

# Magdalena Sokołowska

---

## Zdrowotny wymiar nierówności społecznych

---

Przegląd Socjologiczny Sociological Review 39, 227-239

---

1991

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MAGDALENA SOKOŁOWSKA

## ZDROWOTNY WYMIAR NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH

### UWAGI WSTĘPNE

Istnieje ogromne piśmiennictwo współczesne i bogata spuścizna historyczna na temat związków między różnymi wyznacznikami struktury społecznej lub fragmentami „warunków (stylów) życia” a rozmaicie pojmowanym zdrowiem. Jednak dorobek ten jest na ogół mało przydatny dla systematycznych, makrospołecznych badań nierówności społecznych. Autorami znacznej większości badań są lekarze-epidemiolodzy. Dążą oni do ustalenia wpływów społecznych w powstawaniu i rozmieszczeniu określonych chorób, po to, aby skuteczniej je zwalczać. Opierają się zwykle na wyselekcjonowanych populacjach, najczęściej na pacjentach. Medycyna, także medycyna społeczna, tradycyjnie nie zajmuje się strukturami społecznymi. Jeśli odwołuje się do jakiejś zbiorowości ogólnej, to traktuje ją jako ludność w statystycznych podziałach na wiek i płeć oraz miasto i wieś. Podobnie przedstawiają się oficjalne statystyki umieralności w wielu krajach. Tylko w Wielkiej Brytanii istnieją wieloletnie, ogólnokrajowe dane o zgonach według klasy społecznej.

Od dawna wiadomo, że wskaźniki umieralności są różne w różnych, społecznie zdefiniowanych kategoriach ludności we wszystkich krajach I, II i III świata. Natomiast mniej wiadomo o tym, że wskaźniki chorób oraz funkcjonowanie biologiczne i psychiczne wykazują te same tendencje, w tych samych kierunkach. Najmniej zaś znane są przyczyny owych zjawisk, jak również mechanizmy, które „przekładają” pozycję i doświadczenie społeczne na dobre lub złe zdrowie, a także rola systemów opieki zdrowotnej w wytwarzaniu społecznie uwarunkowanych różnic w zdrowiu lub przeciwdziałaniu im.

Dane pochodzące z krajów o długiej tradycji badawczej, skłaniają do hipotezy, że społeczne różnice w zdrowiu odzwierciedlają społeczne różnice w środowisku i poziomach życia, że ruchliwość społeczna sprzyja utrzymywaniu się tych różnic i że systemy opieki zdrowotnej w ich obecnej formie zawierają duży ładunek nierówności w zdrowiu — nawet w tych krajach, gdzie służba zdrowia jest efektywna i dostępna dla wszystkich grup społecznych.

Powyższe stwierdzenia daleko wykraczają poza to co udowodniła nauka. Dane o umieralności są bezsporne tylko w niewielu krajach. W większości krajów

w ogóle nie ma odpowiednich materiałów lub z powodu swoich ograniczeń nie nadają się one do analiz społecznych. Medycznie pewne informacje o chorobach nigdzie nie nadają się do mierzenia różnic w zdrowiu, a zwłaszcza do naukowego wyjaśnienia przyczyn i procesów. Co więcej, wskaźniki nierówności społecznych są ograniczone i wadliwe, a przy tym tylko rzadko zbierane z punktu widzenia umieralności i chorobowości, a więc trudne, a raczej zwykle niemożliwe, jest systematyczne sprzęganie nierówności społecznych i zdrowotnych.

Sytuacja idealna wymagałaby informacji o umieralności według przyczyn zgonów oraz o rozmaitych wskaźnikach chorobowości, a następnie skorelowania ich i sklasyfikowania według rozmaitych wskaźników statusu społecznego, zawodowego i ekonomicznego, wskaźników doświadczenia związanego z zatrudnieniem, poziomu życia, narażenia środowiskowego, wieku i płci, zmiennych miejskich-wiejskich i ekologicznych, stanu rodzinnego, pochodzenia narodowościowego i etnicznego, wykształcenia, historii chorób, użytkowania służby zdrowia i innych instytucji socjalnych, itd. Sytuacja idealna wymagałaby dalej dysponowania informacjami o jednostkach i grupach w przebiegu długich okresów historycznych, tak, aby można było ustalić sekularne trendy konwergencji lub dywergencji. Najbardziej zbliżają się do tego modelu materiały brytyjskie, ale nawet one są niejednolite i w obecnej postaci nie mogą być podstawą dowodów naukowych.

#### WYBÓR WSKAŹNIKÓW ZDROWIA I ZŁEGO ZDROWIA

W badaniach stanu zdrowia populacji należy pamiętać, że istnieją różne znaczenia „zdrowia” i że ma to różne implikacje dla działań zmierzających do poprawy zdrowia. I tak „zdrowie” można oznaczać wynik uwolnienia człowieka od choroby albo brak choroby wykrywalnej klinicznie. Ten tradycyjny „medyczny” model zdrowia znajduje swoje odzwierciedlenie we współczesnej organizacji medycyny i służby zdrowia, w skali przyjętych tam wartości, kształcenia adeptów medycyny, itd.

Można jednak potraktować „zdrowie” znacznie szerzej, np. jako wyraz wigoru, dobrego samopoczucia i zaangażowania człowieka w sprawy jego środowiska i społeczności; obecność lub brak chorób jest tylko częścią tego obrazu. Odpowiada to mniej więcej znanej definicji zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia: „Zdrowie jest pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, nie tylko brakiem choroby lub kalectwa”.

Tak pojęte zdrowie (model „społeczny”) wciąż jeszcze z trudem toruje sobie drogę, chociaż przynajmniej od 150 lat widać, że działalność zdrowotna jest przedsięwzięciem społecznym, a nie tylko technicznym. Na zmiany poglądów w tej dziedzinie mają wpływ rozmaite czynniki: osiągnięcia nauk medycznych w zakresie obniżenia umieralności z powodu chorób zakaźnych i w konsekwencji tego zwrócenie uwagi na choroby przewlekłe o złożonej etiologii; rozwój służb zdrowia publicznego wraz ze statystycznymi badaniami zdrowia oraz badaniami

epidemiologicznymi, które wykazały ważność warunków życia i ochrony przed szkodliwościami oraz ograniczone możliwości ludności w zakresie poprawy zdrowia; ostatnio zaś prace socjologów, dotyczące skutków rozmaitych form organizacji społecznej, na czele z rodziną, na poziomie życia.

Planując badanie empiryczne oparte na modelu społecznym zdrowia, można wziąć pod uwagę trzy grupy wskaźników: 1) czynniki ryzyka (narażenia), 2) stan zdrowia, 3) użytkowanie służby zdrowia<sup>1</sup>. Grupa pierwsza zawiera koncept zdrowia pozytywnego, gdyż chodzi tu o zdrowe, normalne zbiorowości i o działania w swej istocie profilaktyczne, dotyczące procesów reprodukcji, warunków pracy i innych wpływów środowiskowych, rozwoju fizycznego i psychicznego dzieci i młodzieży, żywienia, uzależnienia od alkoholu, leków, palenia, itd. Grupa druga to przede wszystkim pomiary chorób i zgonów; w tej dziedzinie jest najwięcej informacji. Istnieją rozmaite wskaźniki złego zdrowia: zapadalności i chorobowości, absencji chorobowej, niepełnej sprawności, a przede wszystkim wskaźniki umieralności, które mają najdłuższą tradycję, są osiągalne w wielu krajach i przynajmniej w pewnym stopniu nadają się do porównań, szczególnie w odniesieniu do unikalnych statystyk umieralności w Wielkiej Brytanii. Każdy z tych wskaźników uwikłany jest w kwestie pomiaru i ma swoje ograniczenia. Na przykład nadmierne poleganie na wskaźnikach umieralności może spowodować pewną obojętność wobec problemów chorób przewlekłych (często nie doprowadzają one bezpośrednio do zgonu, trwają latami). Przesadna zaś zależność od wskaźników chorobowości może obniżyć zainteresowanie chorobami czy wadami wrodzonymi i innymi – takimi, które powodują trwałą niewydolność, a także zaburzeniami dobrego samopoczucia człowieka, nie mieszczącymi się w konwencjonalnej klasyfikacji chorób.

Na uwagę zasługuje wskaźnik niepełnej sprawności<sup>2</sup>. Interpretacja tego pojęcia jest wprawdzie zmienna, ale w ostatnich czasach, w badaniach ogólnokrajowych w USA, Wielkiej Brytanii, a także w Polsce<sup>3</sup>, coraz częściej utożsamia się je z ograniczoną aktywnością, co obejmuje samoopiekę, prowadzenie gospodarstwa domowego oraz aktywność zawodową i społeczną. Istnieje tendencja do traktowania niepełnej sprawności według stopnia ciężkości, niezależnie od wieku, płci i przyczyny, która spowodowała dany stan. Wszystkich niepełnosprawnych, młodych i starych, nie pracujących lub pracujących, upośledzonych fizycznie lub umysłowo – od urodzenia, od wojny, po wypadek, po chorobę – traktuje ten wskaźnik podobnie. Już w bliskiej przyszłości może on stać się rutynową miarą stanu zdrowia, przynajmniej w niektórych krajach.

---

<sup>1</sup> M. Sokołowska, *The European Study of Social Equity and Health: The Perspective of The Developing Countries (working paper)*, The Advisory Committee on the Programme of Social Equity and Health, World Health Organization, Regional Office for Europe, Barcelona 26–28 X 1983.

<sup>2</sup> M. Sokołowska, J. Bejnarowicz, *Social Policy and The Concept of Health Status*, [w:] *Sociotechnics* (ed. A. Cherns), London 1976.

<sup>3</sup> *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i system rehabilitacji w PRL*, Komitet Rehabilitacji i Adaptacji Człowieka PAN, Wrocław 1984, s. 559.

Wskaźniki należące do grupy czynników ryzyka i narażenia nie mają na razie takich szans. Jest to – i pozostanie zapewne jeszcze długo – dziedzina badań naukowych, których znaczenia nie sposób przecenić. Niektóre aspekty zdrowia pozytywnego mają już bogatą literaturę<sup>4</sup>, a rola innych stopniowo wzrasta. Należą do nich dwa wskaźniki używane w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN: sprawność umysłowa i waga urodzeniowa<sup>5</sup>.

#### WYBÓR WSKAŹNIKÓW NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH

Główną kategorią społeczną i punktem wyjścia przyjętym w obu naszych wspomnianych powyżej badaniach jest grupa społeczno-zawodowa. Pojęcie to pozwala na ogólne zarysowanie problemu, a poza tym najczęściej operuje nim polityka społeczna. W tej konwencji próbuje się opisać i wyjaśnić zarejestrowane różnice w stanie zdrowia między poszczególnymi grupami, w sferze szczegółowo ujętego zróżnicowania warunków materialnych, ekonomicznych i kulturowych przedstawicieli poszczególnych grup. Zasadnicze zmienne konstytuujące tę kategorię – to wykształcenie, zawód i stanowisko.

Brytyjskie statystyki umieralności posługują się – jak wiadomo – pojęciem klasy społecznej, gdzie – według klasyfikacji Office for Population Censuses and Surveys – kryterium jest zawód mężczyzn, od klasy I do V. Według tego kryterium, obecnie połowa ludności należy do klasy społecznej III, a klasy społeczne I (5% ludności) i V (9% ludności) są mniejszościami, oczywiście bardzo odmiennymi. Fachowcy są świadomi faktu, że w ciągu kilkudziesięciu lat (od początków tej statystyki w 1911 r.) nie utrzymała się stabilność klas. Wystąpiły zmiany w przypisaniu określonych zawodów do poszczególnych klas, znacznie skomplikował sytuację wzrost liczebności pracujących żon, a także zmiany składu etnicznego ludności. Poza tym brakuje jakiejś miary klasy społecznej nadającej się do analizy zdrowia rodziny jako całości lub jej poszczególnych członków. Wiąże się z tym potrzeba powrotu do dawnej tradycji pomiaru doświadczeń zdrowotnych ludzi bogatych i biednych, nie tylko dlatego, że zawód nie jest odpowiednim wskaźnikiem klasy społecznej rodziny, ale dlatego, że coraz ważniejsza staje się kategoria „zasoby” (resources) a nie „dochód” (income).

Jeszcze nie umiemy jednak odnieść bezpośrednio trendów nierówności w zakresie dystrybucji „dochodu” i „zamożności” do wskaźników zdrowia. Głównym wskaźnikiem pozostaje umieralność i właśnie na wskaźnikach umieralności oparto *The Black Report*.

#### THE BLACK REPORT

Raportowi temu poświęcę nieco więcej miejsca, gdyż jest to pionierskie opracowanie w dziedzinie nierówności społecznych w zdrowiu. Poza tym

<sup>4</sup> W Polsce szczególnie rozwój fizyczny dzieci i młodzieży.

<sup>5</sup> Wskaźniki te będą omówione w dalszej części artykułu.

interesujące są dzieje owego przedsięwzięcia. Świadczą one o wybuchowym charakterze problematyki nierówności społecznych w zdrowiu. Fakt ten tłumaczyć może, dlaczego Światowa Organizacja Zdrowia (która jest organizacją międzynarodową, w zasadzie rządową, podległą ONZ), dopiero obecnie, po 40 latach swego istnienia dostrzegła tę problematykę i zdecydowała się włączyć ją do swych planów badawczych w Regionie Europy<sup>6</sup>.

W 1977 r. Departament of Health and Social Security w Londynie powołał Grupę Roboczą „Nierówności w Zdrowiu” dla przygotowania raportu na ten temat (znanego pod nazwą *The Black Report* od nazwiska przewodniczącego Grupy – Sir Douglasa Blacka, prezesa Royal College of Physicians). Przyczyną powołania Grupy był wzrastający niepokój, że Wielka Brytania nie potrafiła osiągnąć poprawy zdrowia ludności obserwowanej w niektórych innych krajach co wiąże się z nierównościami w sferze zdrowia. Wskaźniki umieralności w Wielkiej Brytanii nie poprawiły się bowiem w równym stopniu lub równie szybko, jak w innych zamożnych krajach: np. w 1960 r. Wielka Brytania była ósma na liście krajów z najniższą umieralnością niemowląt, a w 1978, piętnasta.

W 1980 r. Grupa ukończyła swój raport. Zawiera on bogaty materiał na temat różnic w stanie zdrowia i opiece zdrowotnej w Wielkiej Brytanii według klasy społecznej, płci, wieku i regionu geograficznego. Ponadto obejmuje porównanie z siedmioma najbardziej rozwiniętymi krajami europejskimi, próbę wyjaśnienia przyczyn nierówności oraz rozdziały na temat potrzeby informacji i badań; planowania zdrowia i jednostkowych świadczeń socjalnych; szerokiej strategii oraz obszernie podsumowanie i rekomendacje. Podstawowe wyniki są następujące: „Grupa nasza stwierdziła, że gorsze zdrowie i doświadczenie zdrowotne niższych klas zawodowych występują we wszystkich kategoriach wieku. Jeśli wskaźniki śmiertelności klasy zawodowej I (przedstawiciele wolnych zawodów wraz z rodzinami) przenieść do klasy IV i V (robotnicy niewykwalifikowani lub częściowo wykwalifikowani z rodzinami), to okazało by się, że w przeciągu 2 lat nie musiałoby umrzeć 74 tys. ludzi poniżej 75 roku życia. Ten szacunek obejmuje blisko 10 tys. dzieci i 32 tys. mężczyzn w wieku od 15 do 64 lat. Głównym wynikiem pracy Grupy jest więc stwierdzenie, że pomimo ponad 30-letniego istnienia National Health Service (NHS) w Wielkiej Brytanii, której głównym celem w standardach zdrowia miało być oferowanie opieki równej dla wszystkich, utrzymuje się wyraźny współczynnik klasowy. Współczynnik ten wydaje się wyższy niż w innych, porównywalnych krajach (choć trzeba nadmienić, że dane brytyjskie są z reguły pełniejsze), a nawet wyraźniejszy w ostatnich latach. W okresie 20 lat do wczesnych lat siedemdziesiątych (lata objęte raportem) wskaźniki śmiertelności dla kobiet i mężczyzn w wieku 35

---

<sup>6</sup> Pierwszy etap tych badań został wykonany przy pomocy socjologów z 22 krajów europejskich, skupionych w Europejskim Towarzystwie Socjologii Medycyny. Na konferencji (5–7 XII 1984 r.) w Kopenhadze przedstawili oni prace obrazujące stan wiedzy w zakresie nierówności społecznych i zdrowia w poszczególnych krajach europejskich. (*The Health Burden of Social Inequities*, WHO, Copenhagen 1986; z Polski pochodziła praca M. Sokołowskiej i D. Duch).

i powyżej w klasach zawodowych I i II konsekwentnie się zmniejszały, podczas gdy porównywalne kategorie z klas IV i V zmieniały się bardzo mało lub nawet uległy zwiększeniu”<sup>7</sup>.

Klasyfikacja brytyjska dzieli ludność na pięć klas społecznych (jedna z nich podzielona jest na dwie): I – wolne zawody, byznes (np. adwokaci, wielki przemysł); II inne zawody, handel (np. nauczyciele, właściciele sklepów); III – N – wykwalifikowani pracownicy umysłowi (np. urzędnicy); III – M – wykwalifikowani pracownicy fizyczni; IV – częściowo wykwalifikowani pracownicy fizyczni (np. rolnicy, operatorzy maszyn); V – niekwykwalifikowani pracownicy fizyczni (np. robotnicy budowlani). Mężczyźni są zaliczani do poszczególnych klas na podstawie swojego zawodu, kobiety zamężne na podstawie zawodu męża albo ojca, emeryci i bezrobotni na podstawie ostatniego znaczącego okresu zatrudnienia, a kobiety niezamężne według ich własnego zawodu. Ogólnie biorąc klasyfikacja jest trafniejsza dla mężczyzn niż dla kobiet, ale ma tę zaletę, że umożliwia przypisanie całej ludności do jednej z pięciu klas, a poza tym jest szeroko stosowana przez badaczy, a więc umożliwia porównania.

Podjęta przez Grupę próba wyjaśnienia przyczyn opisanej sytuacji stanowi kontynuację argumentów takich badaczy, jak R. Dubos i T. McKeown, którzy dowodzili, że służba zdrowia ma niewielki wpływ na zdrowie ludności i że większość zjawisk dostrzeganych w sferze zdrowia ma swoje źródło gdzie indziej. *The Black Report* dostarczył tej argumentacji silne podstawy empiryczne. Zdrowie determinują przede wszystkim takie czynniki, jak środki utrzymania, praca, wykształcenie, warunki środowiskowe, i inne składowe pojęcia „stylu życia”. Zbiorowości pracowników fizycznych w mniejszym stopniu niż inne grupy ludności korzystają ze świadczeń służby zdrowia, chociaż więcej jej potrzebują. Należy więc gruntownie zmienić system ochrony zdrowia: znacznie więcej uwagi poświęcić profilaktyce, podstawowej opiece zdrowotnej i zdrowiu środowiskowemu, a przede wszystkim znacznie poprawić warunki materialne biedniejszych warstw ludności, szczególnie dzieciom i ludziom niepełnosprawnym. Łączy to się z potrzebą stworzenia nowych form opieki położniczej, żłobków dziennych, wyposażenia mieszkań osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki domowej, rozwoju służb środowiskowych, poprawy warunków pracy.

Raport spotkał się z lodowatą reakcją rządu (który w międzyczasie zmienił się na konserwatywny). Zezwolono tylko na powielenie 260 egzemplarzy, wzbroniono druku i dystrybucji. Raport nie dotarł nawet do władz National Health Service (NHS). Reperkusje były burzliwe, gdyż wieści o raporcie przedostały się do opinii publicznej i spowodowały w całym kraju dyskusje na temat nierówności oraz reakcji rządu. Raportem zainteresowała się również zagranica, dokąd zaczęły docierać nieoficjalne odbitki. Sensację budziła zwłaszcza krótka przedmowa ministra opieki społecznej (Secretary of State for Social Services) Patricka Jankina kończąca się słowami „Nie mogę zaaprobować rekomendacji Grupy”.

<sup>7</sup> P. Townsend, D. Davidson, *Social Inequalities and Health*, Londyn 1982 (jest to skrócona wersja *Raportu*).

Następne miesiące upływały na rezolucjach związków zawodowych i rozmaitych przedstawicielstw NHS, które „wrażały swoje ubolewanie z powodu negatywnej reakcji Rządu Jej Królewskiej Mości” i wzywały rząd do przekazania raportu parlamentowi, co ostatecznie uczyniono. Natomiast wspomniany minister odezwał się dopiero po upływie roku z twierdzeniem, że raport ma trzy zasadnicze braki. Po pierwsze niedostatecznie wyjaśnia przyczyny nierówności w zdrowiu; po drugie, minister dysponuje nową ewidencją, która obala tezę, że klasa pracująca ma gorszy dostęp do służby zdrowia; po trzecie nie ma dowodów, że przyznanie większych funduszy dla NHS wpłynęłoby na jakąś zmianę. Dlatego też „ten niezmiernie kosztowny program rekomendacji nie może być przyjęty”. Tymczasem jedną z głównych tez raportu było stwierdzenie, że nie trzeba nowych funduszy, tylko należy inaczej rozdzielić fundusze już posiadane.

Raport uruchomił w następnych latach całą serię badań i licznych publikacji. Przyczynił się do zwrócenia uwagi na rozmaite istniejące dane i do podjęcia opartych na nich analiz. Należy stwierdzić, że wszystkie te pogłębione analizy i badania potwierdziły w całej rozciągłości wyniki i wnioski zawarte w *The Black Report*.

#### KWESTIE INTERPRETACYJNE

Zależność między klasą (grupą, położeniem społecznym) a zdrowiem pokazuje, że zgony i choroby nie są rozmieszczone w społeczeństwie przypadkowo i że są one związane z nierównościami w sferze warunków życiowych. Nic to jednak nie mówi o kierunku tej zależności. Nie wiadomo więc, czy położenie społeczne warunkuje zdrowie, czy też zdrowie warunkuje położenie społeczne.

Rozpatrzmy najpierw tę drugą alternatywę. Wiadomo, że ludzie ciężko lub przewlekłe chorzy czy niepełnosprawni często nie są w stanie utrzymać się w pracy, zarabiać tyle ile w okresie zdrowia i zachować ten sam standard życiowy. W związku z tym powstała hipoteza (dotycząca głównie niektórych form chorób psychicznych) mówiąca, że choroba powoduje „dryfowanie w dół” na drabinie społecznej. Wydaje się jednak, że skala tego zjawiska jest raczej wąska i że nie może być ono traktowane jako czynnik odpowiedzialny za silny związek między położeniem społecznym a zdrowiem. W dodatku wątpliwe są podstawy teoretyczne takiego wyjaśnienia, gdyż „dryfowanie w dół” dotyczyłoby tylko wieku produkcyjnego, podczas gdy różnice w zdrowiu między poszczególnymi grupami społecznymi występują we wszystkich okresach życia i najsilniejsze są właśnie w wieku przedprodukcyjnym. Po drugie – obserwujemy dość częste współcześnie sytuacje „dryfowania w bok” raczej niż „w dół” w związku z chorobą, gdyż niekiedy konieczność znalezienia innej pracy, czy przejścia na rentę nie tylko nie pogarsza warunków życiowych, ale je polepsza.

Inna hipoteza jest taka, że choroba spowodowała „dryfowanie w dół” w ciągu kilku pokoleń, w związku z czym w najniższych klasach społecznych nagroma-



dziło się najwięcej genów predysponujących do choroby. Nie ma jednak wystarczających dowodów przyjęcia tej teorii.

Przejdźmy teraz do drugiego kierunku zależności i rozpatrzmy kwestię, czy położenie społeczne warunkuje chorobę. Ten kierunek jest badany znacznie częściej. W większości badań socjologicznych na terenie medycyny zmienne społeczne występują jako zmienne niezależne, a zmienne dotyczące zdrowia, choroby i medycyny – jako zmienne zależne. Ponieważ jednak pojęcie klasy społecznej czy położenia społecznego obejmuje wiele związanych ze sobą nierówności, konieczne jest ustalenie, jaki konkretnie aspekt jest „odpowiedzialny” za różnice w zdrowiu poszczególnych klas społecznych.

Jedna możliwość jest taka, że nierówności w zdrowiu są następstwem różnic w zakresie użytkowania służby zdrowia przez poszczególne klasy społeczne. Wiadomo jednak, że istnieją również różnice klasowe w zakresie rozpowszechnienia chorób przewlekłych wśród ludności. Jeśli jednak chodzi o te właśnie choroby, to wiadomo także, że różnice w zakresie korzystania ze służby zdrowia są tu stosunkowo słabo wyrażone, gdyż medycyna nie umie skutecznie leczyć tych chorób i zapobiegać im, chociaż są one najczęstszymi przyczynami zgonów. Dlatego też nierówności w zakresie dostępu do służby zdrowia nie mogą być głównie odpowiedzialne za różnice klasowe w zdrowiu.

Tezę tę potwierdza badanie reprezentacyjne przeprowadzone w Warszawie przez A. Titkow<sup>8</sup>. Mimo postrzeganych przez mieszkańców Warszawy z różnym wykształceniem nierówności w dostępie do służby zdrowia, ten aspekt położenia społecznego, podobnie jak w Wielkiej Brytanii, nie jest główną przyczyną uwarunkowanych społecznie różnic w zdrowiu. Alternatywna hipoteza byłaby taka, że te różnice są konsekwencją zróżnicowanego klasowo narażenia na czynniki hipotetyczne i chorobotwórcze albo konsekwencją klasowo zróżnicowanego dostępu do czynników, wzmacniających siły odpornościowe organizmu i nie dopuszczających do rozwoju choroby. Wiedza na temat swoistych czynników ekologicznych jest ograniczona. Wykazano jednak, że chodzi tu o odżywianie, o stres, palenie papierosów, warunki mieszkaniowe, zanieczyszczenie powietrza, izolację społeczną i że wszystkie te czynniki różnicuje klasa społeczna. Chodzi tu o procesy długofalowe, liczące się na całe pokolenia.

Socjolog brytyjski Raymond Illsley, który od ponad 30 lat bada związki zdrowia z różnymi cechami i wyznacznikami struktury społecznej oraz nierówności społeczne w zdrowiu, jest zdania, że największe trudności interpretacyjne stwarza posługiwanie się zawodami i klasami zawodowymi, które nie są już adekwatne<sup>9</sup>. Utrzymywanie się rozpiętości w zakresie wskaźników zdrowia między tymi klasami na niemal jednakowym poziomie przez 70 lat, pomimo ogromnego spadku ogólnych wskaźników zgonów, znacznego udoskonalenia

---

<sup>8</sup> A. Titkow, *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby – studium warszawskie*, Warszawa 1983.

<sup>9</sup> R. Illsley, *Inequalities in Health – Britain: Summary of Knowledge. Issues and Sources*, Meeting on the Health Burden of Social Inequalities, Copenhagen 5–7 XII 1984.

technologii medycyny, bezpłatnej NHS i zmian w poziomie życia, jest w dużej mierze artefaktem, wynikającym ze stosowania klas zawodowych. Można wykazać, że w ciągu tego długiego okresu zmienił się gruntownie rozkład zawodów i klas: nastąpił znaczny wzrost liczebny klas wyższych, podczas gdy grupy niewykwalifikowane i częściowo wykwalifikowane nieustannie zmniejszają się. A więc wysokie wskaźniki zgonów dotyczą znacznie mniejszej części populacji, a niskie wskaźniki – znacznie większej. Inne były procesy selekcji w każdej z tych grup: dowodzi się na przykład, że dzisiejsza klasa V jest wysoce wyselekcjonowana zarówno pod względem społecznym jak zdrowotnym, podczas kiedy nie miało to takiego znaczenia gdy praca niewykwalifikowana była zjawiskiem nagminnym. (Wynika z tego, że Illsley zdaje się częściowo skłaniać do interpretacji przedstawicieli rządu brytyjskiego).

Illsley zwraca uwagę na zasadnicze znaczenie procesu nieustannej, selektywnej ruchliwości społecznej; np. klasy wyższe (I i II) składają się na ogół z osób urodzonych w tych klasach i osób, które przybyły z klas niższych. To samo dotyczy także klas niższych (IV i V). Można wykazać, że ruchliwość taka jest selektywna nie tylko pod względem społecznym, lecz także pod względem zdrowia. Nieuniknione jest więc, że utrzymuje się rozpiętość między klasami. Błędem większości interpretacji jest przyjęcie założenia, że klasy są statycznymi „rzeczami”, a nie dynamicznymi, wyselekcjonowanymi agregatami.

Zwraca to uwagę na heterogeny charakter klas: stan zdrowia osób, które przechodzą w górę z klasy V do III, jest stanem zdrowia klasy III, jeszcze zanim wykonały one ten ruch. W każdej klasie znajduje się znaczna liczba osób, które wychowują się w mikrostrukturach porównywalnych z innymi klasami. Istnieje pilna potrzeba poznania źródeł tej heterogenności.

W dziedzinie etiologii chorób i zgonów również istnieją poważne problemy interpretacyjne. Potrzebne są szeroko zakrojone badania długofalowe, które mogłyby ustalić, o ile choroba i zgon jest następstwem bezpośredniego środowiska klasy społecznej, a o ile chodzi tu o kumulację doświadczeń zdrowotnych w czasie życia. Bez takich badań nie jest możliwe rozstrzygnięcie tej kwestii.

Równie mało wiadomo o różnicach klasowych w zgonach. Badania historyczne długofalowe zdają się wskazywać, że poprawa zdrowia ludności w czasie jest następstwem warunków społecznych, biedy lub zamożności i związanych z tym stylów życia ludności. Wobec tego oczywiście potrzebne są badania, które pomogą ustalić, jak rozdzielić środki finansowe między opieką medyczną a poprawą warunków społecznych.

Wiąże się z tym kwestia niedostatecznych danych o zachorowaniach w różnych klasach społecznych np. zawodowych. Obecnie polega się niemal wyłącznie na chorobach zgłoszonych i zarejestrowanych, podczas gdy niemal nic nie wiadomo o rozmieszczeniu chorób w populacji ogólnej.

Związek zachodzący między klasą społeczną a zdrowiem na pewno nie jest skutkiem pojedynczego procesu. Dawniej mówiono, jest to błędne koło: „bieda powoduje choroby, które powodują biedę”. Teraz mówimy raczej, że: „ograniczone możliwości prowadzenia zdrowego trybu życia w połączeniu z niedo-

stateczną opieką medyczną łatwo mogą dać w konsekwencji chorobę i niesprawność, która może prowadzić do dalszej deprivacji”. W istocie nie bardzo różni się to od logiki błędnego koła. Już jednak wiadomo, że spośród rozmaitych przyczyn – najważniejszą częścią tego procesu są związane z klasą społeczną różnice w narażeniu na czynniki uwikłane w etiologię choroby.

Należy zwrócić uwagę na kwestię empiryczną, która najbardziej może wymaga naświetlenia, a mianowicie, jakie są w obrębie każdej klasy rzeczywiste doświadczenia związane z wychowaniem dzieci; doświadczenia, które zagregowane równocześnie prowadzą do ruchliwości „w górę” i dobrego stanu zdrowia lub do ruchliwości „w dół” i złego stanu zdrowia. Ta sfera pokazuje nieprecyzyjność klasy zawodowej jako predyktora przyszłej pozycji społecznej i zdrowia. Klasy zawodowe są, jak wykazano, heterogenne, nie jest to więc odpowiedni substytut szczegółowej wiedzy o codziennym życiu w tych klasach. Bez takiej wiedzy o rzeczywistym doświadczeniu związanym z dochodami i wydatkami, z odżywianiem i warunkami życia, ze stymulacją intelektualną i oczekiwaniami społecznymi nie można odpowiedzieć na cały szereg ważnych pytań. Jakie są wpływy środowiska kulturalnego w obrębie klasy i bezpośrednich oddziaływań rodzicielskich, wpływ dochodu i materialnych warunków życia, wartości społecznych i ekonomicznych? Kiedy można zidentyfikować zróżnicowanie? Czy ten proces dotyczy jednakowo wszystkich dzieci w rodzinie? Jakie znaczenie ma wielkość rodziny? Czy można uważać, że wykształcenie ma odrębny wpływ, inny niż panujące wpływy kulturowe lub rodzicielskie?

Interpretacja różnic klasowych jest prawdopodobnie najprostsza na najwcześniejszym etapie cyklu życiowego. W późniejszym życiu na skutki wychowania nakładają się nowe wpływy, pochodzące z pracy zawodowej, małżeństwa i życia rodzinnego, migracji lub zmiany miejsca zamieszkania, wypadków, chorób przewlekłych itd. Większość badań socjologicznych ruchliwości społecznie zajmuje się strukturą klas i stosunkiem między klasami. Niewiele jest natomiast badań zajmujących się osobistymi cechami osób ruchliwych społecznej, a ponieważ dane zbierane są zwykle retrospektywnie, to nie zawierają one bezpośrednich informacji o przedmiocie badania. Jeśli mamy badać znaczenie klas społecznych i ich skutki dla zdrowia, to należy prowadzić przez lata badania reprezentacyjne i uzupełnić je badaniami szczegółowymi na temat stanu zdrowia i zachowania zdrowotnego.

Wiążą się z tym doniosłe kwestie praktyczne, gdyż nie jest możliwe w tej dziedzinie oddzielenie badań podstawowych od badań stosowanych i polityki społecznej. Brak szczegółowszej wiedzy o strukturach społecznych i ich implikacjach dla zachowania się i zmian zachodzących w zachowaniu jest głównym powodem niepewności, co robić, jak w ogóle podejść praktycznie do tej całej kwestii. Chodzi tu o fundamentalne problemy dotyczące struktury społeczno-ekonomicznej w szerokim tego słowa znaczeniu, nie ograniczającej się do klasy, rodziny i regionu, lecz obejmującej całokształt stylu życia i zachowania oraz ich oddziaływanie na zdrowie.

Kwestie te pozostają na razie bez odpowiedzi. Większość badań socjolo-

gicznych, we wszystkich krajach, w dążeniu do szybkiego otrzymania praktycznych rezultatów, koncentruje się na stosunkach między określonym aspektem zdrowia (lub choroby) a jakimś jednym komponentem związanego z tym ciągłego procesu, np. typowe są badania związków między umieralnością niemowląt a klasą społeczną, albo chorobą wieńcową a określonym regionem. Nikt nie przypuszcza jednak, że klasa lub region, jako kategorie intelektualne, mają bezpośredni wpływ na umieralność niemowląt czy na chorobę wieńcową. One tylko lokalizują jednostkę na określonym miejscu w ramach ogólnej struktury społecznej, a wszystko inne pozostawiają otwarte dla dalszych badań – od cech biograficznych na temat postaw subiektywnych i zachowania zdrowotnego – od struktury poprzez doświadczenie życiowe, wierzenia i zachowanie związane ze zdrowiem – do wyniku tego wszystkiego dla stanu zdrowia. Niektóre ogniwa tego procesu były już przedmiotem licznych badań. Na przykład socjologowie polityki badali przez szereg lat związki między strukturą polityczną a systemem ekonomicznym lub oświatowym w rozwiniętych krajach i kontynentach, a inni socjologowie badali organizację religijną i strukturę rodziny albo rozwój ekonomiczny i zmiany środowiskowe. Było również wiele badań na temat związku między pracą, dochodami a wydatkami, między postawami a planowaniem życia, między odżywianiem, piciem, paleniem a zachowaniem się pod względem ruchu lub zapadaniem na różne choroby. Jeśli weźmie się pod uwagę nieskończone wprost bogactwo rozmaitych możliwości – od struktury społecznej do wyników w sferze zdrowia, uwzględniając całą różnorodność wieku, płci i grup społecznych, a także wielość stanów zdrowia i choroby, to można zrozumieć, dlaczego jest tak niewiele badań zajmujących się całym tym spectrum.

Głównym naszym celem jest jednak poznanie wpływów strukturalnych na cykle życiowe jednostek. Najwięcej i najowocniej badano związki między zmiennymi dotyczącymi zmian ludnościowych. Połączonym wysiłkiem demografów, antropologów, socjologów, epidemiologów i położników, w wielu krajach eksplorowano związki między rozwojem ekonomicznym, wierzeniami religijnymi i kulturalnymi, sferą seksualną, formacją rodziny a reprodukcją. Nowe badania powinny się zająć związkami między strukturami społecznymi, indywidualnym zachowaniem a zdrowotnością ludności.

#### WYMIAR ZDROWOTNY W BADANIACH NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH PROWADZONYCH W INSTYTUCIE FILOZOFII I SOCJOLOGII PAN

Socjologiczne badania aspektu zdrowotnego nierówności społecznych zajmują nieco inną pozycję niż badania innych aspektów nierówności. Owa odrębność polega na tym, że sfera zdrowia, choroby i medycyny znacznie później niż inne sfery życia społecznego została wyrażona w kategoriach socjologicznych, zwłaszcza makrospołecznych. Próby uwzględniania korelatu „zdrowie” w takich badaniach istnieją od niedawna, w niewielu krajach. Należy do nich Polska.

Diagnoza stanu zastanego w Polsce, z punktu widzenia socjologa, badającego makrostruktury, wykazała, że istnieje szereg badań przeprowadzonych na populacjach reprezentatywnych, a przy tym uwzględniających jakąś zmienną społeczną, np. wykształcenie, dochód czy warunki mieszkaniowe. Wszystkie te badania poświęcone są określonemu problemowi (np. umieralność niemowląt, żywienie, dojrzewanie biologiczne) i pomijają odniesienia społeczne i kulturowe<sup>10</sup>. Nie ma analiz socjologicznych tych materiałów.

Pierwsze badania innego rodzaju zostały podjęte w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN. W połowie lat siedemdziesiątych w ramach funduszu naukowego polsko-amerykańskiego koordynowanego przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (tzw. fundusz PL-480, a później M. Curie-Skłodowskiej), Zakład Socjologii Medycyny miał zbadać sytuację dzieci upośledzonych umysłowo, zarejestrowanych w odpowiednich instytucjach w Warszawie. Temat ten udało się jednak zmienić na badanie poziomu umysłowego całego rocznika 11-letnich dzieci szkolnych, urodzonych i zamieszkałych w Warszawie, ich stanu zdrowia fizycznego i psychicznego w kontekście środowiska społecznego, głównie rodzinnego. Poziom inteligencji został potraktowany jako wskaźnik zdrowia tzw. pozytywnego (podczas gdy upośledzenie umysłowe, czyli „zdrowie negatywne” figuruje w obowiązkowym spisie chorób). Okazało się, że przypadki tzw. lekkiego upośledzenia umysłowego (około 75% ogólnej liczby), w przeciwieństwie do jego form cięższych, które występują losowo w populacji, podobnie jak w innych krajach nieproporcjonalnie częściej rejestruje się w środowiskach zaniedbanych materialnie i kulturowo<sup>11</sup>. Badanie to rozszerzyło zakres makrospołecznych badań struktury społecznej, wprowadzając do nich „czynnik biologiczny”.

Na przełomie 1983/84 w ramach tzw. problemu węzłowego zostało przeprowadzone badanie „Waga urodzeniowa jako wskaźnik zróżnicowania społecz-

---

<sup>10</sup> D. Duch, B. Uramowska, *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie*, referat na konferencję naukową „Człowiek – Środowisko – Zdrowie” Komitetu PAN „Polska 2000”, Jabłonna 13–15 XII 1984.

<sup>11</sup> Dotychczasowe, ważniejsze publikacje: A. Firkowska-Mankiewicz, A. Ostrowska, M. Sokołowska, M.P. Czarkowski, *Společno-kulturowe uwarunkowania poziomu umysłowego dzieci warszawskich*, „Studia Socjologiczne”, 1977, 4; A. Firkowska-Mankiewicz, A. Ostrowska, M. Sokołowska, M.P. Czarkowski, *Some Ecological, School and Family Factors in The Intellectual Performance of Children*, [w:] *Research to Practice in Mental Retardation*, (ed. P. Mither) Baltimore 1977; M.P. Czarkowski, A. Firkowska-Mankiewicz, in., *Sprawność umysłowa dzieci w świetle czynników społeczno-kulturowych – badanie warszawskie*, Polska Akademia Nauk, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, 1978; A. Firkowska-Mankiewicz, A. Ostrowska, M. Sokołowska in., *Cognitive Development and Social Policy: The Unique Contribution of Parental Occupation and Education to Mental Performance in 11-olds in Warsaw*, „Science”, 1978, nr 4348, vol. 200; A. Firkowska-Mankiewicz, M.P. Czarkowski, *Środowisko społeczno-kulturowe a zdrowie (na przykładzie upośledzenia umysłowego)*, referat na konferencję naukową „Człowiek – Środowisko – Zdrowie” Komitetu PAN „Polska 2000”, Jabłonna 13–15 XII 1984.

nego” na reprezentatywnej próbie położnic – mieszkank Trójmiasta<sup>12</sup>. W latach ostatnich wzrosło zainteresowanie badaczy wagą urodzeniową jako czułym wskaźnikiem prospektywnego zdrowia i rozwoju dziecka oraz jego środowiska społeczno-kulturowego. Może jeszcze ważniejszy jest jednak fakt, że waga urodzeniowa, podobnie jak umieralność niemowląt, jest czułym wskaźnikiem poziomu kulturalnego społeczeństwa. Wszystkie dotychczasowe badania stwierdziły istnienie związku między niską wagą urodzeniową a deprivacją społeczną. Niewątpliwie potrzebne są systematyczne badania w tej dziedzinie, uwzględniające z jednej strony precyzyjny opis stanu zdrowia (historii chorób) poszczególnych grup społecznych, z drugiej zaś strony – szeroką charakterystykę społeczno-kulturową owych grup. Przykładem takich prac jest nasze badanie.

Powyższe badania stanowią nieodzowny etap w procesie eksploracji związków między strukturą społeczną a zdrowiem w kontekście nierówności społecznych. Nadal jednak niewiele wiadomo o rzeczywistym, życiowym doświadczeniu jednostek i grup społecznych, od chwili narodzin do chwili zgonu, w warunkach kontroli elementów zróżnicowania społecznego. Każdy inny typ badania z konieczności zaciemni obraz analizowanych zależności. Wystarczy zauważyć, że z chwilą wejścia człowieka w wiek produkcyjny niezmiernie trudno jest rozgraniczyć, które z czynników społecznych – związane z pochodzeniem społecznym czy własną pozycją społeczno-zawodową – odgrywają większą rolę w kształtowaniu się zdrowia. Ponadto należy pamiętać, że niektóre zmiany w zdrowiu mają charakter bardziej trwały (czasem wręcz nieodwracalny) niż leżące u ich podłoża elementy zróżnicowania społecznego, np. warunki społeczno-ekonomiczne. Badanie wybranej zbiorowości w danym momencie wymagałoby więc szczegółowego odtworzenia historii życia poszczególnych jednostek<sup>13</sup>. Może uda się kiedyś wykonać takie badania.

---

<sup>12</sup> Głównie M.P. Czarkowski. W porównaniu z innymi publikacjami została w tym badaniu znacznie rozbudowana sfera obciążeń kobiet związana z pracą zawodową i w gospodarstwie domowym oraz innych stresów fizycznych i psychicznych związanych z funkcjonowaniem w ciąży. Obszerny jest również wywiad „historyczny” obejmujący warunki życia kobiet począwszy od wczesnego dzieciństwa.

<sup>13</sup> M.P. Czarkowski, D. Duch, A. Firkowska-Mankiewicz, M. Sokołowska, A. Titkow, *Nierówności społeczne a zdrowie – wstępne koncepcje badawcze*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, 1983 (maszynopis).