

Antonina Ostrowska
Polska Akademia Nauk

ZDROWIE, CHOROBA, UBÓSTWO (PROJEKT BADAŃ)

Czy warto badać?

Można się zastanawiać, jaki sens ma podejmowanie kolejnych badań na temat wzajemnych związków między ubóstwem a stanem zdrowia, skoro są one już dobrze znane. Wiadomo, że dobre warunki życiowe sprzyjają dobremu zdrowiu i długiemu życiu, a choroby i kalectwo są na ogół nieodłącznymi towarzyszami biedy. Stwierdzenie powyższe jest dziś elementem wiedzy potocznej; popularne powiedzenie, że „lepiej być bogatym i zdrowym, niż biednym i chorym” nie tylko wartościuje poszczególne zjawiska, ale pokazuje ich syndromatyczny charakter.

Pierwszych dowodów na współwystępowanie chorób i ubóstwa dostarczyli społeczni reformatorzy i epidemiolodzy XIX wieku, przekazując wyniki przekonujących studiów nad nędzą skojarzoną z licznymi schorzeniami, infekcjami i wysoką umieralnością, szczególnie wśród dzieci. Co więcej, niektóre z tych badań niemal do dziś uchodzą za trudny do osiągnięcia wzorzec, jeśli chodzi o zakres stawianych hipotez, sposób realizacji badania i odwagę wyciąganych z nich wniosków (Pflanz 1976). Myślę tu choćby o badaniu Rudolfa Virchowa, przeprowadzonym w 1948 roku na zlecenie władz publicznych, w związku z epidemią duru plamistego na Górnym Śląsku. Dokonał on wnikliwej analizy społecznych i politycznych warunków, w jakich epidemia się rozwinęła i wskazał nie tylko na istotną rolę warunków materialnych, mieszkaniowych, sposobu odżywiania i techniki wytwarzania produktów rolnych, ale także na skutki braku wolności, zacofania i ucisku ludności przez rząd pruski i kościół.

Od czasów Virchowa zrealizowano wiele badań epidemiologicznych, próbujących prześledzić konkretne mechanizmy, za pomocą których różne aspekty materialnych warunków życia mogły wpływać na występowanie chorób, a także podejmowano badania nad odwrotnym kierunkiem tej zależności. Nowe aspekty wzajemnych związków między biedą i chorobami, podnoszone w dalszych badaniach nie tylko wynikały z potrzeby coraz lepszego rozpoznania tych mechanizmów, ale były także skutkiem: (1) zmieniającego się obrazu chorób, a także (2) zmieniających się koncepcji zdrowia.

1. Badania epidemiologiczne realizowane jeszcze na początku XX wieku koncentrowały się przede wszystkim na występowaniu chorób zakaźnych, które były naówczas główną przyczyną zgonów. Etiologia tych chorób była w znacznym stopniu determinowana poziomem higienizacji i zanieczyszczeniami środowiska zewnętrznego (brak czystej wody, kanalizacji, utylizacji nieczystości); czynniki epidemiczne były więc widoczne i namacalne, jak również oczywiste i zrozumiałe sposoby prowadzące do poprawy sytuacji. Wraz z ogromnym postępem medycyny, jaki się dokonał w tym czasie (odkrycie najpierw bakterii, a potem szczepień i antybiotyków, a także coraz bardziej masowa ich produkcja), tworzyły złudną nadzieję, że problem najbardziej zagrażających chorób może być łatwy do opanowania także wśród najbiedniejszych segmentów ludności. Sytuacja ta zmieniła się jednak całkowicie, gdy po wyparciu chorób zakaźnych społeczny obraz chorób został zdominowany przez choroby przewlekłe. „Czynniki ryzyka”, związane z ich występowaniem, były całkowicie odmienne, a zidentyfikowanie ich wymagało podejmowania wielu długotrwałych i żmudnych badań. Szczególna trudność wynikała z odkrytego znacznie później faktu wieloprzyczynowości tych chorób; komplikował on niezmiernie badania ich etiologii, w porównaniu z chorobami o jednym, łatwo identyfikowalnym czynniku sprawczym.

Badania na temat zdrowia społecznego zainicjowane w latach siedemdziesiątych XX wieku wskazały dobitnie, że w epoce chorób przewlekłych zwanych także cywilizacyjnymi, medycyna może mieć stosunkowo niewielki wpływ na przeciętną długość życia ludzkiego. Natomiast istotny okazał się wpływ takich czynników jak elementy stylu życia, wzory odżywiania, kontakt z używkami (szczególnie alkoholem i tytoniem), ogólna świadomość zdrowotna, a także przemożny wpływ oddziaływania stresów i odpowiednich strategii i zasobów niezbędnych do uporania się z nimi. Jednak pomimo że zidentyfikowane tu czynniki ryzyka zdecydowanie odbiegały od czynników sprawczych chorób zakaźnych, nieodmiennie okazywało się, że w najniższych warstwach społecznych, a szczególnie wśród osób żyjących w ubóstwie, następowała najwyższa koncentracja chorób przewlekłych i czynników zidentyfikowanych jako szkodli-

wych dla zdrowia. Można by zatem rozważać tezę, że bez względu na rodzaj chorób czy zagrożeń zdrowotnych sytuacja ludzi ubogich zawsze jest i będzie upośledzona, a czynniki odpowiedzialne za ten stan rzeczy mogą być zarówno wypadkową bezpośrednich materialnych warunków życia, wykształcenia i świadomości zdrowotnej, jak i miejsca zdrowia w systemie wyznawanych wartości, zmiennych psycho-społecznych decydujących o poszukiwaniu kompetentnej pomocy medycznej, a także zmiennych systemowych tę opiekę zapewniających. Te hipotetyczne, wielowymiarowe uwarunkowania zapadalności na choroby cywilizacyjne otworzyły nowe pole dociekań dla badań społecznych uwarunkowań zdrowia.

2. Zmieniły się także koncepcje tego, co umownie nazywa się zdrowiem, a co stanowi niezmiernie szeroki korelat pozycji społecznej i wyposażenia kulturowego, a w przypadku naszych zainteresowań życia w ubóstwie. Wszystko było znacznie prostsze (jak w przypadku wspomnianych tu wczesnych badań epidemiologicznych), kiedy zdrowie było po prostu utożsamiane z brakiem choroby. Zdrowie jest jednak pojęciem znacznie szerszym, uwikłanym w rozmaite konteksty i rozmaicie operacjonalizowanym, w zależności od tego, kto i w jakim celu się nim posługuje. Zdrowie może być więc pojęciem kliniczno-medycznym określanym poprzez pomiary fizjologiczne do pomiarów zmiany patologicznej, (ocena jego jest wówczas wskaźnikiem do podejmowania określonego postępowania terapeutycznego), może być pojęciem epidemiologicznym, uwzględniającym na ogół rejestrację odczuwanych dolegliwości i samoocenę, może być wreszcie pojęciem socjo-medycznym, uwzględniającym przede wszystkim wskaźniki behawioralne i wskaźniki funkcjonowania społecznego. Na użytek takiego podejścia zdrowie jest wypadkową dynamicznej równowagi między wyzwaniem środowiska a możliwością adaptacyjną jednostek (Scambler 1986). W tym ostatnim ujęciu może więc być ono konstruktem całkowicie niezależnym od parametrów fizjologicznych i patologicznych. Co więcej, naruszona może być zasada istnienia kontinuum zdrowie - choroba; możliwe jest bowiem zachowanie zdrowia funkcjonalnego, przy jednoczesnej obecności zmiany patologicznej, a więc choroby (Pott 1997). Przy takim rozumieniu zdrowia zajmowanie się chorobą nie ma wiele wspólnego ze zdrowiem. Stąd często pojawiająca się wśród socjologów medycyny krytyka rozmaitych instytucji medycznych, które nadużywają lub wręcz dokonują manipulacji pojęciem zdrowia; ministerstwa zdrowia są w rzeczywistości ministerstwami choroby, a ubezpieczenia zdrowotne - ubezpieczeniami chorobowymi.

Zmiany obrazu chorób, odkrycia nowych czynników ryzyka i nowych determinant zdrowia, a także mechanizmów transmitujących je na odpowiednie

funkcjonowanie i samopoczucie ludzi z jednej strony, a coraz rozleglejsza wiedza na temat społecznego zjawiska biedy sprawiają, że pojawiają się nieustannie nowe pytania, na które nie ma jednoznacznej odpowiedzi w tym z pozoru „zgranym” temacie. Które spośród czynników biedy i w jakim wymiarze determinują zarówno podatność na choroby, jak i zdolności do budowania potencjału zdrowia? Ile jest tu determinowanych społecznie czynników odpornościowych, a ile czynników zaniechania, które można hipotetycznie wiązać ze zjawiskami z zakresu kultury biedy? Jakie są zachowania otaczające chorobę i tolerancja na jej objawy wśród osób dysponujących odmiennymi zasobami materialnymi? Jaką rolę pełni deprywacja dostępu do opieki zdrowotnej, a zatem uczestnictwa w systemie dostępnych świadczeń?

Wielość tych pytań, ich praktyczna doniosłość dla polityki zdrowotnej, a zarazem kontekst kulturowy i systemowy sprawia, że są to nie tylko pytania ważne, ale także interesujące dla porównań międzynarodowych. W tym aspekcie na ubóstwo połączone ze złym stanem zdrowia warto także spojrzeć z nieco szerszej perspektywy, a mianowicie związków między stratyfikacją społeczną a zdrowiem w ogóle. Relacje struktury społeczno-zawodowej z umieralnością i chorobowością różnią się bowiem między poszczególnymi krajami. Porównanie dziewięciu krajów Europy Zachodniej przeprowadzone przez Mackenbacha i in. (1997) wykazało na przykład, że największe nierówności w tym względzie istnieją we Francji i Finlandii, a najmniejsze w Danii i Szwajcarii. Wynik ten jest o tyle zaskakujący, a także trudny do wyjaśnienia, że kraje o wysoko rozwiniętym potencjale „welfare state” i tradycjach egalitarnej polityki zdrowotnej (Wielka Brytania, Szwecja) zajęły tylko pośrednie pozycje w znoszeniu nierówności społecznych w zdrowiu. Nie ma jak dotychczas podobnego porównania, w którym by uwzględniono także nierówności z Europy Wschodniej. Trudno na obecnym etapie powiedzieć, czy porównanie takie pomogłoby lepiej zrozumieć istniejące nierówności, czy skomplikowałoby jeszcze bardziej całą kwestię. Niewątpliwie jednak badania relacji między strukturą społeczną a zdrowiem pozostawiają jeszcze wiele nierozstrzygniętych kwestii, zarówno na poziomie makro, jak i mikro.

Badanie wzajemnych uwarunkowań zdrowia, choroby i ubóstwa jest częścią składową szerszego, międzykrajowego projektu badawczego „Zdrowie, nierówności społeczne, dezintegracja społeczna”. Stawia on sobie za zadanie weryfikację hipotezy mówiącej o występowaniu przyczynowego związku między zmiennymi z zakresu nierówności społecznych (ubóstwa) a stanem zdrowia, oraz zanikaniem więzi społecznych. Różne systemy społeczno-polityczne, poziom rozwoju ekonomicznego, koncepcje polityki społecznej, a także tradycje historyczne sprawiają, że problemy te są różnie postrzegane i rozwiązywane w różnych

częściach świata. Uzasadnia to zastosowanie perspektywy porównawczej przy ich badaniu. Całość projektu badawczego, jego główne założenia i hipotezy została przedstawiona przez Joannę Sikorską w poprzednim numerze pisma „Ask. Społeczeństwo. Badania. Metody” (11/2002).

Projekt przewiduje realizację ankiety na próbie losowej 3000 mieszkańców Warszawy oraz dodatkowej próbie celowej 300 osób żyjących w biedzie. Próba ta jednak będzie najprawdopodobniej zmniejszona, ze względu na ograniczony budżet badawczy. Obecnie badanie znajduje się w fazie przygotowywania ostatecznej wersji kwestionariusza, klarowne są już natomiast poszczególne bloki pytań (zmiennych) i przyświecające im założenia. Poniżej zaprezentuję socjo-medyczną część tego badania, pokazuje ona bowiem pewną spójną koncepcję poszukiwań społecznych determinant chorób i zachowań otaczających chorobę w sytuacji ubóstwa. Jako taka stanowić może konceptualizację samodzielnych badań poświęconych wyłącznie tym problemom. Nie będę natomiast tu wnikać w kwestie dotyczące materialnych warunków życia wpływających na zdrowie poprzez czynniki środowiska fizycznego (np. złe warunki mieszkaniowe – nadmierne zagęszczenie, złe warunki sanitarne, wpływ ekstremalnych temperatur). Dane na ten temat będą oczywiście także pozyskiwane od respondentów i wykorzystane na etapie analiz.

Problematyka badania socjo-medycznego: pytania, hipotezy

Istotę tej części badania najlepiej zaprezentują pytania badawcze i hipotezy. Przedstawione one zostaną w postaci dziesięciu następujących bloków problemowych.

1. Diagnoza obecnego stanu zdrowia

Punktem wyjścia do dalszych rozważań jest określenie różnych aspektów zdrowia badanych jednostek. Podstawą tej diagnozy są cztery skale zbudowane z samoocen: zdrowia w ogóle, zdrowia somatycznego, zdrowia (samopoczucia) psychicznego oraz zdrowia funkcjonalnego (zdolność do pełnienia podstawowych ról społecznych, adekwatnych do cyklu życia). Ten ostatni wymiar może być także traktowany jako wskaźnik niepełnosprawności. Taki sposób pomiaru stanu zdrowia w badaniach populacyjnych jest zgodny z rekomendacjami WHO. Dodatkowym wskaźnikiem stanu zdrowia będzie enumeracja odczuwanych schorzeń i dolegliwości ze strony poszczególnych układów i narządów, a także objawów charakterystycznych dla zaburzeń zdrowia psychicznego, szczególnie

występowania depresji. Interesować nas będzie także stan uzębienia (kompletność), który – jak wykazują badania epidemiologiczne – przy zastosowaniu kontroli wieku, stanowi nadspodziewanie dobry wskaźnik pozycji społecznej.

2. Historia zdrowotna

Celem tego bloku jest odtworzenie ważniejszych epizodów chorobowych z przeszłości, szczególnie takich, które ze względu na spowodowane ograniczenia funkcjonalne lub długotrwały przebieg mogły mieć wpływ na edukację, karierę zawodową, zdolności zarobkowania, a także inne aspekty sprzyjające w przyszłości wykluczeniu społecznemu. Pytamy także o traumatyczne zdarzenia życiowe w przeszłości, które mogły stanowić źródło poważnych stresów i destabilizacji zdrowia psychicznego i somatycznego. W swoich podstawach teoretycznych koncepcja ta jest zbliżona do koncepcji „stressful life events” (Brown i Harris 1978).

Połączenie danych uzyskanych z bloków 1 i 2 pozwoli na odtworzenie różnych profili zdrowia i choroby respondentów. Będą one podstawą całościowej diagnozy stanu zdrowia.

3. Indywidualne zasoby odpornościowe

Badanie zasobów odpornościowych jest oparte na koncepcji poczucia koherencji (Antonovsky 1995). Zakłada ona, że największe przeciwności życiowe nie stanowią zagrożenia dla zdrowia i funkcjonowania dotkniętych nimi osób, jeżeli ich poczucie koherencji jest wysokie. Na poczucie to składają się trzy wymiary: poczucie zrozumiałości, przewidywalności i zaradności. Niszczące dla zdrowia działanie stresu może więc być zredukowane poprzez odczucie, że bodźce napływające ze środowiska mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny, że dostępne są zasoby, które pozwolą sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce, a jednocześnie wymagania te są wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania.

Jest prawdopodobne, że silne poczucie bezradności wśród osób żyjących w ubóstwie, akcentowane także u nas przez wielu badaczy (Tarkowska 2002; Pałska 2002), jest w jakiejś części tożsame z niskim poczuciem koherencji. Stąd hipoteza o niskim poczuciu koherencji jako zmiennej pośredniczącej między biedą i upośledzającą funkcjonowanie chorobą.

4. Społeczne zasoby odpornościowe: wsparcie społeczne

Niezależnie od indywidualnych dyspozycji, stanowiących bufor, o który rozbijają się niszczące zdrowie elementy, ludzie mogą mieć do dyspozycji oparcie

w bliskich im osobach. Już od czasów Durkheima wiadomo, że więzi społeczne, silne zakorzenienie w grupie stanowią czynnik chroniący psychikę i redukujący stresy, będące także istotnym elementem w etiologii wielu chorób cywilizacyjnych. Mechanizm działania wsparcia społecznego może być różny: od faktycznego oferowania konkretnej pomocy w trudnych sytuacjach, poprzez wsparcie emocjonalne, a nawet tylko świadomość, że w potrzebie takie wsparcie się otrzyma (Lazarus 1997). Silne poczucie więzi, wzajemne wspieranie się, może więc redukować destrukcyjne dla zdrowia skutki biedy, lub odwrotnie – gdy owego wsparcia zabraknie, potęgować ryzyko choroby lub „ucieczki w chorobę”.

5. Kultura zdrowotna

Pod pojęciem kultury zdrowotnej rozumiemy wiedzę medyczną badanych, nadawanie specyficznego sensu, znaczenia zdrowiu, chorobie i ich przyczynom, reakcję na postrzegane objawy chorób i całokształt zachowań otaczających chorobę. Szczegółne miejsce zajmuje tu sposób percepcji czynników sprawczych zdrowia i choroby; zakres dostępnych możliwości oscyluje tu między skrajnym fatalizmem a postrzeganiem siebie jako aktywnego podmiotu tworzącego i odpowiedzialnego za swoje zdrowie. Elementy kultury zdrowotnej są wypadkową naszej socjalizacji rozpoczynanej już w dzieciństwie i modyfikowane są całokształtem dalszych doświadczeń z własnymi chorobami i chorobami naszego otoczenia. Rola tego czynnika jest często niedoceniana w medycynie. Natomiast badania socjomedyczne wskazują (Zborowski 1969), że nawet reakcje na takie z pozoru biologiczne zjawisko jak ból, jest elementem przekazu kulturowego. Hipoteza związana z kulturą zdrowotną osób żyjących w ubóstwie wskazywała by na konfiguracje takich elementów, jak stosunkowo niska wiedza i świadomość zdrowotna, za to znaczna tolerancja na objawy i raczej fatalistyczne nastawienia zarówno do przyczyn chorób, jak i możliwości ich leczenia. Układ tych czynników, zgodny z ogólnymi parametrami kultury biedy, nie predysponuje do zachowania dobrego zdrowia.

6. Relacje z systemem medycznym

Badanie relacji z systemem medycznym uwzględnia zmienne z różnych poziomów organizacji opieki zdrowotnej. Są to więc zmienne określające systemowe zasady dostępu do określonych świadczeń (powszechna służba zdrowia, ubezpieczenia zdrowotne itd.), następnie fizyczny dostęp do poszczególnych instytucji, wyznaczający łatwość korzystania z konkretnych świadczeń (internistycznych, stomatologicznych, pogotowia ratunkowego, szpitala itp.), wreszcie poziom interpersonalny, wskazujący na to, ile czasu i uwagi poświęcają przed-

stawiciele służb medycznych najbiedniejszym i często niewykształconym pacjentom (co utrudnia komunikację), w porównaniu choćby z przedstawicielami klasy średniej. Uzupełniającą perspektywą do dostępności opieki medycznej jest subiektywne postrzeganie zapotrzebowania na kontakt z określonymi placówkami medycznymi i specjalistami. Na tym tle rozważać będziemy sytuacje i wzory korzystania z opieki medycznej, przyczyny niekorzystania i okoliczności przerywania rozpoczętych terapii.

7. Samoleczenie i system odniesień nieprofesjonalnych

Badania jakościowe nad stosunkiem do chorób i wzorami leczenia dostarczają wielu opisów terapii, stosowanych na własną rękę przez osoby chore czy ich otoczenie, w celu pozbycia się dokuczliwych objawów. W zależności od wiedzy medycznej „terapeuty” oscylują one pomiędzy praktykami całkowicie zgodnymi z zaleceniami oficjalnej wiedzy medycznej i całkiem niekonwencjonalnymi, a często ryzykownymi dla zdrowia sposobami. Coraz szersza gama leków dostępnych bez recepty skłania do eksperymentowania z nimi, a także pokładania nadmiernego zaufania w ich reklamowaną skuteczność. Dotyczy to zwłaszcza lawinowo rosnącej sprzedaży leków przeciwbólowych (Świątkiewicz 2002), zwalczających symptomy, ale nie przyczyny bólu. Z kolei wysokie ceny lekarstw ograniczają ich wykup i zaniechanie terapii lub przerwanie jej przy zaobserwowaniu pierwszych symptomów poprawy. Sytuacje takie zdają się pojawiać szczególnie często wśród osób niezamożnych. Stosunkowo częściej odwołują się też one do rozmaitych kręgów nieformalnych (w terminologii Elliota Freidsona [1961] do systemu potocznych referencji), w celu uzyskania pomocy. Poszukują więc w swoim otoczeniu „konsultantów”, na przykład ludzi, którzy odczuwali w przeszłości podobne objawy, zasięgają ich porad i przejmują pozostałe po ich chorobie leki. Skala tego zjawiska nie jest znana.

8. Realizacja prozdrowotnego stylu życia

Realizacja zaleceń prozdrowotnego stylu życia, a także respektowanie zasad profilaktyki są udokumentowanymi w badaniach epidemiologicznych czynnikami sprzyjającymi zachowaniu dobrego zdrowia i długiego życia (por. Ostrowska 1999). Co więcej uważa się, że ich rola jest stosunkowo większa niż rola czynników genetycznych, wpływu środowiska fizycznego i działalności medycyny naprawczej. Chodzi tu przede wszystkim o przestrzeganie zaleceń związanych z właściwym odżywianiem, aktywnością fizyczną, umiejętnością uporania się ze stresem, unikaniem używek (papierosy, alkohol, narkotyki) oraz wykonywaniem okresowych badań kontrolnych. Istotnym elementem prozdrowotnego stylu ży-

cia jest też umiejętność posługiwania się zasobami psychologicznymi i społecznymi, o których wspominaliśmy wcześniej. Badania prowadzone w różnych krajach Europy (Valkonen 1989; Blaxter 1995; Ostrowska 2001) ukazały wyraźny związek między stanem zdrowia, realizacją prozdrowotnych stylów życia i pozycją społeczną. W niższych warstwach społecznych rzadziej pojawiały się elementy prozdrowotnego stylu życia i jednocześnie częściej ryzykowne dla zdrowia. Charakterystyczne przy tym jest, że przy wyjaśnianiu tego związku badania wskazały na większą rolę wykształcenia niż sytuacji materialnej. Wskazywałoby to na istotniejszą rolę deprywacji edukacyjnej niż materialnej także w przypadku ludzi żyjących w ubóstwie. Możliwe są tu także wyjaśnienia upatrujące natury tych zaniechań w czynnikach związanych z określoną kulturą zdrowotną i pasywnością, apatią charakterystyczną dla kultury biedy.

9. Miejsce w strukturze rodziny a szansa na zdrowie

Chodzi tu o uchwycenie specyficznej hierarchii ważności problemów zdrowotnych poszczególnych osób w rodzinie. Czyje problemy są postrzegane jako ważniejsze, zasługujące na więcej troski i uwagi? W świetle tezy o feminizacji biedy (Tarkowska 2002) można przypuszczać, że w hierarchii tej miejsce problemów zdrowia kobiet nie lokują się najwyżej. Podobnie można oczekiwać, że w sytuacji ograniczonych środków na plan dalszy przesuwają się problemy osób starych. Szczególnie interesująca jest tu jednak kwestia dzieci. Czy podejmuje się starania mające na celu wykreowanie lepszych warunków zdrowotnych dla nich, dba o profilaktykę, próbuje eliminować lub ograniczyć oddziaływanie czynników ryzykownych dla zdrowia? Istotną zmienną jest tu także rodzaj i siła więzi pomiędzy członkami rodziny oraz poczucie odpowiedzialności za siebie nawzajem. Naświetlenie tych kwestii stanowić będzie wskazówkę do odtwarzania mechanizmów, za pomocą których bieda jest dziedziczona przez następne pokolenia.

10. Kumulacja problemów zdrowotnych w rodzinie

Zasoby opiekuńcze rodzin, niezbędne do zmagania się z poważną chorobą czy kalectwem, stają się coraz bardziej ograniczone w miarę wzrostu liczby osób, których stan zdrowia wymaga specyficznej opieki i nakładów materialnych. Zadania przekraczające możliwości rodzin mają negatywne konsekwencje zarówno dla osób z problemami zdrowotnymi, jak i funkcjonowania rodzin jako całości (Ostrowska i Sikorska 1996). Problem kumulacji tych problemów jest szczególnie prawdopodobny wśród osób żyjących w ubóstwie i stanowić może istotny czynnik ekсклюzy społecznej. Ze względu na to, podstawowe, zbierane przez

nas informacje dotyczące stanu zdrowia będą obejmować wszystkich członków rodziny.

*

W proponowanym projekcie badawczym uwzględnia się możliwość badania zależności między zdrowiem a ubóstwem jako zależności dwukierunkowej. Zarówno stan zdrowia, jak i zmienne określające położenie materialne, a szczególnie ubóstwo, mogą więc pełnić odpowiednio rolę zmiennych niezależnych i zależnych. Badania nad wzajemnymi relacjami zdrowia i ubóstwa wskazują, że statystycznie częściej występują sytuacje, w których ubóstwo determinuje gorszy stan zdrowia. Już najwcześniej notowane parametry zdrowotne (np. waga urodzeniowa noworodków, umieralność niemowląt) przedstawiają się mniej korzystnie w niższych warstwach społecznych i nierówności te utrzymują się we wszystkich grupach wieku (Sokołowska 1980), choć z różnym natężeniem (Vagero 1992). Takim też kierunkiem tej zależności będziemy się przede wszystkim zajmować w prezentowanym tu badaniu. Warto tu przy okazji dodać, że z kolei wpływ złego stanu zdrowia na ubożenie - choć zdawałoby się, że oczywisty - nie zawsze jest w praktyce łatwy do wyizolowania, szczególnie wtedy, gdy pozostajemy w kręgu ocen subiektywnych. Choroby, kalectwo w sytuacji biedy niejednokrotnie bowiem stają się źródłem wtórnych korzyści psychologicznych („ucieczka w chorobę” - Mechanic 1980). Bezradność, apatia, niepowodzenia życiowe są wówczas interpretowane i przedstawiane innym jako efekty choroby, zasługujące na współczucie i zrozumienie. Jednoznaczne rozróżnienie między przyczyną a skutkiem nie zawsze jest tu więc możliwe. Będziemy się starali tego dokonać na podstawie elementów biografii zdrowotnej badanych (blok 2).

Wszystkie następne bloki zmiennych (3-10) będą pełnić rolę zmiennych pośredniczących. Poddane analizom wielozmiennowym pozwolą ocenić ich wzajemny udział w wyjaśnianiu całokształtu zależności między stanem zdrowia a biedą. Ten aspekt badania stanowi oryginalny wkład do dorobku badań nad społecznymi aspektami zdrowotności; jeśli bowiem w miarę znane są indywidualne zależności między poszczególnymi, wyodrębnionymi grupami zmiennych a biedą i chorobami, to nie jest znana ich wzajemna moc wyjaśniająca tę zależność.

Autorami tej części badania jest Antonina Ostrowska (IFiS PAN) i Pierre Chauvin (CNRS).

Literatura

- Antonovsky, Aaron. 1995. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Blaxter, Mildred. 1995. *Health and Lifestyles*. London, New York: Routledge.
- Brown, George i Thomas Harris. 1978. *Social Origins of Depression*. London: Tavistock.
- Freidson, Elliot. 1961. *Patient's Views of Medical Practice*. New York: Sage.
- Lazarus, Richard S. 1997. *Radzenie sobie ze stresem wywołanym chorobą*. W: A. Kaplun (red.), *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Mackenbach, Johan i in. 1997. *Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe*. „Lancet” 349: 1655–1659.
- Mechanic, David. 1980. *Social Psychologic Factors Affecting the Presentation of Bodily Complaints*. W: David Mechanic (red.), *Readings in Medical Sociology*. New York: The Free Press.
- Ostrowska, Antonina i Joanna Sikorska. 1996. *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska, Antonina. 1999. *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: IFiS PAN.
- Ostrowska, Antonina. 2000. *Styl życia a zdrowie – bilans dekady*. W: Henryk Domański, Antonina Ostrowska i Andrzej Rychard (red.), *Jak żyją Polacy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Palska, Hanna. 2002. *Bieda i dostatek*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Pflanz, Manfred. 1976. *Struktura społeczna a zdrowie: problemy nierozwiązane*. W: Magdalena Sokołowska, Jacek Hołówka i Antonina Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Pott, Elisabeth. 1997. *Wstęp*. W: Annette Kaplun (red.), *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Scambler, Graham. 1986. *Illness Behaviour*. W: Donald Patrick i Graham Scambler (red.) *Sociology as Applied to Medicine*. London: Bailliere Tindall.
- Sokołowska, Magdalena. 1980. *Granice medycyny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Świątkiewicz, Grażyna. 2002. *Konsumpcja leków psychoaktywnych*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 22.
- Tarkowska, Elżbieta. 2002. *Intra-Household Gender Inequality: Hidden Dimensions of Poverty among Polish Women*. „Communist and Post- Communist Studies” 35: 41–432.
- Vagero, Denny. 1992. *Health Inequalities from the Cradle to the Grave?* „International Journal of Health Sciences” 3–4.
- Valkonen, Tapani. 1989. *Adult Mortality and Level of Education: A Comparison of Six Countries*. W: John Fox (red.), *Health Inequalities in European Countries*. Aldershot: Gower, s. 142–160.
- Zborowski, Marc. 1969. *People in Pain*. San Francisco: Jessey-Bass Inc. Publishers.