

Joanna Mazur\*

## Nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży z perspektywy całego życia

**Children's and adolescents' health inequalities from the life-course perspective:** The paper looks at the theoretical basis of research on social inequalities in health from the life-course perspective. The author states that numerous studies have proven that the living conditions in the prenatal period, childhood and adolescence influence health at the later stages of life. The article introduces recent international publications focusing on effective intervention programs and systemic solutions implemented in various countries. Examples of interventions aimed at different age groups and specific health-related problems are also discussed.

**Słowa kluczowe:** *dzieci i młodzież, nierówności w zdrowiu, Polska, perspektywa cyklu życia, promocja zdrowia, uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, raporty międzynarodowe, zdrowie*

**Keywords:** *children and adolescents, health inequalities, Poland, life course perspective, health promotion, socio-economic determinants, international reports, health*

\* Doktor hab. nauk o zdrowiu, zastępca kierownika Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, od 2004 r. koordynuje badania HBSC w Polsce; e-mail: joanna.mazur@imid.med.pl.

### Wstęp

Od ponad 30 lat w badaniach epidemiologicznych popularyzowana jest na świecie koncepcja analizy stanu zdrowia i jego uwarunkowań w układzie dynamicznym wyznaczonym przez poszczególne fazy cyklu życia. Podejście to, noszące nazwę „perspektywy cyklu życia” (ang. *life cycle perspective*), z czasem zostało wyparte przez alternatywną nazwę „perspektywy całego życia” (*life-course perspective*), chociaż w kwestii polskiej terminologii nie ma tu jednoznacznych ustaleń. Opierając się na dokładnym przeglądzie

piśmiennictwa, Mary Larkin twierdzi, że różnica między tymi dwoma podejściami wyraża się przejściem od analizy specyfiki sztywno zdefiniowanych poszczególnych faz rozwojowych człowieka w kierunku zwrócenia większej uwagi na ich płynność, wzajemne powiązanie oraz wpływ czynników indywidualnych i kulturowych<sup>1</sup>. Podobne podejście zaczęło być równoległe stosowane w innych dyscyplinach, np. w psychologii rozwojowej (określane czasem jako psychologia *life-span*), gdzie istotę rozwoju stanowi zmiana w zdolnościach adaptacyjnych jednostki, powstająca w interakcji z czynnikami biologicznymi i kulturowymi<sup>2</sup>.

Rozwój dzieci i ich doświadczenia z dzieciństwa mają długotrwały wpływ na zdrowie w okresie dorosłości. Istnieje wiele dowodów na to, że osoby, charakteryzujące się lepszym zdrowiem i bardziej korzystnymi warunkami życia w dzieciństwie, osiągają lepsze wyniki zdrowotne w późniejszym życiu. Na lepsze lub gorsze funkcjonowanie w dzieciństwie wpływa wiele czynników, takich jak osiągnięcia szkolne, umiejętności poznawcze, rozwój fizyczny, społeczna i emocjonalna zdolność do tworzenia trwałych więzi, jak również umiejętności związane z pracą, np. wytrwałość, rzetelność czy też zdolność do pracy zespołowej. Kontekst rodzinny i środowiskowy wpływa na rozwój tych cech – niektóre rodziny lepiej wypełniają swoje funkcje opiekuńcze i wychowawcze, niektóre społeczności są bezpieczniejsze, a niektóre państwa oferują większą pomoc socjalną niż pozostałe<sup>3</sup>.

Ze względu na zakres tematyczny tego numeru „Studiów BAS” warto spróbować określić, w jakim stopniu okres prenatalny, niemowlęcy, dzieciństwo i wiek młodzieńczy wpływają na zdrowie w późniejszych latach życia. Zrozumienie mechanizmów powyższej zależności jest podstawą opracowywania programów profilaktycznych opartych na zasadzie wczesnej interwencji, która sięga już nie tylko okresu ciąży, ale także okresu prekonceptyjnego. Według modelu propagowanego przez, powołaną przez Światową Organizację Zdrowia, Komisję ds. Determinantów Zdrowia (CSDH – Commission on Social Determinants of Health), skutki deprivacji mogą przenosić się z pokolenia na pokolenie. Brak dostępu do pewnych dóbr w okresie rozwojowym w jednym pokoleniu może przekładać się na gorszy stan zdrowia i funkcjonowanie rodzin wychowujących kolejne pokolenie.

<sup>1</sup> M. Lakrin, *Health and Well-Being across the Life Course*, SAGE Publ. Ltd., London 2013.

<sup>2</sup> P.B. Baltes, *Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline*, „Developmental Psychology” 1987, t. 23(5).

<sup>3</sup> B. Bruun et al., *Early years, family and education task group: report. European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2013.

Poprzez odpowiednio zaplanowane interwencje można zahamować mechanizm błędnego koła, wyrażający się selekcją społeczną i dziedziczeniem społecznych nierówności w zdrowiu.

W Polsce koncepcja analizy zdrowia w perspektywie całego życia została spopularyzowana szczególnie w odniesieniu do biologicznych uwarunkowań, mających swoje korzenie we wczesnych etapach rozwoju, w tym w życiu płodowym. Kilka niezależnych ośrodków podejmowało badania nad związkiem między rozwojem człowieka w okresie płodowym a zdrowiem w wieku dorosłym, szczególnie w kontekście zagrożenia zespołem metabolicznym, zwiększającym ryzyko miażdżycy i cukrzycy typu 2. Instytut Matki i Dziecka już w końcu lat 90. XX wieku podjął unikatowe w skali kraju badanie grupy młodych dorosłych urodzonych po koniec lat 70., wiążąc ocenę ich stanu zdrowia z informacjami zebranymi wcześniej w okresie ciąży. Opracowania tych ośrodków oparte są na podobnych podstawach teoretycznych, określanych od lat w literaturze obcej jako hipoteza Barkera<sup>4</sup> lub „Rozwojowa teoria zdrowia i choroby” (DOHaD – Developmental Origin of Health and Diseases)<sup>5</sup>. Bardziej popularne są krótkookresowe badania prospektywne, określające wpływ stanu zdrowia matki, jej parametrów biochemicznych i zachowań zdrowotnych w czasie ciąży na stan noworodka<sup>6</sup>.

Barierą uniemożliwiającą szersze rozpowszechnienie krajowych badań nad wpływem czynników społecznych (a nie tylko biologicznych) w dłuższej perspektywie trwania życia jest brak szeroko zakrojonych, bardzo kosztownych badań długofalowych, w tym badań obejmujących duże kohorty urodzeniowe. Nieliczne, w świetle dostępnej wiedzy, krajowe badania kohortowe charakteryzowały się słabo zdefiniowanymi zmiennymi określającymi w momencie startowym status społeczno-ekonomiczny rodzin. Wiele wartościowych informacji na temat oczekiwanych związków można uzyskać z badań przekrojowych. Jeżeli jednak chcemy mieć pewność, co do skuteczności proponowanych interwencji, bardziej wiarygodne są badania eksperymentalne lub programy interwencyjne poddane profesjonalnej ewaluacji.

Celem tego artykułu jest przedstawienie ważniejszych pojęć związanych z analizą stanu zdrowia populacji z perspektywy całego życia, z położeniem

<sup>4</sup> K. Szamotulska, D. Szostak-Węgierek, *Mała masa urodzeniowa a zespół X w wieku dorosłym (hipoteza Barkera)*, „Diabetologia Polska” 1999, nr 6.

<sup>5</sup> A. Wojtyła, *Application of the hypothesis of Developmental Origin of Health and Diseases (DOHaD) in epidemiological studies of women at reproductive age and pregnant women in Poland*, „Ann Agric Environ Med.” 2012, t. 18(2).

<sup>6</sup> K. Polańska, W. Hanke, *Palenie papierosów przez kobiety ciężarne a przebieg i wynik ciąży – przegląd badań epidemiologicznych*, „Przegląd Lekarski” 2004, nr 58.

nacisku na okres przed osiągnięciem dorosłości oraz na mechanizmy powstawania nierówności w zdrowiu, szczególnie zaś nierówności uwarunkowanych czynnikami społeczno-ekonomicznymi. Podstawą opracowania jest kilka wartościowych publikacji wydanych w ostatnich latach, w większości są to opracowania niedostępne w języku polskim<sup>7</sup>. Zwrócono też uwagę na realizowane programy badawcze i wdrażane programy interwencyjne oraz rekomendacje światowych zespołów eksperckich.

## Ubóstwo dzieci w krajach wysoko rozwiniętych

W systematycznie publikowanych wynikach badań gospodarstw domowych Główny Urząd Statystyczny podaje wskaźniki zagrożenia ubóstwem ogółem w całej populacji i w różnych grupach ludności. W grupie szczególnego ryzyka są rodziny wielodzietne wychowujące czworo lub więcej dzieci, rodziny niepełne oraz rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym<sup>8</sup>. Na tle zestawień międzynarodowych Polska należy ciągle do krajów osiągających najmniej korzystne wskaźniki.

Problem zagrożenia ubóstwem dzieci w krajach wysoko rozwiniętych był już przedmiotem wielu opracowań międzynarodowych. UNICEF wydał w latach 2001–2013 kilka raportów związanych z tym tematem, a ostatni został przetłumaczony na język polski<sup>9</sup>. Raporty te wydawane są przez ośrodek badawczy Innocenti we Florencji jako seria „Innocenti Report Card”. W cytowanym raporcie znalazło się zestawienie tabelaryczne dotyczące wskaźników deprivacji, definiowanej jako brak dostępu do więcej niż jednej pozycji z podanej 14-punktowej listy<sup>10</sup>. Część dzieci żyje w gospodarstwach domowych, których nie stać na zapewnieniu im wskazanych na liście dóbr lub usług. W wykazie znajdują się dobra podstawowe (trzy posiłki dziennie, co najmniej dwie pary dobrze dopasowanego obuwia), jak również inne pozycje, świadczące o możliwości zaspokojenia wyższych potrzeb (organizacja przyjęcia urodzinowego lub imieninowego, środki finansowe na wycieczki szkolne lub inne płatne imprezy).

Powyższe dane rozpowszechnione w 2012 r. przez UNICEF pochodzą z 2009 r., z międzynarodowych badań gospodarstw domowych EU-SILC

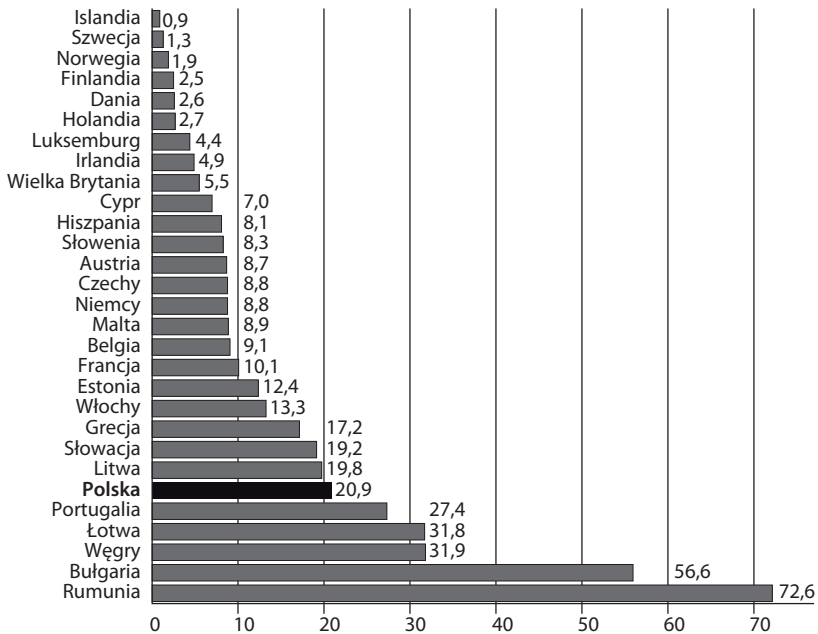
<sup>7</sup> Najważniejsze raporty omówione w artykule podano na końcu w wykazie bibliograficznym.

<sup>8</sup> [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WZ\\_ubostwo\\_w\\_polsce\\_2012.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WZ_ubostwo_w_polsce_2012.pdf) [dostęp 12 lutego 2014 r.].

<sup>9</sup> *Ubóstwo dzieci. Najnowsze dane dotyczące ubóstwa dzieci w krajach rozwiniętych*, UNICEF Innocenti Research Centre, Report Card 10, Florence 2012.

<sup>10</sup> *Ibidem*, s. 4.

Wykres 1. Wskaźnik deprivacji dzieci w 29 krajach europejskich



Źródło: *European Child Health Services and Systems. Lessons without borders*, I. Wolfe, M. McKee (eds.), Open University Press, New York 2013, s. 12.

(*European Union Statistics on Income and Living Conditions*). W grupie 29 krajów europejskich (UE-27 oraz Norwegia i Islandia) wskaźnik deprivacji wahał się od 0,9% w Islandii do 72,6% w Rumunii. Polska zajmuje w tym rankingu szóste miejsce od końca, wyprzedzając jedynie Rumunię, Bułgarię, Węgry, Portugalię i Łotwę (wykres 1).

Raport UNICEF potwierdza, że zagrożenie ubóstwem rodzin wychowujących dzieci zależy od struktury rodziny, wykształcenia i zatrudnienia rodziców. W niektórych krajach kolejną grupą ryzyka są imigranci. W Polsce, przy ogólnym wskaźniku deprivacji równym 20,9%, wzrasta on do 42,6% w rodzinach samotnych rodziców, do 46,8% w przypadku, gdy rodzice nie mają pracy, i wreszcie do 61,0% w przypadku, gdy rodzice mają wykształcenie niższe niż średnie.

Według zestawień bazujących na danych Eurostatu Polska zajmuje w grupie 30 krajów (UE-27, Norwegia, Islandia, Szwajcaria) ostatnie miejsce pod względem wydatków na rodzinę i dzieci, mierzonych jako odsetek produktu krajowego brutto. W zestawieniu tym zwrócono uwagę na rodzaj

pomocy społecznej udzielanej przez poszczególne państwa. Znajdująca się na szczycie zestawienia Dania rozwinęła system pomocy w formie wsparcia usługowego lub świadczeń rzeczowych (świadczenia określane jako *benefit in kind*), co nie było wtedy sprawozdawane w Polsce i okazało się mało popularne na przykład w Irlandii, ogólnie będącej na szczycie rankingu<sup>11</sup>.

Komisja Europejska wydała rok temu zalecenie, aby państwa członkowskie przygotowały i wprowadziły w życie strategie polityczne, których celem jest rozwiązanie problemu ubóstwa dzieci oraz ich społecznego wykluczenia, promowanie dobrostanu dzieci poprzez wielowymiarową strategię. Proponuje się oparcie tej strategii na trzech filarach: a) dostęp do odpowiednich zasobów; b) dostęp do usług wysokiej jakości i po przystępnych cenach; c) prawo dzieci do udziału w różnych zajęciach<sup>12</sup>.

## Perspektywa całego życia w badaniach nad społecznymi nierównościami w zdrowiu

### Definicje społecznych nierówności w zdrowiu

W literaturze przedmiotu nie ma jednej obowiązującej definicji społecznych nierówności w zdrowiu. Próby sformułowania mniej lub bardziej rozbudowanych definicji podejmowane były od 20 lat, na przykład w pracach M. Whitehead, P. Braveman czy też H. Grahama. Prosta przykładowa definicja, opublikowana w biuletynie Światowej Organizacji Zdrowia<sup>13</sup> zakłada, że: *Nierówności zdrowotne są potencjalnie dającymi się uniknąć różnicami w stanie zdrowia pomiędzy grupami osób, które są mniej lub bardziej społecznie uprzywilejowane.*

W wersji rozbudowanej, opublikowanej w opracowaniu autorki artykułu<sup>14</sup>, można przeczytać, że mamy do czynienia ze społecznymi nierównościami w zdrowiu, gdy: *grupy społeczne zajmujące gorszą pozycję charakteryzuje systematycznie gorszy stan zdrowia oraz są narażone na większe ryzyko utraty zdrowia niż grupy bardziej uprzywilejowane, co dotyczy w szczególności*

<sup>11</sup> *European Child Health Services and Systems. Lessons without borders*, I. Wolfe, M. McKee (eds.), Open University Press, New York 2013, s. 13.

<sup>12</sup> Zalecenie Komisji nr 213/112/UE z 20 lutego 2013 r., „Inwestowanie w dzieci: przerwanie cyklu marginalizacji”.

<sup>13</sup> P. Braveman, S. Gruskin, *Poverty, equity, human rights and health*, „Bulletin of the WHO” 2003, t. 81.

<sup>14</sup> J. Mazur, *Społeczne nierówności w zdrowiu subiektywnym młodzieży szkolnej w Polsce na tle Unii Europejskiej. Wybrane aspekty metodologiczne ilustrowane wynikami międzynarodowych badań*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2010.

ści tych różnic w stanie zdrowia, które należy uznać za możliwe do uniknięcia, krzywdzące i niesprawiedliwe.

Proponowane definicje odnoszą się do różnic pomiędzy grupami społecznymi o różnym poziomie uprzywilejowania. Rozbudowana definicja zwraca uwagę na systematyczność pojawiania się różnic i analizowanie nierówności w zdrowiu w kontekście niesprawiedliwości społecznej. Jednostki zawsze będą się różnić pod względem wskaźników zdrowotnych. Zasada równości w zdrowiu zostaje poważnie zachwiana, gdy obserwujemy systematycznie gorsze wskaźniki w grupach mniej uprzywilejowanych, zajmujących niższą pozycję w hierarchii społecznej. Prawie wszędzie na świecie pozycja społeczna różni się w zależności od zasobów ekonomicznych, władzy i prestiżu. Często te czynniki odzwierciedla dochód, jak również zgromadzone już środki finansowe, wykształcenie, cechy zawodowe, miejsce zamieszkania (np. wieś lub miasto, mniej lub bardziej uprzywilejowane powiaty czy województwa), grupa etniczna, religia, orientacja seksualna, kraj pochodzenia. W wielu społeczeństwach mniej uprzywilejowaną grupą są kobiety, dzieci, osoby starsze oraz osoby niepełnosprawne. Ograniczenia biologiczne wynikające z upośledzenia fizycznego lub umysłowego są też potęgowane przez wykluczenie społeczne lub marginalizację, często w większym stopniu wskazujące na zaniedbania niż na celową dyskryminację<sup>15</sup>.

### Rys historyczny – od raportu Blacka do raportu Marmota

Punktem przełomowym, od którego zaczęło w Europie wzrastać zainteresowanie problemem nierówności w zdrowiu, było wydanie w 1980 r. w Wielkiej Brytanii raportu, znanego jako raport Blacka, od nazwiska Sir Douglasa Blacka, stojącego na czele powołanego przez rządzącą partię zespołu ekspertów<sup>16</sup>. W dokumencie tym podsumowano wyniki badań nad zróżnicowaniem umieralności w klasach społecznych oraz podano potencjalne przyczyny tego zjawiska, w tym uwarunkowania behawioralne. Badacze z Wielkiej Brytanii przez lata wypracowywali metodologię podziału społeczeństwa na klasy społeczne, w odniesieniu do których można było porównywać wskaźniki chorobowości i umieralności. Wykazano utrzymujące się wyraźne uprzywilejowanie klas wyższych, a przez to nikłą skuteczność działań w kierunku niwelowania nierówności w zdrowiu. W 10 lat po ogłoszeniu raportu Blacka powtórzono niektóre analizy (też posiłkując się danymi z innych krajów), wykazując, że sytuacja nie uległa poprawie.

<sup>15</sup> *Ibidem*.

<sup>16</sup> Department of Health and Social Security, *Inequalities in health: report of research working group*, London: DHSS, 1980.

W opublikowanym w prestiżowym czasopiśmie „The British Medical Journal” artykule<sup>17</sup> wykazano, że społeczne nierówności w zdrowiu są jeszcze większe niż przypuszczano, jeśli weźmie się pod uwagę lepiej zdefiniowane mierniki pozycji społecznej. Od tego czasu czołowe ośrodki europejskie badające społeczne nierówności w zdrowiu wskazywały na paradoks pogłębiania się skali zjawiska w krajach najbogatszych<sup>18</sup>.

Wydarzeniem ostatniego roku kalendarzowego jest wydanie przez Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wyników pracy prawie stuosobowej komisji eksperckiej zajmującej się społecznymi uwarunkowaniami zdrowia. Grupa ekspertów pod przewodnictwem Sir Michaela Marmota (przewodniczącego stałej komisji CSDH) wydała raport zatytułowany *Przegląd społecznych determinantów zdrowia i podziałów zdrowotnych w europejskim regionie WHO*<sup>19</sup>. Struktura tej grupy świadczy o złożoności problemu. Ekspertcy pracowali w 13 tematycznych grupach roboczych, z których każda wydała lub jest w trakcie wydawania własnego zbiorczego raportu. Powstała również seria powiązanych tematycznie publikacji, zawierających przeglądy dobrych praktyk z różnych krajów, w tym z Polski. Uwagi na temat prac grupy roboczej zajmującej się dziećmi będą szerzej komentowane w dalszej części artykułu.

### **Mechanizmy prowadzące do społecznych nierówności w zdrowiu**

Wyjaśnienia społecznych nierówności w zdrowiu obejmowały różne kierunki: wpływ czynników kulturowych i behawioralnych, wpływ czynników materialnych lub strukturalnych oraz proces naturalnej lub społecznej selekcji. Dla każdego z powyższych wyjaśnień można przyjąć wersję mniej lub bardziej radykalną. Wersje radykalne uznają dany typ wyjaśnienia jako jedyne, negując wpływ pozostałych.

M. Bartley w pracy *Health inequality. An introduction to theories, concepts and methods*<sup>20</sup> podsumował wiedzę na temat mechanizmów prowadzących do nierówności w zdrowiu, podając alternatywną klasyfikację. Zestawienie to można zaadaptować do problemów populacji wieku rozwojowego (tabela 1). W punkcie czwartym tabeli zwrócono uwagę na nierówności społeczne w cyklu życia.

<sup>17</sup> G.D. Smith, M. Bartley, D. Blane, *The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on*, „The British Medical Journal” 1990, t. 301(6748).

<sup>18</sup> J.P. Mackenbach, *The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox*. „Social Science & Medicine” 2012, t. 75(4).

<sup>19</sup> *Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*, M. Marmot (ed.), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2013.

<sup>20</sup> Polity Press, Cambridge 2004, s. 16.



**Tabela 1. Przykładowe mechanizmy prowadzące do społecznych nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży**

Kierunek interpretacji	Opis
Wpływ czynników materialnych	Dochód rodziców i status ich zatrudnienia determinuje dietę dziecka, jego warunki mieszkaniowe oraz możliwości nauki i rekreacji. Od dochodów rodziny zależy jakość szkoły i sąsiedztwo w okolicy zamieszkania, jak również ekspozycja na zagrożenia środowiskowe wynikające z zanieczyszczenia środowiska.
Wpływ kultury i zachowań	Osoby z niższych warstw społecznych mają inne przekonania, normy i wartości. Są przez to bardziej skłonne do podejmowania zachowań ryzykownych, takich jak nadużywanie alkoholu lub palenie tytoniu. Rzadziej też podejmują zachowania korzystne, takie jak aktywność fizyczna. W przypadku dzieci możemy mówić o wpływie przekonań, norm i wartości rodziców na ryzyko podejmowania (i utrwalenia) szkodliwych dla zdrowia zachowań lub zaniechania zachowań prozdrowotnych.
Wpływ czynników psychospołecznych	U dzieci postrzegających swoją pozycję społeczną jako niską, żyjących w stresie, w dysfunkcyjnej rodzinie i pozbawianych wsparcia społecznego, funkcjonowanie całego organizmu lub wybranych układów może być zaburzone.
Kumulacja czynników w cyklu życia	Wydarzenia i procesy, które miały miejsce przed urodzeniem, w dzieciństwie i w okresie dojrzewania, mogą wpływać na późniejsze zdrowie i zdolność do utrzymania zdrowia.
Uwarunkowania polityczne i systemowe	Wpływ czynników politycznych, makroekonomicznych i makrospołecznych przekłada się na zróżnicowany dostęp do dóbr i usług, jakość środowiska i relacje społeczne. Dzieci z rodzin mniej zamożnych mogą być bardziej narażone na niekorzystny wpływ makrosystemu.

### Perspektywa całego życia (*life-course*)

Według cytowanego raportu wydanego w 2013 r. pod redakcją M. Marmota, aby zrozumieć i promować zasadę równości w zdrowiu, należy mieć na względzie siedem podstawowych pojęć. Jako pierwsze wymieniane są społeczne determinanty zdrowia, co wynika z przeświadczenia, że warunki, w jakich ludzie się rodzą, dorastają, żyją, pracują i starzeją się, są kluczowymi determinantami równości w zdrowiu. Na drugim miejscu zespół ekspertów wymienia właśnie podejście z perspektywy całego życia, z naciskiem na mechanizm kumulacji pozytywnych i negatywnych doświadczeń<sup>21</sup>.

Według modelu Diany Kuh i współpracowników<sup>22</sup> istnieje wiele możliwych ścieżek oddziaływania warunków życia w dzieciństwie i wczesnej

<sup>21</sup> Kolejne pięć kluczowych zagadnień to: społeczny gradient w zdrowiu, procesy wykluczenia społecznego, zasoby indywidualne wzmacniające zdrowie, równość płci i równość pokoleń. Każde z tych zagadnień wymagałoby odrębnego szczegółowego opracowania.

<sup>22</sup> D. Kuh et al., *Social pathways between childhood and adult health [w:] A life course approach to chronic disease epidemiology*, D. Kuh, Y. Ben-Shlomo (eds.), Oxford Medical

młodości na zdrowie osób dorosłych, a zachowania zdrowotne zajmują w tym modelu centralne miejsce. Warunki życia w dzieciństwie warunkują rozwój kapitału zdrowotnego, wpływają na wykształcenie i pozycję społeczną w dorosłym życiu. Pośrednio też wpływają na zachowania zdrowotne w dzieciństwie i w okresie dorastania, które z kolei są często kontynuowane w wieku dorosłym.

Na możliwe związki pośrednie i bezpośrednie zwrócono też uwagę w innych opracowaniach. W perspektywie całego życia najważniejsze zależności możemy rozpatrywać na poziomie wskaźników społeczno-ekonomicznych (SES), wskaźników zdrowotnych i ich powiązań. W szczególności, w centrum zainteresowania powinien być<sup>23</sup>:

- związek między SES w dzieciństwie i SES w wieku dorosłym,
- bezpośredni wpływ SES w dzieciństwie na zdrowie w wieku dorosłym,
- pośredni wpływ SES w dzieciństwie na zdrowie w wieku dorosłym, kiedy mediatorem zależności są zachowania zdrowotne i czynniki kulturowe,
- wpływ zdrowia w dzieciństwie na SES w wieku dorosłym,
- wpływ zdrowia w wieku dorosłym na SES w wieku dorosłym.

W ostatnich dwóch przypadkach możemy mieć do czynienia z mechanizmem selekcji wynikającej ze złego stanu zdrowia. Przejawem selekcji jest odwrócenie badanej zależności – nie SES wpływa na zdrowie, ale zdrowie na SES. Według teorii selekcji społecznej, osoby o gorszym stanie zdrowia „dryfują” w stronę niższych warstw społecznych, a osoby zdrowe należące początkowo do niższych warstw społecznych wykazują większą mobilność (ruchliwość) społeczną. Tak więc odpowiednio wczesna interwencja, przeciwdziałająca pogorszeniu zdrowia we wczesnym dzieciństwie (w tym wyrównanie zaburzeń rozwojowych), zwiększa szanse na znalezienie się w grupie o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym w wieku dorosłym. Podobne szanse stwarza poprawa poziomu wykształcenia.

Systematycznie może obniżyć się też status materialny rodzin wychowujących dzieci z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością. W badaniach własnych<sup>24</sup> wykazano, że samoocena zdrowia ma silniejsze uwarunkowania społeczno-ekonomiczne w grupie nastolatków z chorobami przewlekłymi niż wśród zdrowych rówieśników. Oznacza to efekt kumula-

Publications, Oxford 1997.

<sup>23</sup> D. Raphael, *The health of Canada's children. Part II: Health mechanisms and pathways*, „Paediatrics & Child Health” 2010, t. 15(2).

<sup>24</sup> J. Mazur, *Spoleczne nierownosci w zdrowiu subiektywnym mlodziemy szkolnej w Polsce na tle Unii Europejskiej*, op. cit.

cji czynników ryzyka – uwarunkowań biologicznych związanych z chorobą i uwarunkowań materialnych.

Nierówności w zdrowiu można traktować jako efekt kumulującej się na przestrzeni życia ekspozycji na niekorzystne warunki i braku dostępu do zasobów szerzej rozumianych niż warunki życia, zapewniające minimum egzystencji. Koniecznym warunkiem redukcji nierówności w zdrowiu jest zatem zapewnienie bardziej równomiernego dostępu do zasobów pośrednio związanych ze zdrowiem, co wiąże się z polityką „wyrównywania szans” i daje uzasadnienie działaniom na poziomie lokalnym. Na przykład wszelkie działania w kierunku wyrównywania szans edukacyjnych mogą z perspektywy następnego dziesięciolecia korzystnie odbić się na zdrowiu społeczeństwa.

### **Badania kohortowe jako podstawa analiz z perspektywy całego życia**

Źródłem popartej dowodami wiedzy na temat wpływu warunków życia i rozwoju we wczesnych etapach życia na późniejsze zdrowie są odpowiednio zaplanowane badania naukowe. W epidemiologii istnieje kilka klasycznych schematów badawczych. W tym przypadku nieocenione są (kosztowe i rzadko podejmowane) badania kohortowe, w których grupa osób jest poddana długofalowej obserwacji pod kątem ryzyka wystąpienia określonej choroby lub zaburzeń. W momencie startowym może wyróżnić osoby eksponowane i nieeksponowane na działanie określonego czynnika lub zaproponować podział na kilka grup wg siły oddziaływania danego czynnika. W efekcie istnieje możliwość porównania efektów zdrowotnych w dwóch lub więcej grupach. Zaletą tego typu badań jest odpowiednia sekwencja zdarzeń, przyczyna zawsze poprzedza potencjalny skutek. Możemy więc przykładowo porównać dzieci karmione i niekarmione piersią (lub dłużej i krócej karmione piersią) pod kątem ryzyka określonych chorób i zaburzeń rozwojowych w późniejszych latach. Z punktu widzenia analizy społecznych nierówności w zdrowiu w cyklu życia największą wartość mają badania, w których od początku zaplanowano odpowiedni pomiar czynników społeczno-ekonomicznych. W praktyce cele kolejnych rund badań są często na bieżąco modyfikowane, a niektórych informacji nie można już wstecznie uzupełnić, niezaburzając prospektywnego charakteru badań.

Tylko niektóre kraje europejskie (takie jak Wielka Brytania, Holandia, Finlandia) mają długoletnią tradycję prowadzenia badań kohortowych, które obejmują bądź kohorty urodzeniowe, bądź grupy osób wyłonionych na podstawie innych cech. Na przykład w Wielkiej Brytanii w latach 1946–

2001 zorganizowano co najmniej dziesięć istotnych badań na kohortach urodzeniowych, gdzie liczebność prób wahała się w momencie startowym od tysiąca do dwudziestu tysięcy niemowląt. Najnowsze badanie brytyjskie (Millenium Cohort Study) doczekało się już piątej rundy<sup>25</sup>, a najstarsze ponad dwudziestu rund<sup>26</sup>.

W Polsce rzadko prowadzona była długofalowa obserwacja kohort urodzeniowych. Unikatowe ze względu na swoją skalę są pod tym względem badania Instytutu Matki i Dziecka z lat 1995–2013, które w początkowym założeniu dotyczyło uwarunkowań żywienia w pierwszych latach życia, ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań podjęcia i czasu karmienia piersią (ogólnego i wyłącznego). Badaniem objęte były wszystkie noworodki urodzone w Polsce w okresie od 1 do 10 stycznia 1995 r. (N = 11 937). Po trzech latach przeprowadzono ponowną ankietyzację tych samych rodzin, ale już tylko na podstawie losowej próby obejmującej 1/3 przypadków. Te same dzieci (i ich rodzice) były badane jeszcze dwukrotnie w roku 2008 i 2013, czyli w momencie dojścia do pełnoletności. Mając czterokrotną obserwację, w wieku 0, 3, 15 i 18 lat, można było podjąć próbę oceny wpływu warunków życia we wczesnym dzieciństwie na późniejsze zdrowie. Stwierdzono między innymi, że status materialny w pierwszych latach życia wpływa na zdrowie psychospołeczne we wczesnej adolescencji<sup>27</sup>. Zdrowie psychospołeczne badano jako 11-elementowy profil zdrowia, zgodnie z kwestionariuszem CHQ-PF28 (Child Health Questionnaire – Parent Form). Problemy finansowe w pierwszym roku życia dziecka, powodujące niezaspokojenie potrzeb materialnych przez rodzinę, obniżały jakość życia w 11 wymiarach CHQ o 4,23-5,04 (w skali 0–100) punktów w zależności od wymiaru. Na bazie tych danych powstało też opracowanie stanowiące głos w dyskusji na temat mobilności społecznej rodzin. Wykazano, że podniesienie poziomu wykształcenia przez matkę jest silnym predyktorem poziomu zasobów osobistych nastolatka wpływających na zdrowie. Siła oddziaływania tego czynnika jest większa niż wzrostu zamożności rodziny w badanym okresie między wczesnym dzieciństwem a osiągnięciem przez dziecko wieku 13 lat<sup>28</sup>.

<sup>25</sup> Dzieci badano w wieku 9 miesięcy oraz 3, 5, 7 i 11 lat.

<sup>26</sup> National Survey of Health and Development.

<sup>27</sup> J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik, *Jakość życia związana ze zdrowiem mierzona kwestionariuszem CHQ-PF28 w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego rodziny w pierwszym roku życia badanych w Polsce 13-latków*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2010, t. XIV, nr 3.

<sup>28</sup> J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik, I. Tabak, *Changes in family socio-economic status as predictors of self-efficacy in 13-year-old Polish adolescents*, „International Journal of Public Health” 2014, t. 59(1).

Wydaje się, że istnieje potrzeba promowania tego typu badań, tym bardziej że na efekty trzeba długo czekać. Przy ich planowaniu nie powinno się zapominać o odpowiednio dobranych zmiennych charakteryzujących status społeczno-ekonomiczny rodzin oraz inne cechy odnoszące się na przykład do charakterystyki miejsca zamieszkania.

## Analizy przekrojowe

W badaniach prowadzonych w jednym punkcie czasowym, czyli tzw. badaniach przekrojowych, brak jest wspomnianej sekwencji czasowej „przyczyna → skutek”. Niemniej mają one swój wkład w zrozumienie mechanizmów powstawania społecznych nierówności w zdrowiu w cyklu życia. Badania tego typu charakteryzuje krótszy okres realizacji, a jednocześnie pozwalają one na przedstawienie związku między czynnikami społeczno-ekonomicznymi a zdrowiem w grupach ludności różniącej się wiekiem. W badaniach przekrojowych cyklicznie powtarzanych możemy też śledzić stabilność badanych relacji w czasie.

W Polsce (w odniesieniu do populacji wieku rozwojowego) tego typu analizy są prowadzone na podstawie danych z międzynarodowych badań na zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC (Health Behaviour in School-aged Children). Od roku 1990 przeprowadzono w Polsce sześć rund tych badań, a siódma (2013/2014) jest w trakcie realizacji. Badania HBSC dotyczą zdrowia subiektywnego i zachowań zdrowotnych uczniów w wieku 11–17 lat, analizowanych w szerokim kontekście społecznym (rodzina, szkoła, rówieśnicy). Unikatowym opracowaniem jest monografia na temat społecznych uwarunkowań zdrowia, w której przedstawiono ok. 30 wskaźników zdrowia 15-latków w zależności od obiektywnych i subiektywnych mierników SES<sup>29</sup>. Polski zespół realizujący badania HBSC od lat wprowadził do swoich analiz na ten temat nie tylko wskaźniki zamożności rodziny, ale też inne odnoszące się do miejsca zamieszkania<sup>30</sup>. Zgromadzone dane pozwoliły na podjęcie dyskusji z propagowaną przez niektórych badaczy teorią zanikania nierówności w zdrowiu w okresie adolescencji<sup>31</sup>.

<sup>29</sup> *Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej*, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.

<sup>30</sup> Poza tradycyjnym porównaniem miasta i wsi badano nasilenie lokalnych problemów w sąsiedztwie i jego kapitał społeczny. Ostatnie analizy środowiska obejmują też infrastrukturę sprzyjającą aktywności fizycznej (*built environment*).

<sup>31</sup> N. Spencer, *Social equalization in youth: evidence from a cross-sectional British survey*, „European Journal of Public Health” 2006, t. 16(4).

Mając dane z kilku kolejnych rund badań HBSC, podjęto też próby analizowania trendów zachowań ryzykownych w grupach młodzieży wyróżnionych na podstawie skali zasobów materialnych rodzin, co pozwoliło zwrócić uwagę na mniej korzystny kierunek zmian w rodzinach ubogich<sup>32</sup>. Stwierdzono też, że w porównaniu z innymi krajami, członkami sieci HBSC, w Polsce osiągnięcia szkolne mają silniejsze uwarunkowanie społeczne.

O ile więc badania długofalowe są w obszarze analiz społecznych uwarunkowań zdrowia dzieci i młodzieży w kraju mało popularne, o tyle udział w dużych międzynarodowych badaniach przekrojowych stwarza okazję do coraz nowszych analiz i doskonalenia warsztatu badawczego. Według N.E. Adler i współpracowników wyróżnić można pięć etapów rozwoju tych badań<sup>33</sup>. Dzięki badaniom HBSC Polska w szybkim tempie przeszła przez kolejne stadia – od prostych analiz gradientu społecznego do testowania złożonych mechanizmów i efektu interakcji między analizowanymi zmiennymi.

W wymiarze międzynarodowym najlepszym dowodem zainteresowania sieci badawczej HBSC problemem nierówności w zdrowiu jest fakt, że dwa ostatnie raporty międzynarodowe już w tytule nawiązywały do tych zagadnień (2008 – nierówności w zdrowiu<sup>34</sup>; 2012 – społeczne determinanty zdrowia<sup>35</sup>). Sieć badawcza HBSC podjęła też próbę nawiązania dialogu między naukowcami a decydentami i praktykami. W cyklicznie powtarzanych seminariach prezentowano wyniki badań HBSC oraz przykłady dobrych praktyk z różnych krajów<sup>36</sup>.

---

<sup>32</sup> J. Mazur, B. Woynarowska, *Picie alkoholu przez 15-letnią młodzież w Polsce w latach 2002–2010. Zmiany w ogólnej populacji oraz według płci i zamożności rodziny*, „Alkoholizm i Narkomania” 2011, nr 24(4).

<sup>33</sup> N.E. Adler, J. Stewart, *Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms*, „Annals of the New York Academy of Sciences” 2010, t. 1186.

<sup>34</sup> *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/06 Survey*, C. Currie et al. (eds.), Health Policy for Children and Adolescents, No. 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2008.

<sup>35</sup> *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*, C. Currie et al. (eds.), Health Policy for Children and Adolescents, No. 6, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012.

<sup>36</sup> Odbyły się trzy monotematyczne seminaria zatytułowane HBSC/WHO Forum. Poświęcone były odpowiednio: promocji aktywności fizycznej i zdrowego żywienia; zdrowiu psychicznemu i spójności społecznej oraz społeczno-ekonomicznym uwarunkowaniom nierówności w zdrowiu w odniesieniu do urazów oraz aktywności fizycznej. Organizacja seminariów była skojarzona z dużymi międzynarodowymi konferencjami zdrowotnymi.

## Przykłady czynników oddziałujących na późniejsze zdrowie

W roku 2013 ukazała się cytowana już monografia autorstwa M. Lakrin dotycząca zdrowia i dobrostanu na przestrzeni życia<sup>37</sup>. Autorka podsumowała dotychczasową wiedzę na temat kształtowania się zdrowia z perspektywy cyklu życia. Kolejne rozdziały podporządkowane są ważniejszym etapom tego cyklu: etapowi życia płodowego, dzieciństwu, adolescencji oraz trzem etapom wieku dorosłego (wczesna dorosłość, wiek średni, wiek późny). Z perspektywy każdego z tych okresów w licznych zestawieniach tabelarycznych pokazana została rola wcześniejszych faz na obecne zdrowie. Uwidoczniony został efekt kumulacji czynników ryzyka.

O ile na zdrowie dzieci wpływają czynniki związane z życiem płodowym (i zdrowiem matki przed ciążą), o tyle na zdrowie nastolatków zaczynają dodatkowo wpływać czynniki związane z dzieciństwem. Z wiekiem narasta liczba zagrożeń wynikających z wcześniejszych doświadczeń. Autorka wskazuje tylko czynniki, których wpływ na zdrowie został udokumentowany w literaturze fachowej. W każdym rozdziale omówiono też specyfikę danego etapu życia, typowe problemy zdrowotne i nowe problemy zdrowotne pojawiające się w tym okresie życia. W przypadku zaniechania działań interwencyjnych stają się one automatycznie czynnikami ryzyka problemów zdrowotnych w kolejnych etapach życia.

Tabela 2 zawiera wyciąg z dostępnych w tej monografii zestawień, z pominięciem czynników pojawiających się w wieku dorosłym. Przedstawiono przykładowe czynniki mogące mieć wpływ na późniejsze zdrowie przyporządkowane etapom życia okresu rozwojowego, w odniesieniu do których można było wprowadzić działania profilaktyczne.

### Działania oparte na dowodach

Przy ograniczonych środkach finansowych na promocję zdrowia najbardziej celowe jest propagowanie działań interwencyjnych o udowodnionej skuteczności. Jako standard zaczyna być wprowadzany w Polsce obowiązek ewaluacji programów interwencyjnych. Na przykład Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii czy też Ośrodek Rozwoju Edukacji rekomendują tylko programy, które przeszły ewaluację. Jeżeli potraktujemy program jako epidemiologiczne badanie interwencyjne, reżim metodologiczny ulega dodatkowemu zaostreniu. Najwyżej oceniane są programy

<sup>37</sup> M. Lakrin, *Health and Well-Being*, op. cit.

**Tabela 2. Ekspozycja na czynniki szkodliwe na różnych etapach rozwoju dziecka a zdrowie w późniejszym okresie życia**

Okres oddziaływania	Przykładowe czynniki mogące wpływać na późniejsze zdrowie
przed ciążą	<ul style="list-style-type: none"> <li>• masa ciała matki przed ciążą poniżej 50 kg</li> <li>• otyłość matki przed ciążą</li> </ul>
w ciąży	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dieta niskiej jakości</li> <li>• otyłość w ciąży</li> <li>• niekontrolowana cukrzyca</li> <li>• picie alkoholu</li> <li>• palenie tytoniu</li> <li>• stres</li> <li>• depresja</li> </ul>
wczesne dzieciństwo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• urazy porodowe</li> <li>• depresja matki</li> <li>• niezdiagnozowane zaburzenia psychiczne u dziecka</li> <li>• bierne palenie tytoniu</li> </ul>
późne dzieciństwo/ wczesna adolescencja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• przebyte choroby</li> <li>• nieodpowiednia dieta</li> <li>• palenie tytoniu</li> <li>• nadwaga lub otyłość</li> <li>• przedwczesne dojrzewanie</li> <li>• maltretowanie i wykorzystywanie dziecka</li> <li>• przemoc w środowisku rówieśniczym</li> <li>• słaba więź z rodzicami i nieefektywna opieka rodzicielska</li> <li>• ubóstwo</li> </ul>
późna adolescencja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• choroby przewlekłe</li> <li>• problemy zdrowia psychicznego</li> <li>• zaburzenia odżywiania (bulimia, anoreksja)</li> <li>• niska aktywność fizyczna</li> <li>• używanie substancji psychoaktywnych</li> <li>• ryzykowne zachowania seksualne</li> <li>• ubóstwo i deprivacja</li> </ul>

Źródło: na podstawie M. Lakrin, *Health and Well-Being across the Life Course*, SAGE Publ. Ltd., London 2013.

eksperymentalne (z grupą kontrolną), w tym najlepiej kontrolowane próby randomizowane. Można tu dyskutować, czy prowadzenie badań eksperymentalnych jest etyczne w działaniach z zakresu zdrowia publicznego i czy możemy mieć pewność, że efekty interwencji nie przenikną z grupy interwencyjnej do kontrolnej (jeśli na przykład są to sąsiadujące szkoły lub powiaty). W literaturze opisano liczne programy, których skuteczność została oceniona przy zachowaniu reżimu metodologicznego. Wielu przykładów dostarcza tzw. baza Cochrane'a, w której publikowane są systematyczne przeglądy skuteczności badań klinicznych lub programów realizowanych w społecznościach lokalnych.

W opublikowanej w 2006 r. monografii podano przegląd programów ukierunkowanych na niwelowanie nierówności w zdrowiu w cyklu życia,



z mniejszym akcentem na uwarunkowania społeczne<sup>38</sup>. Zastosowano podobny do poprzednio opisywanego podział na: dzieciństwo, adolescencję, dorosłość i wiek podeszły. Oryginalność tej publikacji polega na opracowaniu dwóch niezależnych rozdziałów na temat każdego etapu życia. Pierwszy rozdział dotyczy wniosków wynikających z badań naukowych, drugi polityki w różnych dziedzinach i praktyki, stosowanych w odniesieniu do tej grupy wieku. Autorki już w tytule monografii zadają sobie pytanie „co działa?” i dalej systematycznie prezentują podejścia o udowodnionej skuteczności.

### **Próby wymiany doświadczeń między krajami**

Grupa robocza ds. wczesnych lat życia, dzieciństwa i rodziny została powołana w ramach europejskiego przeglądu społecznych uwarunkowań zdrowia, obejmującego 53 państwa członkowskie regionu europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia. Przegląd ten miał na celu ułatwienie opracowania nowych ram polityki zdrowotnej dla Europy („Zdrowie 2020”) i wykorzystuje perspektywę społecznych uwarunkowań zdrowia.

W będącym produktem tego przeglądu raporcie wydanym w 2013 r. przez Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)<sup>39</sup> zwrócono uwagę na możliwości zniwelowania nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży w regionie europejskim, opierając się na międzynarodowych wynikach badań, przeglądzie raportów organizacji międzynarodowych i studiach przypadków tzw. dobrych praktyk, przedstawionych przez specjalistów z wybranych krajów. Powstała seria raportów, na którą składa się raport podsumowujący, opracowany przez zespół ekspertów, i trzy raporty cząstkowe, zawierające przykłady krajowych działań, mogących stanowić model wzorcowy lub przykłady prób rozwiązania problemów społecznych. Te trzy części dotyczą odpowiednio wczesnych lat życia, dzieciństwa i edukacji.

Mimo że dobry start w życie ma istotne znaczenie dla późniejszego zdrowia, zauważono znaczne różnice między krajami co do zakresu pomocy udzielanej na tych bardzo wczesnych etapach. Najlepsze z systemów charakteryzuje indywidualne dostosowanie pomocy podczas całego okresu ciąży, wybór metody porodu, wsparcie i poradnictwo po porodzie oraz płatne urlopy macierzyńskie lub ojcowskie. Różnice między krajami wy-

<sup>38</sup> J. Astana, J. Halliday, *What works in tackling health inequalities? Pathways. Policies and practice through the lifecourse*, The Policy Press, Bristol 2006.

<sup>39</sup> Raport jest częścią opisaną wcześniej inicjatywy przeglądu społecznych determinantów zdrowia i podziałów zdrowotnych w regionie europejskim. Jest wynikiem pracy grupy roboczej „Wczesne lata, edukacja, rodzina”.

stępują także w dostępności opieki świadczonej we wczesnym dzieciństwie oraz edukacji przed osiągnięciem wieku szkolnego. Idealny system obejmowałby wysokiej jakości opiekę nad dziećmi, która byłaby na tyle elastyczna, by jedno z rodziców mogło wrócić do pracy. W przypadku dzieci w wieku powyżej 2 lat systematyczne przebywanie w grupie rówieśniczej, pod wysokiej jakości opieką, przynosi korzyści i pozwala dzieciom z biedniejszych środowisk nadrobić dystans. Jest to też przykład ważnej strategii przeciwdziałania ubóstwu, dzięki której rodzice mogą pracować, zwiększając dochód w rodzinie.

Niemal wszystkie kraje regionu europejskiego zapewniają powszechny dostęp do edukacji podstawowej, a większość z nich także do edukacji średniej. Ogólna dostępność kształcenia na poziomie podstawowym i średnim zarówno dla chłopców, jak i dziewcząt jest istotna nie tylko z punktu widzenia przyszłego zdrowia i pomyślności dzieci, ale też krajowego wzrostu gospodarczego, zwłaszcza w krajach uboższych.

Cechy systemów, które wydają się niwelować nierówności, to m.in. nie-selektywny nabór do szkół, sposoby pomiaru postępów na poziomie uczniów, szkoły i regionu, a także sprzyjanie wszechstronnemu wykorzystaniu budynków szkolnych do celów rodzinnych i środowiskowych. Włączenie promocji zdrowia do programów nauczania w szkołach również może okazać się wysoce skuteczne, zważywszy, że jest to najlepszy sposób na dotarcie do jak największej liczby dzieci i młodzieży.

Według rekomendacji wynikających z cytowanego raportu, wszystkie kraje w regionie europejskim powinny dążyć do osiągnięcia trzech ogólnych celów do roku 2020.

- Powszechna opieka zdrowotna powinna być dostępna w okresie ciąży i dzieciństwa, co stanowi szczególne wyzwanie dla uboższych krajów na południu i wschodzie kontynentu. Wiele z nich wprowadziło powszechne ubezpieczenia, lecz stopień pokrywanych przez nie usług różni się znacznie między krajami. Palenie tytoniu oraz rosnące wskaźniki otyłości należy uznać za sprawy priorytetowe dla wszystkich państw – są to kwestie pilne, które spowodują olbrzymi wzrost kosztów opieki zdrowotnej w przyszłości, jeśli nie zostaną wkrótce podjęte odpowiednie kroki.
- Powszechna edukacja przedszkolna, podstawowa i średnia powinna funkcjonować we wszystkich krajach.
- Należy opracować połączone ze sobą (a nie rozdrobione) strategie dla całego przekroju wiekowego, upewniwszy się, że edukacja, opieka społeczna i zdrowie to współdziałające systemy, które we właściwy sposób dzielą się informacjami, planują wspólnie na podstawie

poprawnych danych i lokalnych konsultacji oraz śledzą jakość i dopuszczalność świadczonych przez siebie usług. Rezultatem będzie zwiększona wydajność i zadowolenie osób z nich korzystających<sup>40</sup>.

## **Programy promocji zdrowia jako narzędzia przeciwdziałania nierównościom w zdrowiu**

Coraz więcej krajów zaczyna wdrażać programy ukierunkowane na niwelowanie nierówności w zdrowiu różnych grup ludności, które mogą być realizowane na poziomie społeczności lokalnych, w szkołach, placówkach służby zdrowia i innych miejscach. Znaczna część programów dotyczy dzieci, młodzieży lub rodzin. Przez wiele lat wdrażane były inne wartościowe programy, w których aspekt nierówności społecznych nie został uwypuklony, ale ich skuteczność też można wtórnie oceniać pod tym kątem.

Opracowano liczne programy promocji zdrowia ukierunkowanych na zdrowe żywienie i poprawę aktywności fizycznej. Warto tu wspomnieć programy HEPS, Shape Up<sup>41</sup>, EPODE<sup>42</sup>. W świetle zdobytych doświadczeń (np. z programu Shape Up), dzieci i młodzież są w stanie inicjować procesy poprawiające ich lokalne uwarunkowania środowiskowe, a co za tym idzie, promować zdrowie wszystkich dzieci. Spośród wymienionych trzech programów, najszerzej spopularyzowany został w Polsce HEPS, znany pod nazwą „Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna w szkole”. Projekt był realizowany przez zespół naukowców w latach 2009–2011, a od roku 2011 wszedł w Polsce w fazę wdrożeniową pod auspicjami Ośrodka Rozwoju Edukacji (ORE)<sup>43</sup>.

Inna grupa programów ukierunkowana została na profilaktykę zachowań ryzykownych. Warto tu wspomnieć programy UNPLUGGED<sup>44</sup>, CANDIS<sup>45</sup> i Fred goes net<sup>46</sup>, będące programami profilaktyki uniwersalnej (dla ogółu populacji) bądź profilaktyki selektywnej (dla osób już używających

<sup>40</sup> B. Bruun et al., *Early years, family and education task group: report, op. cit.*

<sup>41</sup> Program realizowany w latach 2006–2008, obecnie w fazie wdrożeniowej, przystępują do niego polskie miasta, m.in. Poznań; [http://www.shapeupeurope.net/index.php?page=presentation&doc\\_id=2](http://www.shapeupeurope.net/index.php?page=presentation&doc_id=2) [dostęp 12 lutego 2014 r.].

<sup>42</sup> <http://epode-european-network.com> [dostęp 12 lutego 2014 r.].

<sup>43</sup> Materiały wspomagające realizację HEPS dostępne są na stronie internetowej [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl) w zakładce dotyczącej promocji zdrowia w szkole.

<sup>44</sup> [http://ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com\\_content&view=article&id=510&Itemid=1146](http://ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com_content&view=article&id=510&Itemid=1146) [dostęp 12 lutego 2014 r.].

<sup>45</sup> <http://www.candisprogram.pl> [dostęp 12 lutego 2014 r.].

<sup>46</sup> <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/profilaktyka-selektywna-program-wczesnej-interwencji-fred-goes-net> [dostęp 12 lutego 2014 r.].

substancji psychoaktywnych w sposób okazjonalny lub szkodliwy). Programy te są wdrażane w kraju przy wsparciu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy ze szkołami, policją, sądami rodzinnymi i placówkami służby zdrowia.

Bardzo pozytywne oceny zebrał realizowany też w Polsce program „Golden Five”, na poziomie europejskim koordynowany przez Uniwersytet w Sewilli. Został on w 2008 r. wyróżniony jako przykład jednej z najlepszych praktyk na poziomie europejskim. Program ten można oceniać w kontekście przeciwdziałania nierównościom społecznym i ich skutkom zdrowotnym. Przygotowuje on nauczycieli do wspierania procesu adaptacji uczniów w nowej szkole (gimnazjum) i radzenia sobie ze zróżnicowaniem w klasie. Program ten może wpłynąć na rozwój umiejętności osobistych młodzieży, a przez to chronić przed podejmowaniem zachowań ryzykownych<sup>47</sup>.

Bez udziału Polski realizowany był w latach 2007–2010 program TEE-NAGE, z którego doświadczeń można wiele skorzystać<sup>48</sup>. Stanowił on pierwszą próbę przeglądu wdrażanych europejskich programów promocji zdrowia młodzieży pod kątem ich wpływu na zmniejszenie różnicy między mniej lub bardziej uprzywilejowanymi grupami społecznymi w częstości podejmowania zachowań pro- i antyzdrowotnych. Skoncentrowano się na czterech zachowaniach (dieta, aktywność fizyczna, palenie tytoniu, picie alkoholu), klasyfikując badane programy interwencyjne wg miejsca wdrażania (np. poradnictwo indywidualne, szkoła, poziom krajowy) oraz typu interwencji (edukacja zdrowotna, wpływ na środowisko). Niektóre programy są z założenia przeznaczone dla mniej uprzywilejowanych grup, inne dotyczą całej populacji, ale wtedy ich skuteczność może zależeć od czynników socjo-ekonomicznych i kulturowych. Program ten zwrócił uwagę na potrzebę włączania zmiennych SES przy ewaluacji programów interwencyjnych oraz na konieczność weryfikacji możliwości przenoszenia programu z jednego kraju do drugiego. Przykładowo kraje różnią się pod względem nasilenia epidemii palenia tytoniu, różnic w częstości palenia między grupami demograficznymi i stopnia wdrożenia przepisów mogących tę epidemię powstrzymać. Wobec tego skierowany do młodzieży program antytytoniowy skuteczny w jednym kraju może zawieść w innym.

<sup>47</sup> [http://www.ore.edu.pl/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=130&Itemid=917](http://www.ore.edu.pl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=130&Itemid=917) [dostęp 12 lutego 2014 r.].

<sup>48</sup> F.J. van Lenth et al., *Preventing socioeconomic inequalities in health behaviour in adolescents in Europe: background, design and methods of project TEENAGE*, „BMC Public Health” 2009, t. 8, s. 9.

We wspomnianym wcześniej raporcie Europejskiego Biura WHO<sup>49</sup> podano przykłady inicjatyw koncentrujących się na grupach dzieci i młodzieży szczególnie zagrożonej słabymi wynikami w szkole (realizowanych na przykład na Cyprze, w Danii i Francji). Szkoły zazwyczaj odzwierciedlają otaczające je środowisko społeczne, stąd placówki położone w gorszych okolicach mogą być dobrym miejscem na zapewnienie dodatkowej pomocy grupom jej potrzebującym.

W działaniach edukacyjnych zakłada się zmniejszenie różnic w osiągnięciach szkolnych między dziećmi znajdującymi się w lepszym i gorszym położeniu. Warto w tym miejscu wspomnieć o polityce edukacji włączającej, początkowo opracowanej dla zapobiegania marginalizacji dzieci niepełnosprawnych przez umożliwienie im uczęszczania do normalnych szkół po wprowadzeniu usprawnień i pomocy adekwatnych do ich niepełnosprawności. Edukacja włączająca przeciwdziałała szerzej pojętemu wykluczeniu społecznemu. Wysiłki podejmowane w tym kierunku mogą być zahamowane wskutek oporu ogółu rodziców, którzy obawiają się wpływu grup mieszanych na jakość kształcenia.

Wiele z opisanych powyżej strategii i podejść polega na równoległym przeprowadzeniu licznych inicjatyw w celu przeciwdziałania różnym kwestiom w sposób skoordynowany. W Europie podejmowano takie wysiłki, jak choćby opracowanie długoterminowych strategii zakrojonych na szeroką skalę i/lub formalną integrację świadczeń dla dzieci i rodzin. Brytyjska inicjatywa „Every child matters” („Liczy się każde dziecko”) była przykładem takich właśnie ambitnych działań zmierzających do zintegrowania usług świadczonych na rzecz dzieci i rodzin przez różne środowiska zawodowe.

Oferta wycinkowych programów i bardziej złożonych inicjatyw powstających w kraju bądź możliwych do adaptacji wg wzorów zagranicznych jest bardzo szeroka. Z perspektywy ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu warto byłoby propagować zasadę oceny skuteczności tych programów w różnych grupach społecznych oraz regionach o różnym stopniu deprivacji.

## Podsumowanie

W ostatnich kilku latach zauważyć można w krajach europejskich (ale też w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie) gwałtowny rozwój badań nad społecznymi uwarunkowaniami zdrowia, z uwzględnieniem problemów specyficznych dla różnych grup ludności, w tym dzieci. Jednocześnie wy-

<sup>49</sup> B. Bruun et al., *Early years, family and education task group: report, op. cit.*

siłki idą w kierunku przełożenia wyników badań na działania praktyczne, opracowania i wdrożenia skutecznych strategii zwalczania nierówności w zdrowiu, które w dalszej perspektywie wpłyną na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa. Opracowywane przez komisje eksperckie (takie jak CSDH) raporty powinny być szerzej nagłaśniane w kraju, a wnioski wynikające z tych raportów powszechnie dyskutowane. Zajęcie się społeczno-ekonomicznymi uwarunkowaniami zdrowia (obecnego i przyszłego) dzieci jest tym ważniejsze, że statystyki ubóstwa dzieci w Polsce są nadal bardzo niepokojące.

W artykule omówiono jeden nurt badań nad społecznymi nierównościami w zdrowiu związany z tzw. perspektywą cyklu życia. Zgodnie z tym podejściem należy systematycznie badać wpływ czynników ekonomicznych i społecznych na zdrowie w kolejnych fazach życia. Mechanizmy oddziaływania czynników społeczno-ekonomicznych na zdrowie są bardzo złożone. Warunki życia bezpośrednio wpływają na zdrowie obecne i przyszłe, ale też mogą kształtować podatność na negatywne skutki zdrowotne wynikające z ekspozycji na działanie czynników uznawanych za szkodliwe. Grupy bardziej uprzywilejowane mogą wykazywać odporność na działanie tych szkodliwych czynników.

W podejściu *life-course* zwraca się uwagę na doświadczenia z poprzednich lat życia, które powinny być analizowane równoległe z czynnikami aktywnymi w danym momencie życia (biologicznymi, psychospołecznymi, jakością opieki). Biorąc pod uwagę sumę zebranych informacji z przeszłości i terażniejszości, można łatwiej zrozumieć, jak powstają nierówności w zdrowiu i w jakich warunkach mogą ulec pogłębieniu lub złagodzeniu. Podejście *life-course* zwraca uwagę na przenoszenie nierówności w zdrowiu w ramach jednego pokolenia i na wpływy międzypokoleniowe.

W świetle zacytowanych wcześniej publikacji można zauważyć, że programy interwencyjne powinny być dostosowane do poszczególnych faz rozwojowych. Oceniając skuteczność tych działań, powinno się brać pod uwagę specyfikę różnych grup społecznych. W każdym wieku można ograniczyć efekt kumulacji negatywnych doświadczeń. Dzieci i młodzież w każdym wieku wymagają podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej dostosowanej do ich potrzeb, działań z zakresu promocji zdrowia oraz odpowiednich warunków życia, nauki i wypoczynku, wspomagających prawidłowy rozwój. Eksperci są jednak zgodni, że najbardziej potrzebne są programy interwencyjne zorientowane na małe dzieci i ich rodziny. Zaniebdania powstałe w pierwszych latach życia są trudne do odrobienia. Edukacja jest kolejnym ważnym obszarem interwencji pośrednio wpływających na zdrowie grup społecznych i regionów.

Pod wpływem tych wniosków można się zastanowić nad rolą szkół w krajowym systemie zdrowia publicznego. Jak podkreślono w raporcie z 2013 r.<sup>50</sup>, podstawowym zadaniem szkoły jest edukacja, ale niektóre kraje, takie jak Belgia, Holandia czy Wielka Brytania, poszukują rozszerzonego modelu szkoły, która świadczyłaby pełen pakiet usług i stanowiła punkt wyjścia dla szerokiego wachlarza działań na rzecz danej społeczności. Szkoły mają niezwykle istotną rolę do odegrania w procesie przeciwdziałania nierównościom społecznym poprzez koncentrację wysiłków na nauce, docenienie wkładu lokalnych partnerów w pomoc dla rodzin i rozwijanie motywacji oraz poczucia własnej skuteczności u dzieci i młodzieży.

Interwencje krótkoterminowe mogą być skuteczne, ale często mają ograniczony zakres i nigdy nie mają charakteru transformatywnego. Aby doprowadzić do znaczących zmian, potrzeba jest więcej trwałych, szeroko zakrojonych, zintegrowanych i silnie oddziaływujących strategii.

## Bibliografia

- Astana J., Halliday J., *What works in tackling health inequalities? Pathways. Policies and practice through the lifecourse*, The Policy Press, Bristol 2006.
- Bruun B. et al., *Early years, family and education task group: report. European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2013.
- Lakrin M., *Health and Well-Being across the Life Course*, SAGE Publ. Ltd., London 2013.
- Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*, Marmot M. (ed.), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2013.
- Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej*, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.
- Ubóstwo dzieci. Najnowsze dane dotyczące ubóstwa dzieci w krajach rozwiniętych*, UNICEF Innocenti Research Centre, Report Card 10, Florence 2012.

<sup>50</sup> B. Bruun et al., *Early years, family and education task group: report, op. cit.*