

„Chowanna”	Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego	Katowice 2002	R. XLV (LVIII)	T. 1 (18)	s. 70--82
------------	--	---------------	-------------------	--------------	-----------



Zofia KAWCZYŃSKA-BUTRYM

Nierówności zdrowotne mieszkańców byłych osiedli pegeerów — nie tylko problem edukacyjny

Eliminowanie różnic w zdrowiu powinno być interpretowane jako zapewnienie równości w możliwościach, szansach na bycie zdrowym.

(Ostrowska, 1999, s. 123)

Wprowadzenie

Niwelowanie nierówności zdrowotnych występujących „między państwami i między grupami w obrębie państwa” uznane zostało za istotne zadanie polityki zdrowotnej, gdy w 1984 roku sformułowano po raz pierwszy europejską politykę zdrowia dla wszystkich oraz gdy w 1991 roku uściślano cele w związku ze zmianami, jakie zaszły w Europie Wschodniej i Centralnej (Cele..., 1992, s. 3). Nierówności te diagnozowane są przede wszystkim na podstawie badań epidemiologicznych oceniających stan zdrowia populacji. Do opisu stanu zdrowia stosowane są obiektywne i subiektywne wskaźniki (Podróżka-Malka, 2000). Wśród wskaźników obiektywnych często stosowane są takie negatywne mierniki zdrowia, jak umieralność czy zachorowalność, wśród subiektywnych — samoocena. Stan zdrowia analizują lekarze, demografowie, specjaliści od zdrowia publicznego (Czupryna i in., 2001), jak też socjologowie zajmujący się problematyką zdrowia (Łatoszek, 2000).

Różnice w stanie zdrowia populacji obrazują różne wskaźniki. Ostatnio eksponuje się wskaźnik oczekiwanej długości życia, który ma charakter syntetyczny i odzwierciedla „stan zdrowia ludności, jakość opieki medycznej, warunki życia i stan środowiska” (Pająk, Topór-Mądry, 2001, s. 40). W Polsce oczekiwana długość życia wynosi dla mężczyzn 68,1 a dla kobiet 76,6 lat, w Unii Europejskiej w roku 1995 odpowiednio 74,0 i 80,7 lat (Pająk, Topór-Mądry, 2001, s. 41). Podobnie zróżnicowany jest odsetek osób dożywających do 65. i do 85. roku życia. W połowie lat dziewięćdziesiątych ogólnie dla świata wynosił odpowiednio 70% i 20%, natomiast dla krajów o niskim poziomie rozwoju, a więc w mniejszym stopniu zabezpieczających ludność pod względem materialnego standardu życia i ochrony zdrowia — odpowiednio tylko 47% i 9% (WHO, 1998, s. 40.) Należy też zwrócić uwagę, że w amerykańskim narodowym programie zdrowia (*Healthy People 2000*, 1990) przedstawiono m.in. takie kategorie oceny zdrowia populacji, które uwzględniają poziom dochodu, przynależność do grup mniejszościowych, w tym do grup etnicznych. Uzasadnieniem takiego podejścia są dane epidemiologiczne ukazujące, że wiele niekorzystnych wskaźników zdrowia, m.in. „poronienia, niska waga urodzeniowa, wady wrodzone, umieralność niemowląt są powiązane z niskim dochodem, niskim poziomem wykształcenia, niskim statusem zawodowym i innymi czynnikami niekorzystnego położenia społecznego i ekonomicznego” (*Healthy Poelle 2000*, 1990, s. 30).

Analizy uwarunkowań nierówności zdrowotnych

Poszukiwanie przyczyn występowania nierówności pozwala dostrzec następujące prawidłowości:

- gorsze zdrowie mają ludzie o niższym statusie socjoekonomicznym, z niższych klas społecznych ze względu na selekcję społeczną, gdyż osoby o słabym zdrowiu, chorzy podlegają marginalizacji, przesuwają się w dół drabiny społecznej, zajmują coraz gorszą pozycję społeczną;
- ludzie o niższym statusie socjoekonomicznym wyrabiają w sobie częściej niż osoby o wyższym statusie złe nawyki zdrowotne (palenie, złe odżywianie, picie alkoholu), co prowadzi do pogorszenia stanu ich zdrowia (Ostrowska, 1999);
- z niższym statusem socjoekonomicznym wiążą się trudności materialne, które utrudniają dostęp do instytucji ochrony zdrowia oraz uczestnictwo w programach profilaktycznych (Kawczyńska-Butrym, 2001c, s. 57);

— w populacji dziecięcej pojawiły się nowe lub dotychczas nie ujawnione problemy zdrowotne, których przyczyny tkwią m.in. w ubóstwie rodzin, „które nie są w stanie zaspokoić ich elementarnych potrzeb” (W o y n a r o w s k a, 1999, s. 209).

Jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że zdrowie i sprawność człowieka decydują nie tylko o jakości życia, ale stanowią potencjał społeczny i ekonomiczny państwa, oraz że opieka nad osobami chorymi generuje znaczącą część budżetu i środki firm ubezpieczeniowych — staje się zrozumiałe, że zdrowia nie można postrzegać jako jednostkowej i prywatnej sprawy człowieka oraz jego rodziny.

Zgodnie z doniesieniami literatury na zróżnicowanie zdrowia wpływa styl życia, przynależność do klasy społecznej i uzyskiwane wsparcie (A g g l e t o n, 1992), ale też status społeczny (S i e g r i s t, 1995) rozumiany w socjologii zarówno jako pozycja, miejsce w hierarchicznej strukturze społeczeństwa, położenie w społecznej przestrzeni, jak i zakres przywilejów, obowiązków, szans, a także barier i zagrożeń.

Przestrzeń społeczna to istniejący na danym terenie potencjał warunkujący możliwość dokonywania zmian lub przesunięć w układzie zależności i dystansów (awans), w barierach ograniczających takie możliwości lub w występujących czynnikach wymuszających niekorzystną zmianę w tym układzie (degradacja, marginalizacja). Bariery te mogą mieć układ przestrzenno-terytorialny (S z c z e p a ń s k i, 1995) (poszczególne miasta, dzielnice w mieście, wsie czy osiedla położone daleko od szlaków komunikacyjnych) ze względu na warunki życia, akceptowane normy zachowań, a także rzeczywisty poziom uczestnictwa lub marginalizacji, wykluczenia lub znaczącego ograniczenia udziału ludności zamieszkałej na tym terenie w świadczeniach takich instytucji, jak edukacja, praca, ochrona zdrowia czy pomoc społeczna.

W odniesieniu do edukacji w literaturze podkreślane są dwa aspekty lokalnych uwarunkowań edukacyjnych. Po pierwsze — zróżnicowanie poziomu nauczania w szkołach, co szczególnie ujawniło się po reformie oświaty, zależy od zamożności i aspiracji środowiska lokalnego (nawet w tym samym powiecie różnica w wydatkach bieżących na jednego ucznia jest dziesięciokrotna) (Z a h o r s k a, 2000, s. 85). Po drugie — niskie aspiracje edukacyjne w środowisku lokalnym korespondują z przekonaniem rodziców o niewielkich szansach awansu edukacyjnego i możliwościach zmiany społecznego statusu ich dzieci, ponieważ, jak podkreślono w literaturze, „nauka ponadpodstawowa nie wchodzi w grę z przyczyn najróżniejszych: finansowych, kulturowych, trudności komunikacyjnych i nie mają szans wejść na rynek pracy, a bez pracy są pozbawieni możliwości wyjścia z błędnego koła ubóstwa” (T a r k o w s k a, 1998, s. 170).

W odniesieniu do zdrowia przestrzeń społeczna może być interpretowana zgodnie ze społeczną-środowiskową teorią ryzyka zdrowotnego, w której jako

podstawowy czynnik zagrożenia zdrowia wymienia się materialną deprywację i „brak kontroli nad ważnymi z punktu widzenia jednostki obszarami życia” (Przewoźniak, 2000a, s. 103). Można też, nawiązując do teorii konfliktu, zwracać uwagę na osoby i grupy społeczne żyjące w poszczególnych środowiskach „w społecznej, ekonomiczno-politycznej i/lub kulturowej deprywacji” (Przewoźniak, 2000a, s. 106). Często więc, jak już zaznaczono poprzednio, zróżnicowanie stanu zdrowia zależy od statusu socjoekonomicznego (Ostrowska, 1999, s. 126). Interpretując tę zależność, autorzy odwołują się nie tylko do występowania w niższych klasach społecznych gorszych predyspozycji genetycznych, gorszego, bo wynikającego z ubóstwa, dostępu do opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim wskazują na związek zdrowia z takimi cechami, jak: fizyczne środowisko życia, społeczne i kulturowe procesy rozwoju i socjalizacji oraz na zachowania, które wpływają na zdrowie (Przewoźniak, 2000a, s. 369).

Transformacja — a szanse na zdrowie i edukację

Transformacja ustrojowa w sposób wyrazisty ujawniła rozwarstwienie społeczeństwa polskiego zarówno ze względu na aktualny układ statusów społecznych (Kwaśniewski, red., 1997), jak i ze względu na szanse zajmowania w przyszłości korzystnego położenia społecznego. Szanse życiowe są w socjologii definiowane jako prawdopodobieństwo, że osoba o określonym statusie (położeniu) społecznym osiągnie zamierzone cele lub spotka ją niepowodzenie (Meighan, 1993, s. 327). Na problem ten można spojrzeć z punktu widzenia ograniczonych szans w zakresie wspomnianej już edukacji, co ostatnio bardzo wyraźnie akcentowano w wyborczych programach partii politycznych pod hasłami wyrównywania szans edukacyjnych dzieci i młodzieży z terenów wiejskich, lecz także w perspektywie zdrowia całego społeczeństwa, a szczególnie grup zmarginalizowanych, żyjących w stosunkowo zamkniętych enklawach, w których znajdujemy wiele sygnalizowanych w literaturze czynników statusu niekorzystnie oddziałujących na zdrowie (Warzywoda-Kruszyńska, 2000; Palska, 2000; Kawczyńska-Butrym, 2000).

W grupach tych ostro zarysowują się problemy, które chcę zasygnalizować na przykładzie badań przeprowadzonych wśród mieszkańców osiedli byłych państwowych gospodarstw rolnych w województwie warmińsko-mazurskim pod kątem czynników uwzględnianych w literaturze jako warunkujące stan zdrowia populacji. Prezentacja obejmie też samoocenę zdrowia dokonaną przez mieszkańców tych osiedli w porównaniu z wynikami samooceny zdrowia

uzyskanymi w trakcie spisu, jak prowadził Główny Urząd Statystyczny na próbie ogólnopolskiej. Uwzględnione zostaną również wyniki innych porównywalnych analiz. Badania przeprowadzono wśród 1278 mieszkańców 46 osiedli z 6 powiatów województwa.

Analiza sytuacji mieszkańców osiedli pozwoliła wyróżnić następujące cechy:

- ogólnie niski poziom wykształcenia (73% respondentów ma wykształcenie nie wyższe niż zasadnicze zawodowe);
- bardzo niski status socjoekonomiczny, który charakteryzuje zagrożenie codziennej egzystencji — brak pracy, brak pieniędzy na jedzenie i ubranie¹, brak oszczędności, zadłużenie²;
- brak wpływu na niektóre czynniki ryzyka zdrowotnego, np. kwestia racjonalnego odżywiania w sytuacji, gdy nie zawsze starcza nawet na skromne jedzenie;
- przekonanie o braku szans na poprawę sytuacji przy równoczesnym życiu w specyficznych pod względem terytorialnym warunkach ograniczających szansę na zmiany;
- ekonomiczne i terytorialne bariery korzystania z zasobów instytucji działających na rzecz zdrowia — efektem są rzadkie wizyty u lekarza i korzystanie z jego porad, z usprawnienia i rehabilitacji, ograniczenie stosowania (zakupu) zalecanych leków, ograniczone wizyty u dentysty (K a w c z y ń s k a-B u t r y m, 2001b).

Czynniki zagrożenia zdrowia wśród mieszkańców osiedli

Jednym z makroczynn timerów wpływających na zdrowie populacji jest chroniczny, długotrwały stres psychospołeczny (T i t k o w, 1993; B e j n a r o w i c z, 1994, s. 17). Dla ludności osiedli byłych pegeerów przyczyną stresu stała się nagła utrata pracy oraz brak możliwości znalezienia jej w tej przestrzeni terytorialnej, do której mają dostęp (komunikacja i odległość osiedla od tras komunikacyjnych). Trzeba bowiem pamiętać, że w wypadku pracowników byłych pegeerów i ich rodzin bezrobocie objęło prawie wszystkie osoby w rodzinie i w osiedlu w jednym czasie i na jednym terenie, często zamkniętym

¹ Tylko 48 respondentów (3,8%) oceniło, że w ich rodzinie starcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania.

² Tylko 14,7% badanych ma oszczędności, a co drugi respondent odpowiada, że nie jest zadłużony (51,8%), z tego częściej niż co trzeci jest zadłużony w dwóch lub więcej miejscach.

i odległym od innych osiedli i miast. W ten sposób tworzyły się enklawy ludzi pozbawionych pracy i bez konkretnej perspektywy, by ją na nowo uzyskać w bliskim czasie.

Codzienne problemy i sytuacja bytowa mieszkańców osiedli

Wszyscy autorzy raportów z badań nad sytuacją byłych pracowników pegeerów eksponują szczególnie trudne warunki bytowe i problemy zaspokojenia codziennych potrzeb życiowych (K o r a b, red., 1997) przy jednoczesnej własnej bezradności i bierności (T a r k o w s k a, 1998, s. 167).

W badaniach własnych starano się określić sytuację materialną badanych rodzin żyjących w osiedlach. Szczególnie interesująca była świadomość własnych trosk i niepokojów, analizowana na podstawie indeksu spraw, o których najczęściej myślą, o które niepokoją się mieszkańcy badanych osiedli Warmii i Mazur. Uzyskane odpowiedzi sygnalizują podstawowe, związane z przetrwaniem, problemy respondentów. Na pierwszym miejscu ze względu na częstotliwość wskazań znalazły się problemy **codziennej egzystencji**, które dotyczą tego, „za co kupić jedzenie, ubranie” (często 60%), na drugim problemy **zdrowia** — „za co kupić leki, opłacić wizytę u lekarza”, na trzecim kwestie związane z **jakością życia** i przyczyną zmartwień — „jak oddać dług, pożyczkę”, „co zrobić, aby się tak często nie złościć” i „aby wreszcie trochę odpocząć” (zob. tabela 1).

Tabela 1

**Wybrane problemy, które dręczą i niepokoją mieszkańców
byłych osiedli pegeerów**

Problemy, przyczyny troski	N = 1278	Procent
Za co kupić jedzenie, ubranie	770	60,3
Za co wykupić leki, opłacić wizytę u lekarza	694	54,3
Jak oddać dług, pożyczkę	517	40,5
Co zrobić, aby się tak często nie złościć	397	31,1
Co zrobić, aby wreszcie trochę odpocząć	361	28,8

Jak wskazują przedstawione w tabeli 1 wyniki badań, problemy i troski związane ze zdrowiem sygnalizowało wielu badanych i respondenci wymieniali je najczęściej, tuż po trudnościach z zakupem jedzenia i ubrania. Stanowią więc dla badanych ważny przedmiot niepokoju, szczególnie wówczas, gdy ktoś

w rodzinie jest chory i niezbędna okazuje się wizyta u lekarza i konieczne staje się wykupienie leków. Wystąpienie ograniczeń w tym zakresie może sygnalizować zjawisko „ekskluzji”, wykluczenia, co zagraża zdrowiu mieszkańców osiedli. Również na pytanie, czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy **musieli ograniczać** swoje wydatki, respondenci wymienili wydatki na ubranie (67,9%), na jedzenie (52,3%) i z tą samą częstotliwością wydatki na zakup leków (52,3%), a także opłaty związane z pójściem do lekarza (48%), do dentysty (40,5%) oraz z usprawnianiem i rehabilitacją (24%). Uzyskane wyniki są porównywalne z badaniami prowadzonymi przez GUS na próbie ogólnopolskiej. Pozwala to ocenić skalę zjawiska ograniczeń w korzystaniu z opieki nad zdrowiem, jaka występuje wśród mieszkańców popegeerowskich osiedli (zob. tabelę 2).

Tabela 2

**Ograniczenia wydatków związanych ze zdrowiem,
wynikające z trudności finansowych (w %)**

Rodzaj ograniczeń	Badania GUS ^a	Osiedla byłych pegeerów ^b
Realizacja recept ^a , wykup leków ^b	27,8	52,3
Wizyty u lekarza	24,2	48,0
Leczenie zębów ^a , wizyty u stomatologa ^b	29,4	40,5
Badania specjalistyczne, zabiegi rehabilitacyjne ^a , usprawnienie i rehabilitacja ^b	22,7	24,0

^a Określenia stosowane w badaniach GUS.

^b Określenia stosowane w badaniach własnych.

We wszystkich zakresach wydatków związanych ze zdrowiem ograniczenia zdecydowanie częściej wymieniali mieszkańcy badanych osiedli niż respondenci uczestniczący w badaniach ogólnopolskich, a w odniesieniu do wykupu leków i wizyt u lekarza reglamentację zanotowano dwukrotnie częściej. Nie jest to więc problem marginalny, lecz obejmuje dużą część badanych.

Samoocena zdrowia

W przyjętych w literaturze analizach odnoszących się do oceny stanu zdrowia ludności stosowane są skale subiektywne (samoocena), opracowywane na podstawie badań sondażowych, których przedmiotem jest wiedza i odczucia respondentów dotyczące ich zdrowia (Podrażka-Malka, 2000, s. 24). Skale te stanowią podstawę oceny stanu zdrowia danej populacji i określają,

w jaki sposób poszczególne osoby postrzegają swoje zdrowie (Kuciarska-Ciesielska, 1999, s. 32), a także jakie są warunki, w których żyją (Podrażka-Malka, 2000, s. 33). To ujęcie wielowymiarowe, obejmujące medyczne i socjokulturowe aspekty zdrowia (Tobiasz-Adamczyk i in., 1999, s. 31). Subiektywne skale zdrowia opierają się na określeniach ustalonych i rekomendowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Są wykorzystywane głównie do międzynarodowych porównań stanu zdrowia i jakości życia danego społeczeństwa. Na ogół w ocenie stanu zdrowia wyniki samooceny okazują się korzystniejsze niż obiektywne rezultaty badań przeprowadzonych przez lekarzy.

Gdy w roku 1996 poddano badaniu samoocenę stanu zdrowia ludności Polski, uzyskane odpowiedzi wskazały, że 44% ludności oceniło swój stan zdrowia pozytywnie, jako dobry lub bardzo dobry, a 56% — negatywnie. Interesujące, że oceny te były mniej korzystne na wsi (odpowiednio 41% i 59%) niż w mieście (45% i 54%) (Kuciarska-Ciesielska, 1999, s. 33). Porównywalną analizę, ale obejmującą ludność wsi przeprowadzono na przełomie lat 1989/1999 w Instytucie Medycyny Wsi. Uzyskane wypowiedzi ujawniły, iż „w kategoriach pozytywnych (bardzo dobry i dobry) oceniło swoje zdrowie 55% badanych, a w kategoriach negatywnych (mierny, zły) — 45% populacji” (Skrętowicz, red., 1994, s. 283). Jeszcze mniej korzystnie wypadła samoocena zdrowia w badaniach własnych, przeprowadzona wśród mieszkańców osiedli byłych pegierów — pozytywnie własne zdrowie ocenił jedynie co trzeci badany, a negatywnie aż dwie trzecie mieszkańców.

Łącząc kategorie ocen jako pozytywne (bardzo dobra i dobra) i niepozytywne (określane w różnych badaniach jako: takie sobie, mierne, złe, bardzo złe), uzyskano wyniki, które przedstawia tabela 3.

Tabela 3

**Samoocena zdrowia ludności osiedli byłych pegierów
w porównaniu z samooceną zdrowia w badaniach ogólnopolskich
i w badaniach ludności wsi**

Kategoria oceny zdrowia	Wyniki samooceny zdrowia ludności				
	ogółu	zamieszkałej na wsi			
	1996 GUS ^a	1990 IMW ^b	1996 GUS ^c	1997 AM ^d	2000 byłych pegierów ^e
Pozytywna	44,0	55,0	41,0	41,0	32,0
Niepozytywna	56,0	44,0	59,0	59,0	68,0

^a Kuciarska-Ciesielska, 1999 — reprezentacyjne badania ogólnopolskie.

^b Skrętowicz, red., 1990 — badania samooceny zdrowia ludności wsi ogólnopolskie.

^c Kuciarska-Ciesielska, 1999 — reprezentacyjne badania ogólnopolskie — dane dla wsi.

^d Kawczyńska-Butrym, 1999 — badania samooceny zdrowia ludności wybrane, wsi (Wąwolnica, woj. lubelskie).

^e Badania własne (2000).

Przedstawione w tabeli 3 wyniki różnych badań pozwalają podkreślić, że zdecydowanie najniższą relatywnie samoocenę zdrowia mają mieszkańcy osiedli byłych pegeerów, swoistych enklaw ubóstwa. Jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że samoocena zdrowia jest uznawana za ważny i przyjęty przez światowe gremia medyczne wskaźnik oceny stanu zdrowia danej populacji, który określa dodatkowo jej warunki życia i poziom opieki zdrowotnej, to stan zdrowia mieszkańców osiedli napawa niepokojem.

Pojawiają się więc dwa pytania: Jakie są cechy charakteryzujące osoby o najniższej samoocenie zdrowia? Czy niską samoocenę można uznać za wskaźnik złożonych problemów społecznych i zagrożeń zdrowia populacji?

Samoocena — analiza zmiennych

Analiza statystyczna danych ilościowych pozwoliła wykazać, że nie było istotnej zależności między samooceną zdrowia przez mieszkańców osiedli a płcią. Wyraźnie natomiast zależność taka wystąpiła, co potwierdza wiele badań (Fu, Goldman, 1996; Waldron i in., 1997), w odniesieniu do innych cech demograficzno-społecznych, jak wiek, stan cywilny, wykształcenie oraz różne kategorie opisu i oceny sytuacji bytowej — posiadanie lub nieposiadanie stałego zatrudnienia, posiadanie lub nieposiadanie oszczędności i zadłużenia, ocena własnych szans życiowych, sytuacji materialnej w rodzinie oraz relatywna ocena tej sytuacji w porównaniu z położeniem większości rodzin żyjących w badanych osiedlach. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 4.

Tabela 4

Samoocena zdrowia a zmienne demograficzno-społeczne i oceny sytuacji bytowej

Rodzaj zmiennej	Chi-kwadrat	Poziom istotności	V Cramera
Płeć	—	—	,026
Wiek	429,960 4df	0,000	,290
Wykształcenie	113,107 2df	0,000	,298
Stan cywilny	140,620 2df	0,000	,332
Stala praca, brak	220,035 2df	0,000	,415
Ocena szans na zmianę	113,587 2df	0,000	,300
Posiadanie oszczędności	19,564 1df	0,000	,124
Posiadanie zadłużenia	—	—	,033
Ocena sytuacji materialnej rodziny	85,113 5df	0,000	,258
Relatywna ocena sytuacji materialnej rodziny	16,533 4df	0,01	,114

Wiek, z oczywistych względów, istotnie różnicuje samoocenę zdrowia. Choć płeć analizowana jako cecha odrębna nie wpływała statystycznie na samoocenę zdrowia³, to przy uwzględnieniu dwu zmiennych łącznie — wieku i płci — różnice okazały się znamienne statystycznie. W poszczególnych kategoriach wieku samoocena kobiet była mniej zadowolająca niż samoocena mężczyzn.

Korzystniej oceniali swój stan zdrowia osoby stanu wolnego — trzykrotnie więcej było ocen pozytywnych (72,5%) niż negatywnych (27,5%) — gorzej osoby pozostające w związku małżeńskim (tylko 29,8% ocen pozytywnych i 70,2% negatywnych). Najgorzej swój stan zdrowia osądziły pozostałe osoby — owdowiałe, rozwiedzione, żyjące w konkubinacie (odpowiednio 16% i 84%).

Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta pozytywna klasyfikacja własnego zdrowia. Potwierdzają to wszystkie badania, uznając wykształcenie za najsilniejszy pojedynczy predyktor stanu zdrowia (Ostrowska, 1999, s. 127). Tylko co piąty mieszkaniec osiedli byłych pegeerów z wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym (łącznie z takim wykształceniem było 49% badanych) zaopiniował swój stan zdrowia pozytywnie (19,2%, a 80,6% negatywnie). Osoby z wykształceniem pomaturalnym, niepełnym wyższym i wyższym (łącznie 5%) ponad dwukrotnie częściej deklarowały ocenę pozytywną (69,2%) niż negatywną (30,8%).

Osoby posiadające stałą pracę, nie mające stałego zatrudnienia lub bezrobotne niewiele różniły się w ocenie stanu zdrowia. Najgorzej wartościowały ów stan, z oczywistych względów, osoby będące na rencie i emeryturze.

Aż trzy czwarte badanych mieszkańców popegeerowskich osiedli źle oceniło własne szanse na poprawę aktualnego położenia. Biorąc pod uwagę fakt, że ponad dwie trzecie badanych osądziło także niekorzystnie swój stan zdrowia, należy uznać, że obie te cechy w sposób znaczący charakteryzują badaną zbiorowość. Samoocena zdrowia i samoocena szans na poprawę sytuacji wykazały dużą zależność statystyczną. Im wyższa była samoocena szans, tym częściej deklarowana była pozytywna ocena zdrowia, i odwrotnie — im niżej oceniano szanse tym niższa okazywała się samoocena. Można przyjąć, że z jednej strony pozytywne postrzeganie szans korzystnie wpływa na samoocenę zdrowia, z drugiej zaś — osoby pozytywnie oceniające zdrowie częściej dobrze oceniają szansę na poprawę swojej sytuacji niż pozostałe osoby.

Osoby posiadające oszczędności częściej uznawały swój stan zdrowia za dobry (40,3%) niż osoby nie mające oszczędności (29,5%). I analogicznie — rzadziej samoocena zdrowia osób posiadających oszczędności była nega-

³ We wszystkich badaniach płeć traktowana jest jako podstawowa zmienna różnicująca obiektywne i subiektywne wskaźniki zdrowia (por. Przewoźniak, 2000b, s. 368).

tywna (odpowiednio 53,7% i 70,1%). Posiadanie zadłużenia nie wpływało natomiast statystycznie na samoocenę zdrowia.

Odpowiadając na pytanie, kto miał odczucie najniższego komfortu zdrowotnego, należy skonstatować, że pomijając oczywisty i potwierdzony badaniami fakt gorszego stanu zdrowia respondentów w starszym wieku i pozostających na rencie i emeryturze, najgorzej subiektywnie oceniły swój stan zdrowia osoby o najniższym poziomie wykształcenia, owdowiałe, rozwiedzione lub pozostające w konkubinacie, które źle zaopiniowały zarówno sytuację bytową swojej rodziny, jak i własną szansę na jej zmianę, ponadto nie posiadające oszczędności oraz uznające sytuację swojej rodziny za mniej korzystną niż sąsiadów. Wyniki te wskazują na dwa obszary deprywacji współwystępujące z niską samooceną zdrowia: na deprywację materialną — brak pracy, brak oszczędności, zła sytuacja materialna (brak pieniędzy na zakup jedzenia i ubrania), oraz na deprywację społeczną — niski poziom wykształcenia, nieuregulowana, „przejściowa” sytuacja rodzinna, poczucie upośledzenia w środowisku sąsiadów oraz świadomość braku lub niewielkich szans na zmianę swojego położenia.

Zakończenie

Potraktowanie samooceny zdrowia jako uprawnionego, w świetle rekomendacji WHO, syntetycznego (uwzględniającego elementy medyczne i socjokulturowe) wskaźnika oceny stanu zdrowia mieszkańców osiedli byłych pegeerów pozwala zwrócić uwagę na występujący problem nierówności zdrowotnych. Ich uwarunkowania mają charakter złożony i wieloprzyczynowy i ujawniają także, oprócz przyczyn bytowych, co chciałabym podkreślić, specyficzny kontekst społeczny. Moim celem było nie tyle omówienie przyczyn tego stanu, choć nie sposób było ich pominąć, ile ukazanie zjawiska i przedstawienie enklaw biedy jednocześnie jako enklaw zagrożonego zdrowia. Jeśli więc tak wiele mówi się o konieczności zwiększenia szans edukacyjnych zamieszkałych tam dzieci i młodzieży, należałoby na równi eksponować problem szans bycia zdrowym. Nie tylko bowiem edukacja, ale także, a może przede wszystkim, zdrowie wpływa na możliwości życiowe człowieka w każdym wieku, nie tylko dzieci i młodzieży, wokół których toczą się dyskusje edukacyjne. Problemy te coraz częściej postrzegają i sygnalizują lekarze. Jak stwierdza B. Woynarowska (1999, s. 209), choć subiektywna ocena zdrowia uczniów jest pozytywna, to obserwuje się w ostatnich latach wzrost zgłaszanych przez dzieci i młodzież objawów i dolegliwości natury psychosomatycznej, co, jej zdaniem, można łączyć „z trudnościami transformacji

ustrojowej, dotyczącymi rodziny, w tym także dzieci i młodzież". I tak też chciałabym, aby ów artykuł postrzegano w kontekście zdrowia populacji dziecięcej i młodzieżowej, ponieważ omawiane tu kwestie, choć prezentują wyniki badań nad dorosłymi mieszkańcami popegeerowskich osiedli, ukazują problemy i przestrzeń społeczną, w której żyją ich dzieci.

Bibliografia

- Aggleton P., 1992: *Health*. London.
- Bejnarowicz J., 1994: *Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowań. Wyzwania dla promocji zdrowia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1–2.
- Cele zdrowotne w programie „Zdrowie dla Wszystkich”. *Polityka zdrowotna w Europie*, 1992, Kopenhaga.
- Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W. C., red., 2001: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Kraków.
- Fu H., Goldman N., 1996: *Incorporating Health into Models of Marriage Choice: Demographic and Sociological Perspectives*. „Journal of Marriage and the Family”, vol. 58.
- Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. 1990, US. Department of Health and Human Services. Washington.
- Kawczyńska-Butrym Z., 1999: *Program gmin promujący zdrowie. Działania i bariery*. W: *Zdrowie i choroba. Promocja zdrowia dla gmin i instytucji edukacyjnych*. Red. M. Latoszek. Gdańsk.
- Kawczyńska-Butrym Z., 2000: *Ubóstwo, alkoholizm i choroba w pamiętnikach pracowników socjalnych – wyzwania dla promocji zdrowia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 18.
- Kawczyńska-Butrym Z., 2001a: *Sytuacja życiowa mieszkańców osiedli byłych PGR*. „Polityka Społeczna”, nr 8.
- Kawczyńska-Butrym Z., 2001b: *Odpowiedzialność za zdrowie w enklawach ubóstwa*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” [w druku].
- Kawczyńska-Butrym Z., 2001c: *Zdrowie i edukacja zdrowotna z perspektywy socjologii zdrowia*. W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. Woynarowska, M. Kapica. Warszawa.
- Korab K., 1997: *Ludzie i ziemia po upadku pegeerów. Analiza socjologiczna i ekonomiczna*. Warszawa.
- Kuciarska-Ciesielska M., 1999: *Gospodarstwa domowe według samooceny stanu zdrowia jego członków*. W: *Stan zdrowia ludności a sytuacja społeczno-ekonomiczna rodzin w latach 1996–1997*. Warszawa.
- Kwaśniewski J., 1997: *Kontrola społeczna procesów marginalizacji*. Warszawa.
- Latoszek M., 2000: *Zachowania i postawy wobec przemian ochrony zdrowia*. Gdańsk.
- Meighan R., 1993: *Socjologia edukacji*. Toruń.
- Ostrowska A., 1999: *Styl życia a zdrowie*. Warszawa.
- Pająk A., R. Topór-Mądry R., 2001: *Ocena stanu zdrowia populacji*. W: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Red. A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk. Kraków.

- Palska H., 2000: *Ubodzy o chorobach i praktykach higienicznych*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 18.
- Podrażka-Małka A., 2000: *Badania i pomiar stanu zdrowia współczesnej populacji*. „Studia Demograficzne”, nr 1.
- Przewoźniak L., 2000a: *Społeczne przyczyny choroby*. W: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Red. A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk. Kraków.
- Przewoźniak L., 2000b: *Udział nauk o zachowaniu w zdrowiu publicznym*. W: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Red. A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk. Kraków.
- Siegrist J., 1995: *Social Differentials in Health: What can Sociological Knowledge Offer to Explain and Possibly Reduce Them?* „Social Science and Medicine”, vol. 12.
- Skrętowicz B., red., 1994: *Zdrowie mieszkańców polskiej wsi. Wyniki badania reprezentacyjnego 1990*. Lublin.
- Szczepański M. S., 1995: *Region katastroficzny wobec wyzwań cywilizacyjnych. Przypadek Górnego Śląska*. W: *Ludzie i instytucje. Stawanie się ładu społecznego*. Lublin.
- Tarkowska E., 1998: *Ubóstwo w byłych PGR-ach; w poszukiwaniu dawnych źródeł nowej biedy*. W: *Śląsk Polska Europa. Zmieniające się społeczeństwo w perspektywie lokalnej i globalnej. Księga X Ogólnopolskiego Zjazdu Socjologicznego*. Katowice, s. 170.
- Tobiasz-Adamczyk B., Bajka J., 1999: *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*. Kraków.
- Titkow A., 1993: *Stres i życie społeczne. Polskie doświadczenia*. Warszawa.
- Waldron I., Weiss Ch. C., Hughes M. E., 1997: *Marital Status Effects on Health: are There Differences Between Never Married Women and Divorced and Separated Women?* „Social Science and Medicine”, vol. 9.
- Warzywoda-Kruszyńska W., 2000: *Bieda a zdrowie i szanse rozwoju dzieci*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 18.
- WHO, 1998: *Life in the 21st Century. A Vision for All. Report of the Director General*. Geneva.
- Wojnarowska B., 1999: *Problemy zdrowotne populacji w wieku szkolnym*. „Pediatria Praktyczna”, T. 7, nr 2.
- Zaborska M., 2000: *Ilość, jakość czy efektywność czyli co jest celem reformy edukacji*. W: *Polska przed nowymi wyborami. Barometr społeczno-ekonomiczny*. Warszawa.