

Jak się starzejemy? Zdrowie Polaków po sześćdziesiątym roku życia

Małgorzata Mikucka (Université catholique de Louvain)

ISBN 978-83-64835-32-2

Współczesne społeczeństwa, także Polacy, wyraźnie się starzeją. W ciągu ostatnich dwudziestu lat, czyli między 1992 a 2012 rokiem, oczekiwana długość życia przy urodzeniu w Polsce wzrosła wśród mężczyzn o ponad siedem lat (z 66,5 do 72,7 roku), z kolei wśród kobiet – o ponad pięć lat (z 75,5 roku do 81 lat) (Główny Urząd Statystyczny 2013). Paradoksalnie, wzrost długości życia to jednocześnie dobra i zła wiadomość. Dobra, ponieważ dłuższe życie świadczy o postępie medycyny i lepszych warunkach życia – żyjemy dłużej, gdyż jakość naszego życia jest wyższa niż w przeszłości. Zła, ponieważ w społeczeństwach, w których ludzie żyją dłużej, z reguły jest więcej osób w podeszłym wieku, w złym stanie zdrowia i wymagających opieki. Starzenie się społeczeństw stawia nowe wyzwania przed systemami opieki zdrowotnej i wymusza reformy systemów emerytalnych. Ponieważ rosnąca oczekiwana długość życia zazwyczaj idzie w parze z malejącą dietnością, finansowanie tych systemów pochłania rosnącą część budżetów państw.

W obliczu tych wyzwań jakość wieku starszego, szczególnie zaś zdrowie osób starszych, nabiera znaczenia nie tylko z perspektywy indywidualnej, ale także z punktu widzenia polityki społecznej. Niniejsze opracowanie opisuje stan zdrowia osób starszych – po sześćdziesiątym roku życia – w Polsce na podstawie danych z badania POLPAN, zrealizowanego na ogólnopolskiej próbie ludności w 2008 i 2013 roku.

Uzupełnieniem tego opisu jest analiza czynników, które korelują zarówno ze stanem zdro-

wia osób starszych, jak i z pogorszeniem lub poprawą stanu zdrowia. Analiza uwzględnia elementy pozycji społecznej (wykształcenie, dochód gospodarstwa domowego, status zatrudnienia) i wybrane aspekty wsparcia społecznego, między innymi stan cywilny i liczbę przyjaciół.

Pozycja społeczna z reguły w dużym stopniu decyduje o stanie zdrowia i jakości starzenia się (por. analizę w tym zakresie dziesięciu państw europejskich w: Dalstra, Kunst, Mackenbach 2006), są jednak powody, żeby przypuszczać, że w Polsce czynnik ten jest szczególnie ważny. W analizie przeprowadzonej przez Olafa von dem Knesebecka, Pabla E. Verde i Nica Dragano (2006) Polska jest jednym z krajów europejskich, w którym wykształcenie najsilniej różnicuje stan zdrowia. Może to być związane z dużą rolą wykształcenia w kształtowaniu stylu życia, zwłaszcza palenia tytoniu i konsumpcji alkoholu, co z kolei wpływa na ryzyko wystąpienia wielu chorób (Mackenbach *et al.* 2008). Jednocześnie duże znaczenie może mieć nierówny dostęp do interwencji medycznych (Mackenbach *et al.* 2008).

W wielu publikacjach wykazano, że także wsparcie społeczne i emocjonalne mogą istotnie kształtować stan zdrowia (por. na przykład Wilkinson, Marmot 2003). Badania porównawcze potwierdziły ogólny charakter tej zależności. Na przykład Olaf von dem Knesebeck i Siegfried Geyer (2007) udokumentowali zależność między wsparciem emocjonalnym a samooceną stanu zdrowia dla dwudziestu dwóch krajów europejskich.

Rzecz jasna, omawiając przedstawione niżej wyniki, należy uwzględnić potencjalnie dwukierunkowy charakter zależności. Niska pozycja społeczno-ekonomiczna może się przyczynić do gorszego stanu zdrowia, ale jednocześnie zły stan zdrowia może obniżać pozycję społeczną (Adler, Ostrove 1999). Podobnie układa się zależność między stanem zdrowia a wsparciem społecznym – obecność przyjaciół może pomagać podtrzymać dobre zdrowie, jednocześnie jednak osoby poważnie chore mogą nie być w stanie utrzymać wielu znajomości.

Metodologia

Badanie POLPAN to jedyny w swoim rodzaju sondaż realizowany od 1988 roku na próbie ogólnopolskiej, który co pięć lat rejestruje biografie respondentów. W próbie znajdują się zarówno osoby uczestniczące w badaniu regularnie od 1988 roku, jak i kohorty osób młodszych. Dane badania POLPAN są unikalnym materiałem do analizowania stanu zdrowia osób starszych, ponieważ edycje z 2008 i 2013 roku zawierały między innymi Nottingham Health Profile (Hunt *et al.* 1980; Hunt, McEwen, McKenna 1985) – standaryzowany kwestionariusz złożony z ponad czterdziestu pytań, który pozwala ocenić problemy zdrowotne w sześciu wymiarach: ból, brak energii, ograniczenia fizyczne, problemy emocjonalne, problemy ze snem, izolacja społeczna. Takie podejście do pomiaru stanu zdrowia jest wyjątkowe, definiuje bowiem zdrowie nie tylko przez brak dolegliwości fizycznych, ale uwzględnia także funkcjonowanie psychiczne i społeczne. Szczegóły Nottingham Health Profile przedstawiono w końcowej części niniejszego opracowania.

Badanie POLPAN zawiera również pytania o subiektywną ocenę własnego nastroju i stanu zdrowia:

Pytanie 17. Jak oceniłby Pan (oceniłaby Pani) swoje samopoczucie psychiczne? Czy Pana (Pani) samopoczucie psychiczne jest na ogół:

- bardzo dobre,
- raczej dobre,
- raczej złe,
- bardzo złe,
- nie wiem, trudno powiedzieć.

Pytanie 13. Jak, ogólnie rzecz biorąc, ocenia Pan (Pani) swój stan zdrowia w porównaniu ze stanem zdrowia większości osób w Pana (Pani) wieku? Czy stan Pana (Pani) zdrowia jest:

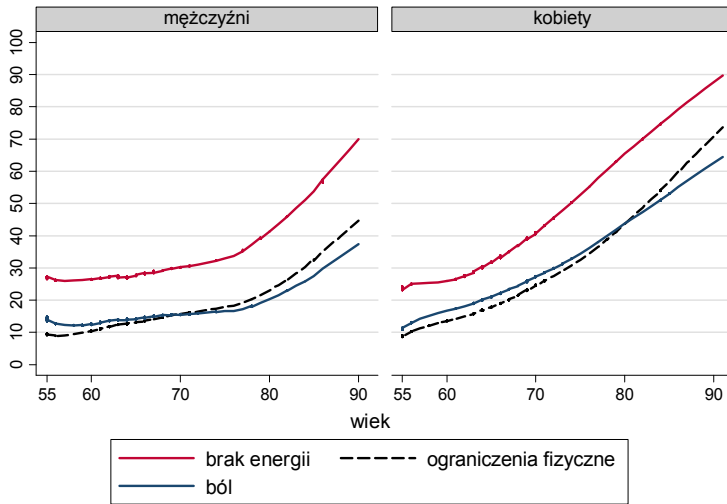
- zdecydowanie lepszy niż innych osób w Pana (Pani) wieku,
- trochę lepszy,
- trochę gorszy,
- zdecydowanie gorszy niż innych osób w Pana (Pani) wieku,
- taki sam,
- nie wiem, trudno powiedzieć.

Stan zdrowia kobiet i mężczyzn po sześćdziesiątym roku życia

Na wykresach 1–2 zobrazowano, jak sześć wspomnianych wymiarów problemów zdrowotnych z Nottingham Health Profile zmienia się wraz z wiekiem. Interpretując wyniki, pamiętajmy, że wyższe wartości (z maksymalną wartością 100) oznaczają gorszy stan zdrowia, idealnemu stanowi zdrowia odpowiada zaś wartość 0. Zwróćmy ponadto uwagę, że wartości na tak zdefiniowanej skali można interpretować w punktach procentowych.

Wykres 1 pokazuje, jak z wiekiem rosną odczuwane problemy z brakiem energii, bólem i ograniczeniami fizycznymi. Można dostrzec pewne interesujące prawidłowości. Po pierwsze, najbardziej nasilonym problemem jest brak energii – respondenci deklarowali średnio znacznie większe problemy z brakiem energii niż w pozostałych wymiarach problemów zdrowotnych. Po drugie, różnice mię-

Wykres 1. Brak energii, ból i ograniczenia fizyczne (wymiary problemów zdrowotnych z Nottingham Health Profile) wśród osób po pięćdziesiątym piątym roku życia



Wykres przedstawia krzywe Lowess (odpornej regresji lokalnie ważonej) dla wybranych zmiennych.

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

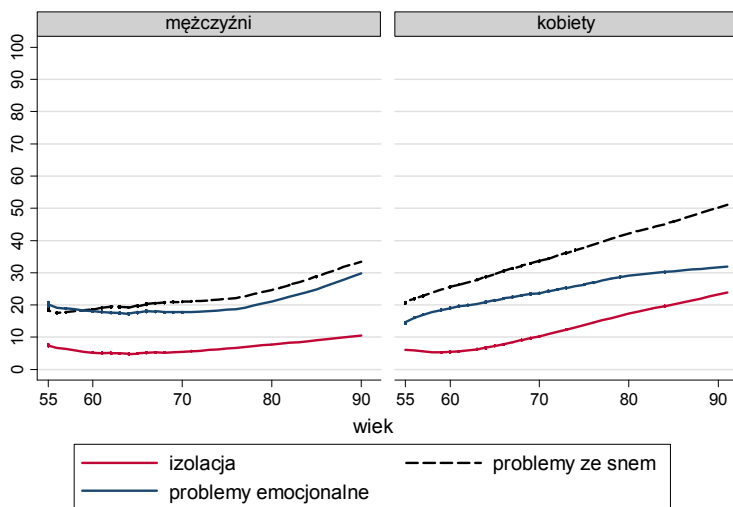
dzy kobietami a mężczyznami są minimalne w wieku około sześćdziesięciu lat, ale silnie zwiększają się z wiekiem. Wśród kobiet szybki wzrost problemów ze zdrowiem zaczyna się wcześniej niż u mężczyzn, już bowiem około sześćdziesiątego roku życia, podczas gdy wśród mężczyzn problemy zdrowotne mocno nasilają się dopiero około osiemdziesiątego roku życia. Ponadto nawet w zaawansowanym wieku nie osiągają one wartości porównywalnych z deklarowanymi przez kobiety. Na przykład wśród najstarszych respondentów – osób w wieku 80–90 lat – średnie problemy z brakiem energii rosną w grupie mężczyzn z 40% do 70%, a w grupie kobiet – z 65% do 90%.

Wykres 2 ilustruje podobną zależność między wiekiem a problemami zdrowotnymi dla trzech pozostałych wymiarów z Nottingham Health Profile: problemów emocjonalnych,

problemy ze snem i z izolacją społeczną. Wskaźniki te osiągają średnio niższe wartości niż fizyczne aspekty zdrowia przedstawione na wykresie 1. Niemniej jednak można zauważyć, że także w wymiarach psychicznych stan zdrowia mężczyzn zaczyna gwałtownie obniżać się dopiero około osiemdziesiątego roku życia, podczas gdy zdrowie kobiet pogarsza się stopniowo już od pięćdziesięciu pięciu, sześćdziesięciu lat.

Spośród trzech wskaźników problemów z psychicznymi i ze społecznymi aspektami zdrowia najbardziej nasilone są problemy ze snem, zwłaszcza u kobiet, osiągając średnie wartości blisko 40% dla wieku około osiemdziesięciu lat. Najmniej nasilonym problemem jest izolacja społeczna – wśród mężczyzn średnie wartości nie przekraczają 10%, wśród kobiet zaś dochodzą do około 25% w grupie najstarszych respondentek.

Wykres 2. Izolacja społeczna, problemy ze snem i problemy emocjonalne (wymiary problemów zdrowotnych z Nottingham Health Profile) wśród osób po pięćdziesiątym piątym roku życia



Wykres przedstawia krzywe Lowess (odpornej regresji lokalnie ważonej) dla wybranych zmiennych.

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Na wykresie 3 zobrazowano, jak wiek różnicuje samoocenę własnego stanu zdrowia w porównaniu z innymi osobami w zbliżonym wieku. Zmienna przyjmuje wartości od 1 – „znacznie gorszy stan zdrowia” do 5 – „znacznie lepszy stan zdrowia”.

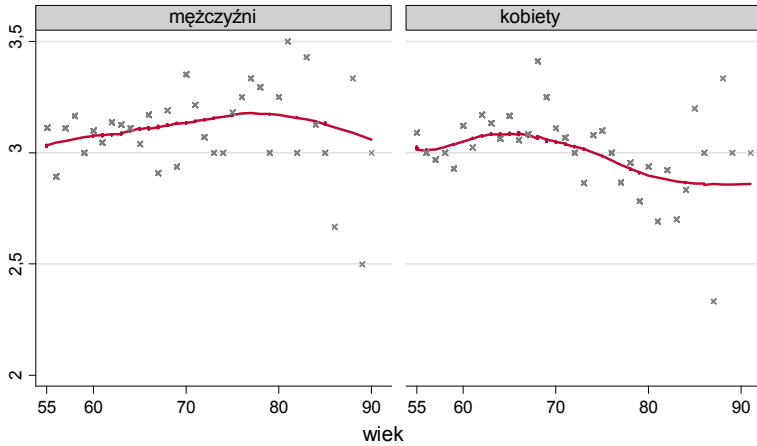
Wśród mężczyzn samoocena stanu zdrowia po przekroczeniu sześćdziesiątego roku życia nieznacznie rośnie i osiąga najwyższe średnie wartości około osiemdziesięciu lat, po czym znów się obniża. Mimo że taka dynamika samooceny stanu zdrowia może się wydawać zaskakująca, pamiętajmy, że chodzi o ocenę w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku, nie zaś o ocenę obiektywną. Wśród kobiet zależność między wiekiem a samooceną stanu zdrowia jest jednoznacznie negatywna – samoocena stanu zdrowia obniża się już po sześćdziesiątym piątym roku życia, choć w bardziej zaawansowanym wieku – po osiemdziesiątym roku życia

– tempo tej zmiany się zmniejsza. Prawidłowości te są spójne z opisanymi wyżej prawidłowościami dla Nottingham Health Profile – zdrowie starszych mężczyzn w Polsce pogarsza się znacznie dopiero po osiemdziesiątym roku życia, podczas gdy wśród kobiet już po osiągnięciu przez nie wieku około sześćdziesięciu lat.

Na wykresie 4 zobrazowano, jak z wiekiem zmienia się samoocena własnego nastroju. Nastrój był mierzony na skali od 1 – „bardzo zły” do 4 – „bardzo dobry”.

W wypadku tego wskaźnika jego zależność z wiekiem jest inna niż omówionych wcześniej miar. Wśród mężczyzn starszy wiek koreluje z lepszym nastrojem – po sześćdziesiątym roku życia samoocena nastroju systematycznie rośnie, z kolei wśród kobiet w tym samym wieku nastrój powoli, ale stale się pogarsza.

Wykres 3. Samoocena stanu zdrowia wśród osób po pięćdziesiątym piątym roku życia

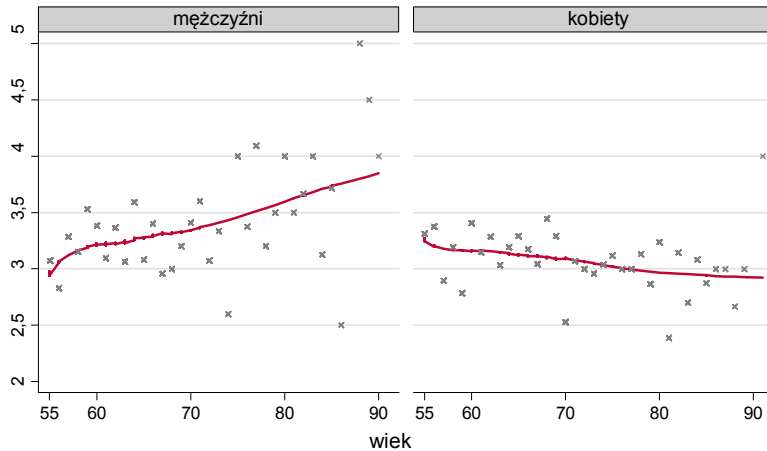


Wykres przedstawia krzywe Lowess (odpornej regresji lokalnie ważonej).

Punkty na wykresie oznaczają średnie dla danego wieku.

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Wykres 4. Samoocena nastroju (samopoczucia) wśród osób po pięćdziesiątym piątym roku życia



Wykres przedstawia krzywe Lowess (odpornej regresji lokalnie ważonej).

Punkty na wykresie oznaczają średnie dla danego wieku.

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Podsumowując, powyższe dane wskazują jednoznacznie, że proces utraty zdrowia w starszym wieku przebiega inaczej u mężczyzn i u kobiet. Szczególnie u mężczyzn odczuwane zdrowie gwałtownie pogarsza się dopiero po przekroczeniu osiemdziesiątego roku życia. Między sześćdziesiątym a osiemdziesiątym rokiem życia utrata zdrowia jest niewielka, towarzyszy jej także poprawa subiektywnej oceny własnego zdrowia i nastroju. Kobiety zaczynają podupadać na zdrowiu znacznie wcześniej, już bowiem około sześćdziesiątego roku życia. Od tego momentu wszystkie aspekty zdrowia ulegają pogorszeniu, czemu towarzyszą obniżająca się samoocena zdrowia i pogarszający się nastrój.

Społeczne zróżnicowanie stanu zdrowia wśród starszych Polek i Polaków

Zdrowie pogarsza się systematycznie wraz z wiekiem człowieka, warunki życia i różne doświadczenia mogą jednak przyspieszać lub opóźniać ten proces. Analiza społeczno-zróżnicowania problemów ze zdrowiem – nawet jeśli nie jest dowodem zależności przyczynowo-skutkowych – może pomóc nam zrozumieć, jakie mechanizmy i czynniki kształtują stan zdrowia. W tabelach 1–3 przedstawiono regresję problemów zdrowotnych uchwyconych w Nottingham Health Profile oraz samooceny zdrowia i nastroju na indywidualne cechy respondentów. Zaprezentowane wyniki obrazują, jak różne indywidualne czynniki różnicują problemy zdrowotne i samoocenę stanu zdrowia.

Brak energii, który w poprzedniej części analizy wyłonił się jako najpoważniejszy problem osób starszych w Polsce, jest silnie uwarunkowany pozycją społeczną. Osoby lepiej wykształcone, bardziej zamożni mężczyźni i kobiety wyżej oceniające swoją pozycję społeczną rzadziej skarżą się na brak energii. Większe problemy z brakiem energii odczu-

wają mężczyźni o „innym statusie zatrudnienia”, który wśród osób starszych oznacza najczęściej niepełnosprawność. Kobiety, które mają od jedenastu do piętnastu przyjaciół, rzadziej skarżą się na brak energii niż kobiety mające od pięciu do dziesięciu zaprzyjaźnionych osób. Zależności te wskazują, że pozycja społeczna – u kobiet także wsparcie społeczne – silnie różnicują problemy z brakiem energii odczuwane przez osoby starsze.

Silnie społecznie uwarunkowane jest również nasilenie bólu u osób starszych. Gorzej wykształcone kobiety i niżej oceniające swoją pozycję społeczną częściej skarżą się na ból. To samo dotyczy mężczyzn mieszkających w gospodarstwach domowych o niskich dochodach. Zależność z wykształceniem jest u mężczyzn słabsza niż u kobiet.

Podobnie uwarunkowane społecznie są ograniczenia sprawności fizycznej w starszym wieku. Kobiety ze średnim wykształceniem i mężczyźni z wykształceniem zawodowym, średnim lub wyższym rzadziej niż osoby z wykształceniem podstawowym deklarują ograniczenia sprawności fizycznej. Ponadto u obu płci samoocena pozycji społecznej negatywnie koreluje z ograniczoną sprawnością fizyczną.

Wszystkie te wyniki pokazują, że pozycja społeczna w znacznym stopniu decyduje o poziomie zdrowia i jakości wieku starszego osób po sześćdziesiątym roku życia. Wyniki te sugerują, że zasoby związane z wykształceniem i pozycją społeczną, warunki życia i zatrudnienia, rodzaj wykonywanej pracy, nawyki i styl życia w dużej mierze decydują o schorzeniach i dolegliwościach w starszym wieku, a także o tym jak, ogólnie rzecz biorąc, fizycznie funkcjonują osoby starsze.

W tabeli 2 przedstawiono podobne wyniki dla wymiarów Nottingham Health Profile dotyczących zdrowia psychicznego i społecznego: problemów ze snem, problemów emocjonalnych i izolacji społecznej.

Tabela 1. Regresja braku energii, bólu i ograniczeń fizycznych na indywidualne cechy respondentów

	Brak energii				Ból				Ograniczenia fizyczne			
	kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni	
	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>
wiek	-4,26	(-0,65)	-13,1	(-1,98)*	-0,70	(-0,13)	-6,39	(-1,45)	-6,04	(-1,49)	-8,49	(-2,12)*
wiek (kwadrat)	0,04	(0,88)	0,10	(2,04)*	0,01	(0,30)	0,04	(1,43)	0,05	(1,77)	0,06	(2,22)*
wykształcenie podstawowe	<i>kategoria odniesienia</i>											
wykształcenie zasadnicze zawodowe	-22,15	(-3,36)***	-10,85	(-1,72)	-10,21	(-1,75)	-6,76	(-1,57)	-3,08	(-0,73)	-11,14	(-2,84)**
wykształcenie średnie	-22,73	(-4,00)***	-18,29	(-2,83)**	-16,62	(-3,34)***	-8,92	(-2,00)*	-8,04	(-2,22)*	-9,27	(-2,29)*
wykształcenie wyższe	-29,14	(-4,04)***	-19,70	(-2,74)**	-22,12	(-3,50)***	-7,38	(-1,49)	-7,41	(-1,60)	-9,52	(-2,11)*
dochód gospodarstwa domowego (ln)	-8,36	(-1,97)	-10,26	(-2,21)*	-1,85	(-0,49)	-6,96	(-2,18)*	-3,28	(-1,20)	-5,32	(-1,84)
pozycja społeczna (samooceņa)	-3,94	(-4,04)***	-1,38	(-1,10)	-3,76	(-4,44)***	-1,82	(-2,09)*	-2,75	(-4,38)***	-1,91	(-2,44)*
osoba pracująca	<i>kategoria odniesienia</i>											
bezrobotny (bezrobotna)			-30,10	(-1,75)			-16,90	(-1,47)			-13,55	(-1,29)
emeryt (emerytka)	-0,56	(-0,11)	4,53	(0,92)	-0,07	(-0,02)	3,22	(0,95)	-0,47	(-0,14)	3,16	(1,05)
gospodyni domowa	6,20	(0,31)			-1,85	(-0,11)			-1,60	(-0,10)		
inny status zatrudnienia	-18,65	(-0,97)	22,81	(2,07)*	4,16	(0,25)	2,57	(0,35)	2,07	(0,17)	11,66	(1,73)
kawaler (panna)	-3,03	(-0,20)	-1,43	(-0,13)	3,98	(0,34)	1,11	(0,15)	2,05	(0,21)	0,16	(0,02)
w związku małżeńskim	<i>kategoria odniesienia</i>											
rozwódzony (rozwódzona)	-13,33	(-1,19)	-18,41	(-1,26)	3,51	(0,33)	-5,23	(-0,53)	-0,82	(-0,11)	-8,58	(-0,96)
wdowiec (wdowa)	-0,85	(-0,20)	3,28	(0,42)	-3,66	(-1,04)	-4,26	(-0,77)	-4,50	(-1,68)	0,78	(0,16)
inny stan cywilny	95,63	(2,84)**	37,04	(1,61)	-14,75	(-0,51)	-12,78	(-0,83)	-0,28	(-0,01)	-8,85	(-0,63)
nie ma przyjaciół	1,40	(0,20)	10,14	(1,33)	3,42	(0,56)	1,71	(0,32)	1,37	(0,30)	-3,23	(-0,69)
od 1 do 4 przyjaciół	-0,14	(-0,03)	-4,44	(-0,94)	-4,35	(-1,12)	-0,83	(-0,26)	-2,52	(-0,87)	-1,52	(-0,52)
od 5 do 10 przyjaciół	<i>kategoria odniesienia</i>											
od 11 do 15 przyjaciół	-17,50	(-2,06)*	12,48	(1,50)	-6,80	(-0,91)	11,05	(1,86)	-7,60	(-1,41)	4,46	(0,82)
16 i więcej przyjaciół	4,73	(0,84)	-4,69	(-0,87)	4,16	(0,85)	1,45	(0,40)	0,97	(0,26)	-0,20	(-0,06)
stała	100,98	(3,26)**	117,10	(3,56)***	44,70	(1,63)	73,39	(3,24)**	45,63	(2,28)*	61,19	(2,99)**
<i>N</i>	325		291		316		280		320		283	
<i>R</i> ²	0,367		0,223		0,261		0,150		0,261		0,206	

Statystyka *t* w nawiasach, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, regresja OLS (*pooled data*).

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Tabela 2. Regresja problemów ze snem, problemów emocjonalnych i izolacji społecznej na indywidualne cechy respondentów

	Problemy ze snem				Problemy emocjonalne				Izolacja społeczna			
	kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni	
	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>
wiek	4,27	(0,71)	-10,72	(-2,23)*	1,86	(0,42)	-9,96	(-2,69)**	0,94	(0,31)	-5,11	(-2,19)*
wiek (kwadrat)	-0,03	(-0,59)	0,07	(2,21)*	-0,01	(-0,32)	0,07	(2,75)**	-0,00	(-0,15)	0,04	(2,27)*
wykształcenie podstawowe	<i>kategoria odniesienia</i>											
wykształcenie zasadnicze zawodowe	-12,67	(-2,02)*	-4,50	(-0,95)	-6,33	(-1,43)	-3,00	(-0,83)	-5,44	(-1,80)	-2,63	(-1,18)
wykształcenie średnie	-16,65	(-3,12)**	-10,97	(-2,23)*	-7,89	(-2,09)*	-8,36	(-2,28)*	-4,31	(-1,66)	-1,72	(-0,75)
wykształcenie wyższe	-19,72	(-2,84)**	-8,30	(-1,52)	-10,92	(-2,24)*	-6,81	(-1,65)	-5,59	(-1,69)	-2,22	(-0,87)
dochód gospodarstwa domowego (ln)	-4,88	(-1,20)	0,01	(0,00)	-4,22	(-1,49)	-8,23	(-3,09)**	-1,60	(-0,81)	-2,67	(-1,61)
pozycja społeczna (samocena)	-2,95	(-3,20)**	-2,00	(-2,14)*	-3,48	(-5,32)***	-2,74	(-3,76)***	-0,74	(-1,63)	-0,66	(-1,50)
osoba pracująca	<i>kategoria odniesienia</i>											
bezrobotny (bezrobotna)			-12,31	(-0,96)			-7,08	(-0,67)			-3,98	(-0,66)
emeryt (emerytka)	-2,55	(-0,54)	5,61	(1,53)	1,49	(0,44)	-0,42	(-0,15)	2,68	(1,15)	0,82	(0,48)
gospodyni domowa	-38,79	(-2,07)*			-2,11	(-0,13)			-6,28	(-0,67)		
inny status zatrudnienia	21,05	(1,18)	0,19	(0,02)	9,80	(0,64)	5,72	(0,91)	1,09	(0,12)	14,08	(3,64)***
kawaler (panna)	-22,57	(-1,46)	6,04	(0,74)	-16,27	(-1,50)	0,23	(0,04)	3,04	(0,48)	17,23	(4,46)***
w związku małżeńskim	<i>kategoria odniesienia</i>											
rozwiedziony (rozwiedziona)	16,14	(1,47)	-14,80	(-1,22)	-2,07	(-0,27)	-4,40	(-0,55)	4,87	(0,88)	7,73	(1,51)
wdowiec (wdowa)	-4,32	(-1,11)	-0,92	(-0,16)	-3,25	(-1,17)	3,20	(0,68)	10,07	(5,29)***	20,32	(7,39)***
inny stan cywilny	29,04	(0,93)	3,00	(0,18)	27,37	(1,23)	12,68	(0,99)	3,59	(0,23)	8,97	(1,11)
nie ma przyjaciół	0,68	(0,10)	5,85	(1,03)	1,30	(0,28)	12,19	(2,71)**	-3,69	(-1,11)	3,51	(1,31)
od 1 do 4 przyjaciół	-1,56	(-0,36)	8,56	(2,41)*	0,35	(0,12)	5,51	(2,05)*	-0,61	(-0,29)	2,24	(1,35)
od 5 do 10 przyjaciół	<i>kategoria odniesienia</i>											
od 11 do 15 przyjaciół	-24,35	(-2,99)**	10,65	(1,67)	-14,75	(-2,52)*	4,82	(1,04)	-6,24	(-1,61)	-1,57	(-0,52)
16 i więcej przyjaciół	-2,08	(-0,39)	4,12	(1,03)	-0,21	(-0,06)	2,85	(0,92)	-2,41	(-0,93)	2,32	(1,23)
stała	76,65	(2,59)*	25,10	(1,01)	54,75	(2,66)**	82,36	(4,37)***	15,42	(1,07)	23,27	(1,98)*
<i>N</i>	313		289		309		274		328		292	
<i>R</i> ²	0,208		0,121		0,237		0,265		0,256		0,343	

Statystyka *t* w nawiasach, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, regresja OLS (*pooled data*).

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Problemy ze snem są skorelowane z wykształceniem i samooceną pozycji społecznej, co wskazuje na społeczne uwarunkowania takich dolegliwości. Ponadto wśród kobiet gospodynie domowe mają mniej problemów ze snem niż kobiety pracujące zawodowo. Może to wskazywać, że praca zawodowa jest często źródłem stresu, albo wynikać z tego, że wśród gospodyń domowych z reguły występuje nadreprezentacja kobiet mieszkających w gospodarstwach domowych nieodnotowujących problemów finansowych. Obserwujemy również zależność między kłopotami ze snem a wsparciem społecznym – kobiety mające od jedenastu do piętnastu przyjaciół cierpią na mniej problemów ze snem, z kolei mężczyźni przyjaźniący się z najwyżej czterema osobami wykazują więcej problemów ze snem niż osoby mające od pięciu do dziesięciu przyjaciół.

Problemy emocjonalne także korelują z poziomem wykształcenia (silniej u kobiet niż u mężczyzn), z dochodem gospodarstwa domowego (u mężczyzn) i z samooceną pozycji społecznej (u obu płci). Dodatkowo można dostrzec silną zależność między liczbą przyjaciół a problemami emocjonalnymi. Kobiety mające od jedenastu do piętnastu przyjaciół deklarują mniej problemów emocjonalnych, z kolei mężczyźni mający najwyżej czterech przyjaciół wspominają o większej liczbie problemów emocjonalnych niż osoby, które mają od pięciu do dziesięciu przyjaciół. Sugeruje to, że – podobnie jak w wypadku problemów ze snem – także problemy emocjonalne pojawiają się częściej u osób, które uzyskują niższe wsparcie społeczne, niż u osób z wysokim wsparciem społecznym.

Izolacja społeczna, ostatni z sześciu wymiarów Nottingham Health Profile, jest interesującym wskaźnikiem, ponieważ nie zależy od pozycji społecznej – korelacja tej zmiennej z wykształceniem, dochodami i samooceną pozycji społecznej jest statystycznie nieistotna. Czynniki decydujące o poziomie izolacji społecznej są inne, w większym stop-

niu związane z kontaktami i ze wsparciem społecznym. Najsilniejszym predyktorem izolacji społecznej jest wdowieństwo. Dodatkowo na większą izolację społeczną skarżą się w grupie mężczyzn starzy kawalerowie i mężczyźni o „innym statusie zatrudnienia”, co w większości wypadków oznacza niepełnosprawność. Wyniki te sugerują, że w starszym wieku małżeństwo jest bardzo istotnym źródłem wsparcia społecznego, szczególnie dla mężczyzn. Co niepokojące, społecznie izolowani są także starsi niepełnosprawni mężczyźni, co sugeruje, że ani członkowie rodziny, ani systemy opieki społecznej nie są skuteczne w integrowaniu tej grupy z resztą społeczeństwa.

W tabeli 3 można dostrzec podobne zależności dla samooceny własnego stanu zdrowia w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku i dla samooceny nastroju. Samoocena stanu zdrowia nie jest skorelowana ani z pozycją społeczną, ani ze wsparciem społecznym. To interesujący wynik w świetle przedstawionych wyżej rezultatów, wskazujących, że problemy zdrowotne są bardzo silnie uwarunkowane społecznie. Sugeruje on, że przepuszczalność barier społecznych jest w rzeczywistości niewielka – porównując swoje zdrowie ze zdrowiem osób w podobnym wieku, respondenci prawdopodobnie sięgali do repertuaru osób podobnych do nich pod względem nie tylko wieku, ale także wykształcenia czy dochodu. Innymi słowy, można przyjąć, że osoby starsze nie wiedzą, że osoby na niższych szczeblach drabiny społecznej mają znacznie gorsze zdrowie, z kolei osoby zajmujące wyższe pozycje – znacznie lepsze zdrowie.

Także samoocena nastroju słabo koreluje ze zmiennymi uwzględnionymi w analizie. Mężczyźni o wyższych dochodach i osoby wyżej oceniające swoją pozycję społeczną deklarują systematycznie lepszy nastrój. Wsparcie i kontakty społeczne nie są statystycznie istotnie związane z nastrojem.

Tabela 3. Regresja samooceny stanu zdrowia i nastroju na indywidualne cechy respondentów

	Samoocena stanu zdrowia				Nastój (samoocena)			
	kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni	
	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>
wiek	-0,22	(-0,95)	0,23	(0,96)	0,18	(1,61)	0,21	(1,87)
wiek (kwadrat)	0,00	(0,87)	-0,00	(-0,80)	-0,00	(-1,69)	-0,00	(-1,80)
wykształcenie podstawowe					<i>kategoria odniesienia</i>			
wykształcenie zasadnicze zawodowe	0,31	(1,29)	0,10	(0,41)	0,09	(0,78)	-0,09	(-0,81)
wykształcenie średnie	0,38	(1,88)	0,22	(0,89)	0,14	(1,44)	-0,05	(-0,47)
wykształcenie wyższe	0,27	(1,04)	0,24	(0,89)	0,18	(1,36)	-0,13	(-1,01)
dochód gospodarstwa domowego (ln)	0,22	(1,40)	0,31	(1,79)	0,11	(1,40)	0,20	(2,41)*
pozycja społeczna (samoocena)	0,04	(1,17)	0,00	(0,08)	0,06	(3,23)**	0,06	(2,62)**
osoba pracująca					<i>kategoria odniesienia</i>			
bezrobotny (bezrobotna)			0,91	(1,27)			0,44	(1,28)
emeryt (emerytka)	0,22	(1,18)	-0,34	(-1,85)	0,07	(0,77)	-0,07	(-0,81)
gospodyni domowa	-0,02	(-0,03)			0,40	(1,10)		
inny status zatrudnienia	0,04	(0,05)	-0,37	(-0,90)	0,24	(0,71)	-0,35	(-1,79)
kawaler (panna)	0,37	(0,73)	-0,65	(-1,61)	0,26	(1,04)	-0,10	(-0,52)
w związku małżeńskim					<i>kategoria odniesienia</i>			
rozwiedziony (rozwiedziona)	0,49	(1,20)	0,13	(0,24)	-0,12	(-0,60)	0,03	(0,11)
wdowiec (wdowa)	0,09	(0,60)	-0,19	(-0,66)	-0,05	(-0,71)	-0,01	(-0,05)
inny stan cywilny	-1,59	(-1,30)	0,38	(0,45)	-0,13	(-0,22)	-0,19	(-0,47)
nie ma przyjaciół	-0,27	(-1,03)	-0,26	(-0,92)	-0,08	(-0,65)	-0,17	(-1,25)
od 1 do 4 przyjaciół	0,14	(0,86)	0,06	(0,36)	0,03	(0,32)	-0,00	(-0,01)
od 5 do 10 przyjaciół					<i>kategoria odniesienia</i>			
od 11 do 15 przyjaciół	0,35	(1,17)	0,11	(0,34)	0,03	(0,18)	0,04	(0,25)
16 i więcej przyjaciół	0,07	(0,36)	-0,02	(-0,10)	0,07	(0,68)	0,06	(0,68)
stała	1,32	(1,16)	0,78	(0,63)	2,17	(3,90)***	1,62	(2,74)**
<i>N</i>	334		283		331		291	
<i>R</i> ²	0,084		0,112		0,139		0,120	

Statystyka *t* w nawiasach, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, regresja OLS (*pooled data*).

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Czynniki przyczyniające się do pogorszenia stanu zdrowia osób starszych

Powyższa analiza opisywała zależności między statusem społeczno-ekonomicznym, wsparciem społecznym i stanem zdrowia, ale nie pozwalała wyciągnąć wniosków na temat czynników, które przyczyniają się do pogorszenia stanu zdrowia osób w starszym wieku. Dlatego w tabelach 4–6 zaprezentowano wyniki dotyczące zmian stanu zdrowia, jakich doświadczyli respondenci, którzy uczestniczyli w badaniu POLPAN w 2008 i 2013 roku i w obu edycjach odpowiedzieli na pytania dotyczące swojego stanu zdrowia.

Pozytywne współczynniki stałej w modelach ujętych w tabelach 4–5 oznaczają, że zdrowie osób starszych pogarsza się sy-

stematycznie wraz z wiekiem. Na przykład problemy z brakiem energii u kobiet rosną średnio o 28,4 punktu procentowego w ciągu pięciu lat. Jednocześnie negatywne współczynniki dla zmiennej „problemy zdrowotne w 2008 roku” informują, że zdrowie osób, które miały problemy zdrowotne już w przeszłości, pogarsza się wolniej.

W tabeli 4 ujęto wyniki dla trzech wymiarów Nottingham Health Profile związanych w większym stopniu z funkcjonowaniem fizycznym. Można tutaj dostrzec pewne interesujące prawidłowości. Po pierwsze, u osób, w których gospodarstwach domowych dochód na głowę w 2008 roku był wyższy, w mniejszym zakresie w latach 2008–2013 nasiliły się problemy z brakiem energii. Wynik ten jest spójny z opisanym wyżej, silnym uwarunkowaniem społecz-

Tabela 4. Regresja zmiany stanu zdrowia (problemów z brakiem energii, bólu i ograniczonej sprawności fizycznej) w latach 2008–2013 na czynniki indywidualne

	Brak energii				Ból				Ograniczenia fizyczne			
	kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni	
	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>
znalezienie się w sytuacji bezrobocia			7,56	(0,25)			2,06	(0,10)			7,17	(0,42)
przejście na emeryturę	-6,11	(-1,16)	-9,85	(-1,71)	-4,11	(-1,05)	0,90	(0,24)	-6,00	(-1,77)	0,95	(0,29)
zmiana dochodu	-8,00	(-1,80)	-5,76	(-1,28)	-3,24	(-0,97)	-0,13	(-0,04)	-4,76	(-1,67)	-2,64	(-1,01)
dochód w 2008 roku	-5,87	(-2,19)*	-7,15	(-2,46)*	-3,71	(-1,89)	-3,25	(-1,62)	-2,96	(-1,74)	-3,19	(-1,91)
rozwód	-14,76	(-1,20)	1,61	(0,12)	4,46	(0,49)	-9,49	(-1,05)	1,57	(0,20)	-3,01	(-0,35)
owdowienie	7,97	(1,56)	-4,73	(-0,38)	2,81	(0,73)	4,14	(0,46)	8,61	(2,65)**	-3,54	(-0,50)
zmiana liczby przyjaciół	-0,24	(-0,97)	0,02	(0,11)	-0,14	(-0,76)	0,21	(1,46)	-0,08	(-0,55)	0,29	(2,37)*
liczba przyjaciół w 2008 roku	-0,22	(-0,91)	0,05	(0,26)	0,07	(0,37)	0,21	(1,54)	-0,00	(-0,00)	0,26	(2,22)*
problemy zdrowotne w 2008 roku	-0,48	(-8,08)***	-0,45	(-6,97)***	-0,48	(-8,12)***	-0,44	(-6,90)***	-0,33	(-4,64)***	-0,33	(-5,09)***
stała	28,38	(5,38)***	24,60	(4,71)***	15,16	(3,96)***	9,38	(2,71)**	14,12	(4,18)***	8,00	(2,76)**
<i>N</i>	213		216		199		201		204		204	
<i>R</i> ²	0,248		0,212		0,270		0,211		0,141		0,150	

Statystyka *t* w nawiasach, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, regresja pierwszej różnicy (*first difference*) dla danych panelowych.

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Tabela 5. Regresja zmiany stanu zdrowia (problemów ze snem, problemów emocjonalnych i izolacji społecznej) w latach 2008–2013 na czynniki indywidualne

	Problemy ze snem				Problemy emocjonalne				Izolacja społeczna			
	kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni	
	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>
znalezienie się w sytuacji bezrobocia			0,99	(0,05)							-9,96	(-0,78)
przejście na emeryturę	-1,66	(-0,34)	2,43	(0,61)	-1,23	(-0,39)	-3,19	(-0,92)	2,17	(0,93)	0,32	(0,13)
zmiana dochodu	-1,01	(-0,24)	-4,02	(-1,28)	-4,43	(-1,61)	-5,66	(-2,15)*	-5,78	(-2,85)**	-2,76	(-1,45)
dochód w 2008 roku	-2,21	(-0,92)	-2,20	(-1,08)	-3,52	(-2,26)*	-3,53	(-2,01)*	-2,16	(-1,81)	-1,96	(-1,57)
rozwód	12,83	(1,15)	-7,26	(-0,77)	-4,83	(-0,68)	4,79	(0,61)	-8,14	(-1,54)	18,30	(2,76)**
owdowienie	-5,15	(-1,11)	-6,44	(-0,75)	1,03	(0,33)	-0,31	(-0,04)	2,40	(0,93)	9,47	(1,72)
zmiana liczby przyjaciół	-0,32	(-1,13)	0,12	(0,85)	-0,20	(-1,44)	0,22	(1,80)	0,06	(0,46)	-0,04	(-0,48)
liczba przyjaciół w 2008 roku	-0,23	(-0,85)	0,02	(0,12)	-0,03	(-0,23)	0,25	(1,99)*	-0,01	(-0,08)	-0,09	(-1,00)
problemy zdrowotne w 2008 roku	-0,61	(-9,00)***	-0,69	(-10,96)***	-0,47	(-7,30)***	-0,47	(-7,76)***	-0,40	(-5,49)***	-0,65	(-8,89)***
stała	24,49	(4,85)***	14,64	(4,00)***	14,35	(4,44)***	10,32	(3,06)**	6,02	(2,73)**	6,16	(2,83)**
<i>N</i>	196		212		187		199		212		214	
<i>R</i> ²	0,331		0,387		0,249		0,272		0,188		0,304	

Statystyka *t* w nawiasach, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, regresja pierwszej różnicy (*first difference*) dla danych panelowych.

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

nym problemów z brakiem energii. Po drugie, u kobiet, które owdowiały między 2008 a 2013 rokiem, sprawność fizyczna obniżyła się bardziej niż u kobiet, które nie owdowiały w tym okresie. Może to wskazywać psychofizyczne konsekwencje stresu związanego z owdowieniem. Po trzecie, mężczyźni, którzy mieli więcej przyjaciół w 2008 roku i których liczba przyjaciół wzrosła w latach 2008–2013, deklarowali szybszą degradację sprawności fizycznej niż mężczyźni, którzy mieli mniej przyjaciół lub których liczba przyjaciół się zmniejszyła. Zależność ta sugeruje, że budowanie wsparcia społecznego może być odpowiedzią na pogorszenie stanu zdrowia.

W tabeli 5 zaprezentowano wyniki dla problemów ze snem, problemów emocjonalnych i izolacji społecznej. Niższy dochód

gospodarstwa domowego w 2008 roku lub – u mężczyzn – obniżenie dochodu w latach 2008–2013 wiązały się z szybszym wzrostem problemów emocjonalnych. W grupie mężczyzn doświadczenie rozvodu w latach 2008–2013 prowadziło do nasilenia izolacji społecznej. U kobiet taki sam wpływ miało obniżenie dochodu gospodarstwa domowego w analogicznym okresie.

W tabeli 6 zaprezentowano wyniki dla samooceny stanu zdrowia i nastroju. Osoby bardziej zamożne lub odnotowujące wzrost dochodów doświadczyły bardziej pozytywnych zmian nastroju. Taka sama prawidłowość dla samooceny stanu zdrowia wystąpiła tylko u mężczyzn. Ponadto kobiety mające więcej przyjaciół w 2008 roku w latach 2008–2013 doświadczyły bardziej pozytywnych zmian nastroju.

Tabela 6. Regresja zmiany samoceny stanu zdrowia i nastroju w latach 2008–2013 na czynniki indywidualne

	Samocena stanu zdrowia				Samocena nastroju (samopoczucia)			
	kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni	
	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>
znalezienie się w sytuacji bezrobocia	-1,62	(-1,52)	0,77	(1,32)	0,38	(0,67)	0,36	(1,26)
przejście na emeryturę	-0,04	(-0,41)	-0,08	(-0,71)	0,09	(1,73)	0,01	(0,17)
zmiana dochodu	0,05	(0,81)	0,20	(2,86)**	0,06	(2,09)*	0,16	(4,00)***
dochód w 2008 roku	0,05	(0,81)	0,20	(2,86)**	0,06	(2,09)*	0,16	(4,00)***
rozwód	-0,11	(-0,39)	-0,01	(-0,03)	0,08	(0,52)	0,01	(0,03)
owdowienie	0,08	(0,73)	0,09	(0,35)	-0,08	(-1,32)	0,13	(0,86)
zmiana liczby przyjaciół	-0,00	(-0,10)	-0,00	(-1,12)	0,00	(0,86)	0,00	(0,46)
liczba przyjaciół w 2008 roku	-0,00	(-0,10)	-0,00	(-0,01)	0,01	(2,75)**	0,00	(1,32)
problemy zdrowotne w 2008 roku	-0,59	(-15,10)***	-0,45	(-10,54)***	-0,70	(-16,69)***	-0,74	(-15,17)***
stała	1,78	(11,67)***	1,26	(7,40)***	1,95	(14,54)***	2,09	(13,39)***
<i>N</i>	506		423		500		443	
<i>R</i> ²	0,327		0,231		0,374		0,364	

Statystyka *t* w nawiasach, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, regresja pierwszej różnicy (*first difference*) dla danych panelowych.

Źródło: Dane badania POLPAN, 2008 i 2013 rok.

Podsumowanie i wnioski

Celem niniejszego opracowania było scharakteryzowanie stanu zdrowia osób starszych w Polsce. Porównanie tempa utraty zdrowia wśród kobiet i mężczyzn jednoznacznie potwierdziło, że kobiety w starszym wieku cierpią na więcej problemów zdrowotnych niż mężczyźni, utrata zdrowia rozpoczyna się zaś u nich wcześniej – już około sześćdziesiątego roku życia, podczas gdy u mężczyzn dopiero około osiemdziesiątego roku życia.

Zależność ta wynika z różnych przyczyn. Mogą tutaj wchodzić w grę różnice biologiczne, ale wcześniejsze wystąpienie problemów zdrowotnych wśród kobiet może być związane z ich większym obciążeniem obowiązkami rodzinnymi w starszym wieku.

Analiza społecznego zróżnicowania problemów zdrowotnych pokazała, że rzeczywiste fizyczne i emocjonalne aspekty problemów zdrowotnych są silnie związane z poziomem wykształcenia, uzyskiwanym dochodem i samooceną pozycji społecznej. Spośród sześciu wymiarów problemów zdrowotnych uchwyconych przez Nottingham Health Profile tylko jeden – izolacja społeczna – nie jest związany z pozycją społeczno-ekonomiczną (mierzoną przez wykształcenie, dochód i samoocenę pozycji społecznej).

Ten interesujący wynik pokazuje, jak dalekosiężne konsekwencje ma pozycja zajmowana w społeczeństwie. Przyzwyczailiśmy się już do tego, że osoby lepiej wykształcone są uprzywilejowane pod względem zamożności i prestiżu, niniejsza analiza pokazuje jednak, że uprzywilejowanie to dotyczy także fizycznych aspektów życia. Osoby uprzywilejowane pod względem społeczno-ekonomicznym są także zdrowsze i doświadczają problemów zdrowotnych w starszym wieku. Może to wynikać z ich wyższego poziomu życia i mniejszego narażenia na czynniki zwiększające ryzyko chorób, włączając w to nawyki i tryb życia, na przykład konsumpcję alkoholu

i używanie tytoniu. Zależność ta może być również związana z szerszymi możliwościami dbania o własne zdrowie osób uprzywilejowanych – pomagają w tym zasoby materialne, ale także umiejętność zdobywania informacji i szukania odpowiedniej pomocy lekarskiej. Wynik ten sugeruje, że służba zdrowia w Polsce nie zapewnia równego dostępu ani do informacji na temat zachowań potrzebnych do utrzymania dobrego stanu zdrowia, ani do usług i świadczeń medycznych.

Analiza pokazała również, że sieci wsparcia społecznego istotnie wiążą się z lepszym poziomem zdrowia. Wdowcom i starym kawalerom bardziej dokuczają izolacja społeczna niż mężczyznom żonatym, posiadanie przyjaciół negatywnie koreluje zaś z problemami ze snem, z problemami emocjonalnymi i – u kobiet – z brakiem energii. Także doświadczenie rozwodu lub śmierci małżonka wiąże się z szybszą utratą zdrowia w pewnych wymiarach. Wynik ten sugeruje, że wsparcie społeczne uzyskiwane od małżonka lub od przyjaciół jest realnym zasobem, który pozwala zachować lepszy stan zdrowia. Wskazuje to, jak ważna jest jakość psychologicznego funkcjonowania jednostek dla ich stanu zdrowia. Jednocześnie przeprowadzona analiza pozwala przyjąć, że zasoby społeczne mogą się także wiązać z pogorszeniem stanu zdrowia, co sugeruje, że osoby chore mogą aktywnie wzmacniać swoje sieci wsparcia w odpowiedzi na pogorszenie sytuacji zdrowotnej.

Omówiona analiza prowadzi do dwóch ogólnych wniosków. Po pierwsze, znaczne nierówności w stanie zdrowia wśród osób starszych w Polsce nie są wyrównywane przez publiczny system opieki zdrowotnej. Wskazuje to ważną i nie do końca odgrywaną rolę tego systemu w wyrównywaniu szans na dobre zdrowie – przez propagowanie zdrowego stylu życia, populacyjne badania przesiewowe, a także równy dostęp do badań i świadczeń.

Po drugie, istotne są korzyści wynikające ze wsparcia społecznego. Podjęta analiza pokazała, że są to realne zasoby, które mogą kształtować tak ważny aspekt życia, jak zdrowie. Z tego powodu zapewnianie warunków rozwoju i umacniania się sieci społecznych powinno być jednym z celów polityki społecznej. Możliwe są w tym zakre-

sie różne działania, włączając w to organizowanie przestrzeni publicznych, na przykład osiedli, tak aby zawieranie i podtrzymywanie więzi było łatwiejsze, a także utrzymywanie szkół i bibliotek, które w małych miejscowościach są niekiedy jedynym punktem, wokół którego organizuje się lokalna społeczność.

Tabela 7. Wymiary stanu zdrowia uwzględnione przez Nottingham Health Profile i związane z nimi stwierdzenia

Aspekt stanu zdrowia według Nottingham Health Profile	Stwierdzenia związane z tym aspektem stanu zdrowia
ból	W nocy dokucza mi ból Cierpię na bóle nie do wytrzymania Czuję ból, kiedy zmieniam pozycję Boli mnie, kiedy chodzę Boli mnie, kiedy stoję Nieustannie czuję ból Boli mnie, kiedy wchodzę lub schodzę po schodach Boli mnie, kiedy siedzę
brak energii	Nieustannie jestem zmęczony (zmęczona) Wszystko, co robię, wymaga ode mnie wysiłku Szybko tracę siły
ograniczenia fizyczne	Poruszam się tylko po domu Schyłanie się sprawia mi trudność W ogóle nie mogę chodzić Wchodzenie i schodzenie po schodach jest dla mnie problemem Trudno mi po coś sięgnąć Mam trudności z samodzielnym ubieraniem się Ciężko mi stać przez dłuższy czas (na przykład przy zlewie, w kolejce) Potrzebuję pomocy przy chodzeniu poza domem (na przykład balkonik lub osoba podtrzymująca przy chodzeniu)
problemy emocjonalne	Wiele spraw mnie przygnębia Zapomniałem (zapomniałam), jak to jest dobrze się bawić Jestem poirytowany (poirytowana) Ostatnio łatwo tracę panowanie nad sobą Czuję, że tracę kontrolę nad swoim życiem Czuję, że życie nie jest wiele warte Dni mi się dłużą Budzę się przybity (przybita) Zmartwienia nie pozwalają mi spać w nocy
problemy ze snem	Biore proszki, które pomagają mi zasnąć Budzę się bardzo wcześnie rano Nie śpię przez większą część nocy Długo nie mogę zasnąć Źle śpię w nocy
izolacja społeczna	Czuję się samotny (samotna) Trudno mi nawiązywać kontakty z ludźmi Nie ma nikogo, kto by mi był naprawdę bliski Nie mogę dogadać się z innymi ludźmi Czuję, że jestem ciężarem dla innych ludzi

Nottingham Health Profile

Nottingham Health Profile składa się z trzydziestu ośmiu pytań dotyczących różnych aspektów zdrowia i funkcjonowania (Hunt *et al.* 1980; Hunt, McEwen, McKenna 1985). W edycji badania POLPAN z 2013 roku pytanie dotyczące Nottingham Health Profile brzmiało następująco:

RO1A. To już ostatnie zadanie. Polega ono na tym, że przeczytam stwierdzenia, które opisuje, jak mogą się czuć ludzie, i poproszę, aby w odniesieniu do siebie powiedział Pan (powiedziała Pani) „tak” lub „nie”. Stwier-

dzenia mogą się powtarzać w różnych sformułowaniach. Chodzi o pierwszą spontaniczną Pana (Pani) reakcję.

Następnie ankieter odczytywał trzydzieści osiem stwierdzeń dotyczących problemów zdrowotnych. Każde stwierdzenie stanowiło miarę jednego z aspektów zdrowia. Ważona suma odpowiedzi pozwala skonstruować sześć wskaźników przyjmujących wartości od 0 (brak problemów w tym wymiarze) do 100 (bardzo poważne problemy w danym wymiarze zdrowia). W tabeli 7 przedstawiono listę stwierdzeń związanych z każdym z tych wymiarów zdrowia.

Bibliografia

Adler N.E., Ostrove J.M. (1999), „Socioeconomic status and health: what we know and what we don't”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, t. 896, nr 1, s. 3–15.

Dalstra J.A.A., Kunst A.E., Mackenbach J.P. (2006), „A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe”, *Social Science & Medicine*, t. 62, nr 8, s. 2046–2060.

Główny Urząd Statystyczny (2013), *Trwanie życia w 2012 r. Informacje i opracowania statystyczne*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

Hunt S.M., McEwen J., McKenna S.P. (1985), „Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists”, *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, t. 35, nr 273, s. 185–188.

Hunt S.M., McKenna S.P., McEwen J., Backett E.M., Williams J., Papp E. (1980), „A quantitative approach to perceived health status: a validation study”, *Journal of epidemiology and community health*, t. 34, nr 4, s. 281–286.

Knesebeck von dem O., Geyer S. (2007), „Emotional support, education and self-rated health in 22 European countries”, *BMC Public Health*, t. 7, nr 1, s. 272.

Knesebeck von dem O., Verde P.E., Dragano N. (2006), „Education and health in 22 European countries”, *Social Science & Medicine*, t. 63, nr 5, s. 1344–1351.

Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E. (2008), „Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries”, *New England Journal of Medicine*, t. 358, nr 23, s. 2468–2481.

Wilkinson R.G., Marmot M.G. [red.] (2003), *Social determinants of health: the solid facts*, World Health Organization, Geneva.

Publikację przygotowano w ramach projektu
„Polski Survey Panelowy, POLPAN 1988-2013: Struktura i Ruchliwość Społeczna”,
finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki
(grant nr 2011/02/A/HS6/00238).

Wydawca:
Zespół Porównawczych Analiz Nierówności Społecznych,
Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk

Warszawa 2015