społecznych związanych w tym przypadku również z niskim poziomem wykształcenia i niemożnością zdobycia odpowiedniej pracy.

Dane europejskie również wskazują na różnice pomiędzy grupami charakteryzującymi się różnym poziomem wykształcenia. Dla przykładu badanie kohortowe przeprowadzone w Danii wykazało, że wśród osób mających podstawowe wykształcenie częściej występowały: otyłość, zachowania antyzdrowotne (palenie), zła samoocena zdrowia, a odsetek zgonów był wyższy. Niski poziom wykształcenia wiązał się ponadto z gorszą sytuacją materialną lub koniecznością korzystania z pomocy instytucjonalnej.²⁵ Również w Polsce istnieją znaczące różnice w zagrożeniu ubóstwem w zależności od wykształcenia. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS)

z 2014 r. stopa skrajnego ubóstwa w gospodarstwach domowych, w których osoby je tworzące miały wykształcenie co najwyżej gimnazjalne, wynosiła 18%, a w sytuacji, gdy głowa rodziny zdobyła wykształcenie wyższe – niecały 1%.²²

Niestety, niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna związana z niskim poziomem wykształcenia przekazywana jest często z pokolenia na pokolenie, prowadząc do tzw. „dziedziczenia biedy”.²³ Podkreślają to również autorzy projektu WZLOT, wskazując, że ubóstwo staje się swoistego rodzaju „kapitałem” przekazywanym kolejnym pokoleniom.¹⁶ Niski poziom wykształcenia to również ograniczenie rozwoju i możliwości pełnego korzystania z wszystkich przysługujących świadczeń. Nierzadko dochodzi do paradoksalnych sytuacji, kiedy z kształcenia ustawicznego i doszkalania się korzystają osoby lepiej wykształcone. Osoby z niższym poziomem wykształcenia rzadziej też korzystają z profilaktyki, co pokazują m.in. wyniki projektu *Wzmocnienie kompetencji nisko wykształconych pracowników w zakresie ich wyborów zdrowotnych w kontekście zmian na rynku pracy* (*Strengthening transversal competences of low educated employees concerning their health choices in the context of changing labour market* – LEECH).^{23,27} Widać to na przykładzie korzystania z opieki stomatologicznej i badań mammograficznych.²³ Jak pokazuje analiza danych z projektu LEECH, osoby z niższym wykształceniem rzadziej analizują swój styl życia w kontekście zdrowia, co może tłumaczyć niechęć do korzystania z programów profilaktycznych. Grupa ta nie jest również zainteresowana edukacją zdrowotną w tradycyjnej formie (ulotka, wykład). Często ze względu na występowanie problemów materialnych problematyka zdrowia nie jest podejmowana, a pojawia się jedynie w przypadku wystąpienia choroby.²⁶ Sytuacja taka powoduje powiększanie się różnic społecznych, a tym samym nierówności w zdrowiu.

Praca

Praca jest kolejnym cenionym społecznie dobrem, które niestety nie dla wszystkich jest dostępne. W kontekście nierówności w zdrowiu aspekt pracy może być rozważany wielowymiarowo: posiadanie pracy lub jej brak, strata pracy, a także oddziaływanie środowiska pracy. Te wszystkie płaszczyzny w różny sposób warunkują stan zdrowia poszczególnych populacji, a także wpływać na powstawanie nierówności w zdrowiu.

Uwzględnienie pracy w determinantach zdrowia ma długą tradycję. W okresie rewolucji przemysłowej zwrócono uwagę na zdrowie robotników zatrudnionych w kopalniach czy zakładach przemysłowych, wskazując na niekorzystne wskaźniki zdrowotne w tych grupach.²⁷ Zatrudnienie jest ponadto bezpośrednio związane z edukacją i dochodem. To poziom zdobytego wykształcenia będzie wpływał na możliwości zatrudnienia, a te z kolei na dochód. Zatrudnienie jest zatem wyznacznikiem pozy-

cji społeczno-ekonomicznej jednostki oraz nieodzownym czynnikiem uwzględnianym w analizach stanu zdrowia populacji. To bowiem w pracy spędza się znaczną część swojego życia.

Badanie Oregon Sudden Unexpected Death Study przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wśród przedstawicieli różnych zawodów wykazało, że największe ryzyko nagłego zgonu z powodu chorób układu krążenia mają przedstawiciele tzw. białych kołnierzyków, czyli zawodów niewykonujących pracy fizycznej.^{28,29} Takie ryzyko ciąży także na pracownikach służby publicznej, m.in. na strażakach i policjantach.²⁹ Być może jest to po części spowodowane oddziaływaniem stresu i uwalnianiem mechanizmów, jakie powoduje nagromadzenie zdarzeń stresowych. Udowodniono mianowicie, że u osób, które doświadczają stresu, dochodzi do określonych reakcji fizjologicznych: przyspieszenia rytmu serca, wzrostu skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi, zwiększenia przepływu krwi, a tym samym nasilenia zużycia tlenu przez serce.

Związek między pracą zawodową a chorobami układu oddechowego wykazany został również w badaniu kliniczno-kontrolnym The Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP).³⁰ Grupę ponad 1300 osób, u których wystąpił zawał serca, porównano z grupą kontrolną 1697 osób wybranych z rejestru mieszkańców. Wykazano, że sytuacje konfliktowe w pracy są jednym z największych czynników zwiększających ryzyko zawału, szczególnie w grupie mężczyzn. Również sytuacje, takie jak bardzo nagły termin, pochwała od szefa czy presja konkurencji powodowały wzrost ryzyka zawału serca.

Wyniki badania kohortowego Health, Alcohol and Psychological factors in Eastern Europe (HAPIEE) wskazują, że większym ryzykiem chorób układu krążenia zagrożone są osoby bezrobotne oraz pochodzące z grup ekonomicznie deprivowanych.³¹

Środowisko pracy nie tylko bezpośrednio wpływa na stan zdrowia, ale powoduje również powstawanie nierówności zdrowotnych. Na przykład w Wielkiej Brytanii współczynnik umieralności osób pracujących na najwyższych stanowiskach jest aż o 70% niższy niż w przypadku osób z najniższych klas zawodowych.³² Nie do końca jednak jest jasne, czy związek ten może być tłumaczony bezpośrednim wpływem wykonywanego zawodu na stan zdrowia. Należałoby wziąć również pod uwagę inne okoliczności, które będą warunkować taki stan rzeczy. Wiadomo bowiem, że silnie oddziałują także czynniki społeczno-demograficzne, wykształcenie, stan zdrowia (tzw. efekt zdrowego pracownika), które również wpływają na możliwości zatrudnienia. Sytuacja taka uwiadamia istniejące już nierówności społeczne i nierówności w zdrowiu. Niższy poziom ekonomiczny może wiązać się z możliwościami wyboru edukacji, a ta wpływa na możliwości zatrudnienia. Nierówności w zdrowiu widoczne na płaszczyźnie zawodowej są zatem odbiciem nierówności tkwiących na innych płaszczyznach społecznych.³³

Podsumowanie

Nierówności w zdrowiu są wypadkową nierówności społecznych, a ich zminimalizowanie staje się obecnie priorytetem zdrowia publicznego. Przy próbie wyjaśnienia przyczyn powstawania nierówności w zdrowiu uwzględnia się już nie tylko tradycyjne społeczne czynniki ryzyka zdrowotnego, ale sięga się dalej, do koncepcji przyczyny przyczyn. Takie przenikanie nauk społecznych do nauk medycznych, zdrowia publicznego czy też epidemiologii jest pozytywnym zjawiskiem, a zarazem koniecznością obecnych czasów. Jest też powrotem do całościowego ujmowania środowiska życia człowieka, wraz z aspektem społecznym, który również oddziałuje na stan zdrowia populacji.

Odniesienie do społecznych uwarunkowań zdrowia i do nierówności społecznych w programach profilaktycznych jest również wyznacznikiem decydującym o sukcesie danego programu. Jak pokazuje raport z realizacji Milenijnych Celów Rozwoju, całkowita likwidacja nierówności w zdrowiu wydaje się celem odległym, ale konsekwentne i zintegrowane działania na poziomie międzynarodowym stopniowo doprowadzają do minimalizacji wspomnianych nierówności.

ORCID iDs

Agata Wypych-Ślusarska  <https://orcid.org/0000-0002-3741-574X>

Joanna Głogowska-Ligus  <https://orcid.org/0000-0002-5003-9187>

Jerzy Słowiński  <https://orcid.org/0000-0003-2470-2296>

Piśmiennictwo

1. Constitution of the World Health Organization. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Dostęp 20.09.2017.
2. Marcinkowski T. Medycyna społeczna XIX–XX wieku. W: Brzeziński T, red. *Historia medycyny*. Warszawa, Polska: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1988:466.
3. Szewczyk T. Edukacyjne i ekologiczne konteksty promocji zdrowia. W: Głowacka MD, red. *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*. Poznań, Polska: Wydawnictwo Wolumin; 2000:180.
4. Sztompka P. *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków, Polska: Znak; 2003:331–355.
5. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Spółeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*. World Health Organization; 2012. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raportspolnierownosci_20130529.pdf. Dostęp 20.09.2017.
6. Mazur J. Nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży z perspektywy całego życia. *Studia BAS*. 2014;2(38):65–87. http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/156D818DC04184E2C1257D07003F40D7?%24File/Strony%20odStudia_BAS_38-4.pdf. Dostęp 20.09.2017.
7. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 2014;129(supl 2):19–31. doi:10.1177/003335491412915206
8. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata: USSR, 6–12 September 1978. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Dostęp 20.09.2017.
9. Gray AM. Inequalities in health. The Black Report: A summary and comment. *Int J Health Serv*. 1982;12:349–380. doi:10.2190/XXMM-JMQU-2A7Y-HX1E
10. World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (11 August 2005). http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/. Dostęp 20.09.2017.
11. Prezes Rady Ministrów. Uchwała Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020. <http://www.legislacja.gov.pl/docs/2/12270850/12281779/12281780/dokument164277.pdf>. Dostęp 20.09.2017.
12. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka. http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf. Dostęp 20.09.2017.
13. Komisja Europejska. *Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w Unii Europejskiej*. Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej; 2011.
14. Mazur J, Małkowska-Szkućnik A, Tabak I. Changes in family socioeconomic status as predictors of self-efficacy in 13-year-old Polish adolescents. *Int J Public Health*. 2014;59:107–115. doi:10.1007/s00038-013-0458-1
15. Skrzypek M. Społeczna geneza choroby wieńcowej z perspektywy cyklu życia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*. 2011;9(2):127–137. doi:10.4467/20842627OZ.11.001.0338
16. Warzywoda-Kruszyńska W, Golczyńska-Gondas A, red. *Wzmocnić szansę i osłabić transmisję biedy wśród mieszkańców miast województwa łódzkiego – projekt WZLOT (raport końcowy + rekomendacje)*. Łódź, Polska: Uniwersytet Łódzki; 2010. <http://www.wzlot.uni.lodz.pl/pub/dokumenty/123230.pdf>. Dostęp 20.09.2017.
17. *The Millenium Development Goals Report 2015*. Nowy Jork, NY, USA: United Nations; 2015. [https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf). Dostęp 20.09.2017.
18. Leszczyński A. *Naznaczeni – Afryka i AIDS*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo TRIO; 2003:35–42.
19. Ubóstwo i nierówności w Unii Europejskiej. *Przewodnik EAPN*. 2014;6. http://www.eapn.org.pl/wp-content/uploads/2014/12/2014-Poverty-Explainer_PL.pdf. Dostęp 20.09.2017.
20. Eurostat Statistics Explained. People at risk of poverty or social exclusion. December 2015. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion. Dostęp 20.09.2017.
21. Adams NL, Rose TC, Hawker J, et al. Relationship between socioeconomic status and gastrointestinal infections in developed countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;23;13(1):e0191633. doi:10.1371/journal.pone.0191633
22. Główny Urząd Statystyczny. *Ubóstwo ekonomiczne w Polsce w 2014 r.* Warszawa, Polska: Główny Urząd Statystyczny; 2015. http://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5487/14/2/1/ubostwo_2014.pdf. Dostęp 20.09.2017.
23. Korzeniowska E, Puchalski K, red. *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*. Łódź, Polska: Instytut Medycyny Pracy im. Prof. dra J. Noflera; 2010. http://promocja-zdrowiawpracy.pl/wp-content/uploads/2011/04/ksiazka_pl.pdf. Dostęp 20.09.2017.
24. Eurostat European Commission. *Sustainable Development in the European Union: 2009 Monitoring Report of the EU Sustainable Development Strategy*. Luksemburg, Luksemburg: Office for Official Publications of the European Communities; 2009. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5703739/KS-78-09-865-EN.PDF/7ccc9240-03ae-40da-b2d8-2cc8a28df320>. Dostęp 20.09.2017.
25. Ullits LR, Ejlskov L, Mortensen RL, et al. Socioeconomic inequality and mortality: A regional Danish cohort study. *BMC Public Health*. 2015;15:490. doi:10.1186/s12889-015-1813-3
26. Puchalski K, Korzeniowska E. Zróźnicowanie stosunku do edukacji zdrowotnej a wykształcenie – Polacy na tle pracowników z Hiszpanii, Łotwy i Słowenii. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*. 2011;2:85–96. doi:10.4467/20842627OZ.11.001.0338
27. Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. W: Brekman LF, Kawachi I, red. *Social Epidemiology*. Nowy Jork, NY, USA: Oxford University Press; 2000:13–35.
28. Zhang L, Narayanan K, Suryadevara V, et al. Occupation and risk of sudden death in a United States community: A case-control analysis. *BMJ Open*. 2015;5:e009413. doi:10.1136/bmjopen-2015-009413
29. Chugh SS, Reinier K, Singh T. Determinants of prolonged QT interval and their contribution to sudden death risk in coronary artery disease: The Oregon Sudden Unexpected Death Study. *Circulation*. 2009;119(5):663–670. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.797035
30. Peter R, Siegrist J, Hallqvist J, et al. Psychosocial work environment and myocardial infarction: Improving risk estimation by combining two complementary job-stress models in the SHEEP Study.

- J Epidemiol Community Health*. 2002;56(4):294–300. doi:10.1136/jech.56.4.294
31. Tillmann T, Pikhart H, Peasey A, et al. Psychosocial and socioeconomic determinants of cardiovascular mortality in Eastern Europe: A multicentre prospective cohort study. *PLoS Med*. 2017 Dec 6;14(12):e1002459. doi:10.1371/journal.pmed.1002459
 32. Smith GD, Hart C, Hole D, et al. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:153–160. <https://jech.bmj.com/content/52/3/153>. Dostęp 20.09.2017.
 33. Ravesteijn B, van Kippersluis H, van Doorslaer E. The contribution of occupation to health inequality. *Res Econ Inequal*. 2013;21:311–332. doi:10.1108/S1049-2585(2013)0000021014