

Stanisława Golinowska

ZDROWIE I SPRAWNOŚĆ POPULACJI WYZWANIEM PRZYSZŁOŚCI

Wprowadzenie

Zdrowie jest wartością tak oczywistą, że niewiele prac na temat wartości je wymienia. Jako jednostki zaczynamy cenić zdrowie, gdy pojawiają się schorzenia i go zabraknie. Na poziomie społecznym nadajemy zdrowiu większą wartość, gdy pewne choroby występują na większą skalę i ich skutki stanowią poważne obciążenia dla społeczeństwa i gospodarki. Jak pisze niemiecki filozof Hans-Georg Gadamer: *zdrowie w odróżnieniu od choroby nie jest czymś, co nam stale towarzyszy w świadomości. Nie jest czymś, co zaprasza nas do ciągłego przyglądania się i przypominania o sobie* [Gadamer 2011]. To, że na temat zdrowia przeważnie się milczy przyczynia się też do tego, że zamiast troski o profilaktykę, dba się raczej o leczenie chorób.

Więcej rozważań i zaleceń dotyczy zdrowia na poziomie globalnym na skutek zachodzących na siebie transformacji demograficznych oraz epidemiologicznych i większej świadomości różnych konsekwencji zdrowotnych dla rozwoju ludzkości i planety, a także większej wiedzy o determinantach zdrowia. Mimo tego w wielu krajach debata i aktywność polityczna dotycząca zdrowia jest słaba, a nawet nieobecna wskutek obaw o presję na podejmowanie działań, które byłyby kosztowne.

W Polsce dyskusja wokół zdrowia populacji jest szczególnie rzadka, a wypowiedzi opiniotwórczych dyskutantów i komentatorów bywają niejednokrotnie nawet przewrotne, czyli nie służące *de facto* zdrowiu. Przedmiotem dyskusji są bardziej problemy związane ze zmianami systemu zdrowia z nieukrywanym celem zaoszczędzenia, a nawet zarobienia na nim, mimo że skala wydatków na jego ochronę w relacji do PKB pozostaje od wielu lat na najniższym poziomie nie tylko w odniesieniu do krajów bogatych, co jest oczywiste, ale także w odniesieniu do większości krajów o średnich dochodach. Jako argumenty wysuwa się tezy, że sektor zdrowia pochłonie każde pieniądze, a efekt zdrowotny nie będzie oczywisty. Dlatego w środowiskach ekspertów i polityków utrzymuje się opinia, że nie warto inwestować w zdrowie na poziomie społecznym, a raczej podnosić indywidualną świadomość zdrowotną. Tezy te dla rozwoju zdrowej i sprawnej populacji w Polsce są niebezpieczne. Brak inwestowania w zdrowie w obecnej fazie rozwoju społecznego kraju może stanowić zagrożenie dla jej harmonijnego rozwoju w przyszłości.

Ta faza związana jest z jednoczesnym wpływem wielu niekorzystnych dla zdrowia czynników. Należą do nich: trudna transformacja gospodarcza (terapia szokowa i zmasowane okresami zmiany instytucjonalne), pogłębiająca niepewność i stres; gwałtowne zmiany w sferze pracy, związane z nadmierną deindustrializacją i wejściem w epokę poprzemysłową, przyczyniające się do stałego deficytu miejsc pracy, długookresowego bezrobocia i ubóstwa; osłabione państwo oraz niedorozwój organizacji obywatelskich i społecznych, które byłyby zdolne do zastąpienia wielu jego funkcji, szczególnie opiekuńczych oraz kontrolnych, wobec niejednokrotnie destrukcyjnego wpływu mechanizmu rynkowego na jakość produktów konsumpcyjnych, a przede wszystkim żywności; niski poziom rządu w państwie i zarządzania sektorowego z dominacją celów politycznych (walka o władzę), ograniczających myślenie perspektywiczne, gwarantujących podejmowanie działań wyprzedzających powstanie zagrożenia lub je łagodzących; zanieczyszczenie środowiska naturalnego i ograniczony wpływ obywateli na łagodzenie konsekwencji negatywnych dla zdrowia i zagrażających planecie; osłabienie więzi społecznych na skutek lansowania i ekspansji indywidualizmu oraz zachowań wysoce konkurencyjnych; zmniejszenie troski o dobro społeczne, o zasoby i inwestycje społeczne, a wśród nich – zdrowotne.

W tym trudnym dla kraju okresie istnieją jednak szanse rozwojowe, które mogą być pomocne nie tylko w przezwyciężaniu trudności, ale także w wyłonieniu nowych, korzystnych czynników rozwoju, sprzyjających poprawie jakości życia. Spośród tych nowych szans zasadniczy jest dostęp do kapitału i ścieżki rozwojowej Unii Europejskiej. Efektywne jej wykorzystanie wymaga jednak strategicznej koncepcji rozwoju, obejmującej inwestycje w zasoby ludzkie, które na skutek przyspieszonego starzenia się stały się zasobem krytycznym. Inwestycje w zasoby ludzkie obejmują w pierwszym rzędzie inwestycje w zdrowie i sprawność populacji. Dobre zdrowie warunkuje efektywną internalizację wszystkich innych czynników, a choroby ją ograniczają, a przy tym przysparzają znacznych obciążeń związanych z leczeniem.

Każda strategia wymaga dobrej diagnozy sytuacji. Wcale nie jest o nią łatwo, gdy chodzi o zjawiska złożone, wymagające interdyscyplinarnej wiedzy i umiejętności warsztatowych, pozwalających na porównania i oceny. Zdrowie należy do szczególnie kompleksowych wymiarów ludzkiego życia. Stąd nie jest łatwo o trafną diagnozę w tej dziedzinie. Mimo tego dokonywane są próby¹, których pewną syntezę prezentuje niniejszy rozdział.

Celem wystąpienia oraz przygotowanego po nim opracowania² było dostarczenie argumentów o potrzebie zainwestowania w zdrowie, ponieważ deficyty zdrowia i sprawności są w Polsce większe niż w innych krajach i nie pozostanie to bez wpływu także na rozwój społeczny i ekonomiczny na poziomie, do

¹Próby podejmowane są głównie w ramach analiz WHO, ale ostatnio także przez instytucje UE w ramach naukowych programów ramowych oraz analitycznej działalności Komisji Europejskiej (np. White 2011).

²Referat na konferencję Komitetu Prognoz 'Polska 2000 Plus' PAN: „Zagrożenia jakości życia człowieka. Perspektywa długookresowa”.

jakiego aspiruje kraj i społeczeństwo. Przywołano tu liczne badania na temat zdrowia populacji w Polsce. Są to zarówno badania międzynarodowe jak i krajowe. W wielu analizach, pochodzących z tych badań, szczególnie o charakterze porównawczym, autorka uczestniczyła i fragmentami je już przedstawiała.

Mimo że od wielu lat prowadzi się w Polsce regularne badania statystyczne³ oraz epidemiologiczne stanu zdrowia Polaków w ramach statystyki publicznej, to informacje na ten temat nie są dostatecznie analizowane i odpowiednio obecne w debacie publicznej. W prezentowanym opracowaniu zebrane zostały zasadnicze dane o statusie zdrowotnym w strukturze problemów zdrowotnych czterech grup ludności: dzieci, młodzieży, osób dorosłych i osób starszych. Struktura ta odzwierciedla cykl życia, a także uwzględnia fakt występowania różnych potrzeb zdrowotnych i zasadność prowadzenia różnej polityki społecznej i zdrowotnej w odniesieniu do tych grup.

1. Zdrowie i jakość życia – konceptualizacja i mierzenie

Dobre zdrowie jest decydujące dla dobrej jakości życia (kategorii będącej tematem konferencji i prezentowanego zbioru opracowań) i od tej tezy zaczyna się ten rozdział. Kategoria jakości życia została naukowo zoperacjonalizowana w dwóch dyscyplinach: w socjologii oraz w medycynie.

W naukach socjologicznych dokonano zintegrowania podejścia zorientowanego na zasoby i warunki życia [podejście skandynawskie – Erikson 1987] z podejściem ukierunkowanym na indywidualną satysfakcję [podejście amerykańskie – Campbell i inni 1976]. Integracja obu podejść została opracowana przez Wolfganga Zapfa w niemieckiej koncepcji wskaźników jakości życia [Glatzer 2012], systematycznie monitorowanych i rozwijanych w tzw. sprawozdawczości o przebiegu procesów społecznych, zwanej *social reporting*.

W operacjonalizacji koncepcji jakości życia istotną rolę odegrały organizacje międzynarodowe, wykorzystujące tę kategorię do porównań społecznych efektów wzrostu gospodarczego między krajami. W OECD zaproponowano syntetyczny wskaźnik lepszego życia (*Better Life Index*), obejmujący 11 dziedzin ludzkiego życia; zarówno materialnych warunków życia, jak i niematerial-

³ Podstawowe badania w tym zakresie prowadzone są w GUS, w szczególności cykliczne reprezentatywne badania „Stan zdrowia ludności Polski” z 1996 r., 2004 r. i 2009 r. oraz „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” z 1998 r., 1999 r., 2003 r., 2006 r. i 2010 r. Dodatkowo, zarówno w ramach statystyki publicznej jak i badań sponsorowanych przez organizacje międzynarodowe, prowadzone są liczne badania ankietowe pozwalające na pogłębioną ocenę stanu zdrowia i sprawności mieszkańców Polski, przy czym niektóre z nich są reprezentatywne i mają wspólną metodologię, pozwalającą na analizy porównawcze (głównie europejskie np. EHIS, SHARE). W oparciu o te dostępne źródła danych przygotowywane są przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny szczegółowe analizy i raporty o stanie zdrowia Polaków, np. roczne opracowania cykliczne „Trwania życia ludności Polski” oraz liczne opracowania autorskie ekspertów Instytutów: Zdrowia Publicznego UJ Collegium Medicum w Krakowie, Instytutu Demografii SGH, Polskiej Akademii Nauk i innych.

nych oraz ocenę satysfakcji z życia [OECD 2011]⁴. Wśród nich obecne jest zdrowie. Ten kierunek związany jest z odchodzeniem od mierzenia postępu i rozwoju głównie przez wskaźnik PKB oraz przez dochody i majątek na rzecz oceny dobrostanu (*well-being*).

Koncepcja jakości życia uwzględnia więc różne wymiary życia ludzkiego, materialne i niematerialne, postrzegane indywidualnie – przez jednostki i kolektywnie - przez grupy, zarówno za pomocą pomiaru obiektywnego, jak i subiektywnego – w wyniku zebrania opinii, obejmujące różne potrzeby; nie tylko podstawowe, ale także społeczne, zdrowotne, kulturalne i duchowe. Integracja tych wielu aspektów nastęrcza sporych trudności, pokonywanych w wielu propozycjach metodologicznych i zastosowanych w badaniach.

Także w naukach medycznych oraz w naukach o zdrowiu coraz powszechniej stosuje się podejście wielowymiarowe i zintegrowane, czyli łączące obiektywną ocenę jakości życia ze względu na zdrowie (nie tylko po interwencji medycznej) z subiektywną oceną zdrowia fizycznego i psychicznego. Podejście medyczne jest raczej zindywidualizowane. W latach 90. w WHO zaproponowano dwa wskaźniki: WHOQOL-100 oraz WHOQOL-BREF (WHO 1998), obejmujące poza zdrowiem fizycznym i psychicznym także poziom niezależności życiowej, relacje społeczne, środowisko życiowe (warunki bytu i tzw. sąsiedztwo) oraz środowisko naturalne. W szerokiej definicji WHO zdrowie jest zasadniczym elementem jakości życia.

Przez WHO zaproponowana została tzw. funkcjonalna klasyfikacja chorób i niepełnosprawności (ICF), umożliwiająca uwzględnienie drogi od medycznej oceny niewydolności organizmu do oceny możliwości pełnienia funkcji życiowych, ról społecznych oraz zdolności do integracji społecznej.

Wymienione inicjatywy WHO były wyrazem odchodzenia od medykalizacji zdrowia i wprowadzania do jego opisu i oceny także wymiaru społecznego. Podstawą procesu demedykalizacji opisu oraz ocen zdrowia były (i są) badania wskazujące na społeczne determinanty zdrowia [Marmot i Mackenbach 2007]. Ich wyniki doprowadziły do skonstruowania tzw. tęczy zdrowia (por. rys. 1), ukazującej hierarchizację oraz oszacowanie wpływu różnych grup czynników na zdrowie [Dahlgren i Whithead 2006]. W podejściu tym wyróżnia się pięć poziomów czynników:

⁴ Index dobrego życia OECD obejmuje następujące dziedziny: mieszkanie, dochody, pracę, środowisko społeczne, wykształcenie, zdrowie, środowisko naturalne, zaangażowanie obywatelskie i rządy, satysfakcję z życia, bezpieczeństwo i równowagę pracy oraz życia (*work-life balance*).



Rys.
Główne determinanty zdrowia
wg Dahlgren, Whitehead 1993

*żywnienie, mieszkanie, kształcenie, rynek pracy, warunki pracy, ochrona socjalna, warunki sanitarne i opieka zdrowotna,

- czynniki konstytuujące człowieka: demograficzne – głównie wiek i płeć – oraz biologiczne;
- indywidualne czynniki stylu życia;
- czynniki relacji w środowisku społecznym i lokalnym (więzi i sieci);
- czynniki warunków życia i pracy, ochrona socjalna i opieka zdrowotna;
- ogólne czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiska naturalnego.

Pierwszy poziom czynników zdrowia to konstytucyjne cechy człowieka: jego geny, wiek i płeć. Nie ma możliwości oddziaływania na te cechy. Polityka zdrowotna raczej diagnozuje sytuację w tym zakresie i dostosowuje się do potrzeb wyznaczonych przez zdiagnozowaną strukturę cech. Jeśli je ignoruje, np. nie uwzględnia specyfiki chorowania w dzieciństwie, to efekt dla zdrowia może być bardzo negatywny.

Oddziaływanie na poziomie drugim związane jest z oddziaływaniem na indywidualne zachowania ludzi, dotyczące ich stylu życia. Niezdrowy styl życia został już dostatecznie jasno zdefiniowany; dostarczono na to wielu dowodów naukowych oraz szeroko opisano w literaturze przedmiotu. Palenie papierosów, nadużywanie alkoholu i używanie narkotyków, nadmierne i niezdrowe odżywianie się oraz brak ruchu – to główne grzechy przeciwko zdrowiu. Przełożenie wyników tych prac na działania wymaga kompleksowych i konsekwentnie stosowanych metod (edukacja zdrowotna i działanie mediów, prawo i nakłady na infrastrukturę zdrowego stylu życia), a konkretne efekty osiąga się powoli.

Na poziomie trzecim mamy do czynienia z czynnikami, które zaliczamy do kapitału społecznego. W treści kapitału społecznego występuje wprawdzie kilka elementów takich jak: zaufanie, normy wzajemności, chęć i zdolność do współdziałania oraz organizowania się, sieci kontaktów społecznych i instytucje społeczne, w ramach których powstają więzi społeczne, ale z punktu widzenia oddziaływania na zdrowie szczególne znaczenie mają więzi i takie sieci kontaktów, które dają człowiekowi zarówno poczucie bycia razem, jak i poczucie bez-

pieczeństwa oraz wsparcie. Kapitał społeczny został doceniony w polityce publicznej ze względu na znaczenie dla tworzenia ładu społecznego. Natomiast w odniesieniu do zdrowia w medycynie dopiero od niedawna uwzględnia się psychosomatyczną jedność człowieka i dostrzega wpływ kapitału społecznego dla szeroko definiowanego zdrowia indywidualnego, a szczególnie zdrowia populacji, bada się te związki [Health Development Agency 2004, Health Canada 2006] i tworzy strategię. Mechanizmy, które w ramach pojęcia kapitału społecznego wpływają na zdrowie, usytuowane są zarówno na poziomie makro, jak i mikro. Są to takie działania jak: wspieranie się, wzory komunikowania się, społeczne identyfikowanie się i miejsce w nim zachowań ryzykownych, dostęp do zasobów medycznych i edukacji zdrowotnej, rozwiązywanie problemów dobra wspólnego, poziom stresu w życiu publicznym i w relacjach indywidualnych, niedowartościowanie i społeczne wykluczenie... [op. cit]. Mimo wszystkich komplikacji w definiowaniu pojęcia kapitału społecznego niektóre jego komponenty są w badaniach empirycznych identyfikowane i tworzone są krajowe strategie budowania kapitału społecznego⁵. W jednym z ostatnich badań europejskich dotyczących wpływu kapitału społecznego na zdrowie⁶, skonstruowano indeks kontaktów społecznych [The Social Network Index] jako wskaźnik zdrowia, sprawności i jakości życia. Badania te objęły także Polskę.

Na poziomie czwartym mamy do czynienia z oddziaływaniem na zdrowie czynników obejmujących materialne życie ludzi, warunki ich pracy, mieszkania, dostęp do różnych produktów i usług oraz korzystanie z nich. Gdy warunki te są przyjazne człowiekowi, to przyjmujemy, że nasze zdrowie nie jest zagrożone. Dbając więc o gospodarkę i tworzenie dobrych miejsc pracy, o przyzwoite dochody, o dobre budownictwo mieszkaniowe i przestrzeń wokół nas, o dostateczne i zdrowe wyżywienie, o różne potrzebne ludziom usługi, w tym o usługi zdrowotne i powszechny doń dostęp, sprzyjamy zdrowiu. Kierunki oddziaływania są oczywiste, chociaż i z tym w praktyce występują problemy. Problemem zasadniczym jest mechanizm, bardziej czy mniej rynkowy, oraz wielkość nakładów i efektywne ich użycie.

Piąty poziom oddziaływania na zdrowie dotyczy posunięć politycznych: decyzji systemowych, tworzenia instytucji, decyzji alokacyjnych w odniesieniu do podziału produktu narodowego i uchwalania przepisów prawnych w wielu dziedzinach, a także decyzje z obszaru bieżącej polityki makroekonomicznej. Na tej podstawie tworzone są ogólne warunki funkcjonowania. Można zauważyć, że na tym poziomie oddziaływania możliwości prowadzenia odpowiedniej polityki społecznej i zdrowotnej są większe, ale przy tym bardzo oddalone od zdrowia i w konsekwencji związki ze zdrowiem są słabo dostrzegane i brane pod uwagę z trudem.

⁵ Także polska Strategia Rozwoju Regionalnego na lata 2010-2020 uwzględnia w jednym z punktów cel związany ze wzrostem kapitału społecznego w kraju [MRR 2010]. Strategie takie adresowane są do miejsc z różnymi problemami socjalnymi: ubóstwem, bezrobociem, z szerokim zakresem szarej strefy zatrudnienia, z patologiami, skonfliktowanymi, z brakami integracji imigrantów oraz mniejszości etnicznych.

⁶ Badanie siódmego programu ramowego Courage [Leonardi i inni 2013].

Na każdy z tych poziomów można oddziaływać, ale inaczej i z różnym skutkiem zależnie od jednoznaczności zdefiniowanego celu, internalizacji rozpoznanych metod oddziaływania oraz ich skuteczności. Można zauważyć, że im wyższy poziom, tym polityczne możliwości oddziaływania są większe, a jednocześnie coraz bardziej oddalone od świadomości wpływania na zdrowie.

Reasumując – koncepcja tęczy zdrowia ma zasadnicze znaczenie dla podejmowania trafnych działań na rzecz zdrowia. Działania te ukierunkowane są na czynniki determinujące zdrowie. Nie ograniczają się one do systemu opieki zdrowotnej i reform podejmowanych w sektorze zdrowotnym. Koncepcja tęczy zdrowia leży u podstaw koncepcji „zdrowie we wszystkich politykach”, promowanej w strategii zdrowotnej UE. Otwiera to horyzonty polityki zdrowotnej, ale i budzi obawy. W zbyt szerokim polu działania zgubić się mogą kierunki zasadnicze, a przy tym nierespektowanie właściwej sekwencji działań może ograniczyć efektywność wyborów właściwych.

2. Status zdrowotny populacji w Polsce – przegląd

Podstawą każdej strategii jest dobre rozpoznanie sytuacji obecnej i przeszłej – diagnoza. Ocena statusu zdrowotnego, wbrew pozorom, nie jest prostym zadaniem, szczególnie gdy docieka się przyczyn, czyli wskazuje na determinanty zdrowia w konkretnym czasie i miejscu.

Postęp metodologiczny oraz rozwój statystyki publicznej w dziedzinie zdrowia, warunków oraz jakości życia pozwolił na liczne i znacznie bardziej kompleksowe niż wcześniej oceny przebiegu procesów społecznych. Wiedza ta nie została jeszcze zinternalizowana w szerokim zakresie przez polityków, w Polsce nawet w mniejszym stopniu niż w krajach zachodnich ze względu na relatywnie krótszy horyzont analizy i refleksji politycznej. Tymczasem wyzwania przyszłości trudniejsze obecnie ze względu na kryzys wszystkich zasobów wykorzystywanych w rozwoju: ludzkich, surowców energetycznych i środowiska naturalnego, dotykające także naszego kraju, wymagają znacznie większej uwagi i wielowymiarowej analizy w celu podjęcia działań wyprzedzających.

Zdrowie polskiej populacji, mimo niewątpliwej poprawy w odniesieniu do umieralności, a przede wszystkim spadku przeciętnego wskaźnika umieralności na choroby układu krążenia w latach 90., wskaźnika przenoszonego na całość ocen dotyczących zdrowia, nie ulega kompleksowej poprawie. Spójrzmy na zdrowie polskiego społeczeństwa w przekroju różnych wiekowo grup ludności odzwierciedlających jednocześnie cykl życia człowieka oraz w przekroju epidemiologicznym: głównych schorzeń, jakie występują obecnie w wyróżnionych wiekowo grupach populacji.

Relatywnie większe problemy zdrowotne dotyczą w Polsce skrajnych grup ludności: grupy najmłodszej: dzieci i młodzieży oraz grupy najstarszej: osób w wieku 65+. Przyczyny są odmienne i mają związek ze zmianami epidemiologicznymi zarówno w czasie, jak i w cyklu życia. Zmiany w czasie mają związek z modelem tzw. transformacji epidemiologicznej. Zmiany w cyklu ży-

cia – ze specyficzną podatnością na choroby organizmu człowieka w różnych fazach jego rozwoju.

Zdrowie dzieci

Informacje o zdrowiu dzieci⁷ pochodzą zarówno z oficjalnych źródeł administracyjnych, głównie rejestracji zachorowań i zgonów oraz informacji o korzystaniu z usług opieki zdrowotnej (leczenia chorób), jak i z sondażowych badań populacyjnych, do których należy Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (EHIS), obejmujące także zdrowie dzieci. To ostatnie badanie przeprowadzono w Polsce w 2009 r.⁸. Respondentami w tym badaniu byli rodzice lub opiekunowie dzieci.

Badania rejestracyjne (administracyjne) są ograniczone, szczególnie badania dotyczące zdrowia prokreacyjnego (reprodukcyjnego) oraz zdrowotnej jakości noworodków z perspektywy ich przyszłej kondycji zdrowotnej. Rejestruje się wprawdzie i analizuje pewne dane, np. o późnym wieku matek przy urodzeniu pierwszego dziecka czy o niskiej wadze urodzeniowej jako predyktorów działających niekorzystnie na przyszłe zdrowie i sprawność, brakuje jednak kompleksowych badań populacyjnych w tej dziedzinie, których wyniki pozwoliłyby na jednoznaczne potwierdzenie stawianych hipotez o zależnościach i w konsekwencji – uruchomienie odpowiednich programów zdrowotnych.

Wśród przyczyn uciążliwych chorób i niepełnosprawności od urodzenia pewien odsetek stanowią zaburzenia okołoporodowe, następnie schorzenia okresu niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa (do dwóch lat). Istotny udział mają w tym wrodzone wady rozwojowe, które są główną przyczyną niepełnosprawności intelektualnej (w skali do około 60%).

Wady rozwojowe są rejestrowane. Dane rejestru z lat 2002-2003 zostały opracowane i porównane z rejestrem europejskim EUROCAT [Wrodzone wady rozwojowe... 2010]. Z informacji tych wynika, że w Polsce stosunkowo często rodzą się dzieci z poważnymi wadami wrodzonymi, wyraźnie częściej niż w innych krajach. Przyczyny tej niekorzystnej sytuacji nie są rozpoznane. Tymczasem urodzenie dziecka z poważną wadą rozwojową czy zespołem wad często dramatycznie zaburza funkcjonowanie rodziny. Ponadto osoby takie wymagają wieloletniej, wielokierunkowej i kosztownej opieki medycznej, a najczęściej także socjalnej. Nie zawsze i nie końca opiekować się nimi mogą rodzice.

Od 1994 r. prowadzony jest w Polsce program badań przesiewowych noworodków (zainicjowany jeszcze w 1964 r.). Badania prowadzone w ramach tego programu mają na celu wczesne wykrycie wrodzonych chorób metabolicznych uwarunkowanych genetycznie jeszcze przed wystąpieniem objawów klinicznych i tym samym pozwalają na zastosowanie odpowiedniego leczenia.

⁷ Kategoria dzieci w badaniach zdrowia obejmuje osoby w wieku 0-14 lat. Uwzględnia się w nich niejednokrotnie badania kobiet w ciąży oraz badania prenatalne.

⁸ Podobna metodologia, jak w badaniach EHIS występowała w polskich badaniach zdrowia z 1996 r. oraz z 2004 r., co pozwala na porównanie zmian w czasie.

Obecnie wykonuje się badania przesiewowe w kierunku wrodzonej niedoczynności tarczycy (hipotyreozy), fenyloketonurii oraz mukowiscydozy (w wybranych województwach od 2006 r. i w całym kraju od 2010 r.). Wczesne rozpoznanie tych chorób pozwala na rozpoczęcie w okresie wczesnodziecięcym leczenia, które zapobiega nieodwracalnemu uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego.

W wyniku oddolnej inicjatywy środowiska medycznego oraz organizacji społecznych (Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy) od 2002 r. prowadzi się u noworodków badania przesiewowe wad słuchu. Ponadto rodzicom zaleca się też badania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych u lekarza ortopedy, do którego otrzymują skierowanie.

Badania przesiewowe są kosztowne i kontynuacja, a tym bardziej rozszerzanie programów, nie zawsze jest pewne, szczególnie z powodu ograniczeń finansowych, które są poważne w okresie oddziaływania globalnego kryzysu finansowego (przełom dekad). Rozważa się ograniczenie badań powszechnych na bardziej ukierunkowane ze względu na ryzyko wystąpienia choroby, aczkolwiek nie zawsze jest możliwe jednoznaczne wskazanie takiego ryzyka.

Coraz częściej dostarczane są także dowody na środowiskowe przyczyny złego zdrowia i zaniedbań zdrowotnych u małych dzieci, które prowadzą do ich niepełnosprawności. Należy do nich złe i/lub niedostateczne odżywianie, bardzo złe warunki mieszkaniowe i zanieczyszczenie powietrza, brak stymulacji rozwojowej, izolacja społeczna i choroby psychiczne.

Zaburzenia psychiczne wśród dzieci, jako istotny problem zdrowotny, wskazywane są przez środowisko medyczne na podstawie korzystania z usług zdrowotnych (Instytut Psychiatrii i Neurologii). Przy tym zauważa się, że są to nie tylko zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, jak można byłoby przypuszczać, a głównie zaburzenia zachowania i emocji, rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie. Ponadto dzieci w wieku szkolnym stosunkowo często chorują na zaburzenia nerwicowe i somatoformiczne, związane ze stresem [za GUS 2011]. Badania te sygnalizują istnienie dysfunkcji w środowisku społecznym dziecka: rodzinnym i szkolnym. One to bowiem stanowią czynnik ryzyka tego rodzaju zaburzeń zdrowia wśród dzieci.

Populacyjne badania sondażowe, a głównie wspomniane już badanie EHIS, zwracają uwagę, że największym problemem zdrowia somatycznego dzieci w Polsce⁹ jest występowanie chorób alergicznych i astmy, na co w sposób przewlekły cierpi około 19% dzieci. Choroba ta częściej występuje w miastach. Najczęściej w województwie dolnośląskim i wielkopolskim, a dwukrotnie rzadziej w pomorskim. Związana jest ona w istotnym stopniu z zanieczyszczeniem powietrza. Wyniki badań prowadzone w województwie śląskim [Zejda, Kowalska 2003] pozwoliły na potwierdzenie zależności pomiędzy stężeniem pyłu zawieszonego i poziomem dwutlenku siarki w powietrzu a zapadalnością na ostre choroby układu oddechowego.

W sumie – mimo że nie ma kompleksowego raportu na temat zdrowia dzieci w Polsce, to istnieją już liczne badania, na podstawie których można by

⁹ Podobnie dzieje się w innych krajach, chociaż skala zjawiska jest zróżnicowana.

ustalić główne zagrożenia zdrowia i rekomendować odpowiednie programy i działania¹⁰. Poważne luki dotyczą zdrowia reprodukcyjnego. Istniejące programy i działania nastawione są głównie na ograniczenie umieralności niemowląt. Natomiast zmniejszenie częstości chorób przewlekłych i prowadzących do niepełnosprawności u dzieci nie ma w polskiej polityce zdrowotnej odpowiedniej rangi priorytetu realizacyjnego. Niedostateczne jest egzekwowanie wczesnej zgłaszalności kobiet w ciąży do lekarza, a i dostęp do badań specjalistycznych jest utrudniony. Ograniczony jest też dostęp do trójstopniowego systemu opieki prenatalnej.

Niepokojące są sygnały o zagrożeniach zdrowia psychicznego. Niepokój budzi także wysoki wskaźnik występowania przewlekłych schorzeń alergicznych oraz astmy. W obu przypadkach mamy do czynienia z oddziaływaniem środowiska tak społecznego, jak i naturalnego.

Relatywnie niski status zdrowotny dzieci w Polsce ma związek także z niedostateczną opieką zdrowotną i socjalną (ograniczony dostęp do ochrony zdrowia, złe żywienie, niedostateczna i skomercjalizowana opieka pozaszkolna) oraz z relatywnie wysokimi wskaźnikami ubóstwa dzieci¹¹. Programy na rzecz zdrowia dzieci nie powinny zwłaszcza ograniczać się do sektora opieki zdrowotnej. Wymagają one zdecydowanie szerszego oraz interdyscyplinarnego ujęcia, ukierunkowanego na determinanty zdrowia. Decydujące znaczenie mają tu programy zdrowia publicznego oraz programy społeczne, zwalczające ubóstwo i nierówności warunków życia dzieci i ich rodziców oraz programy inwestowania w odpowiedniej jakości instytucje opieki i wczesnej edukacji o powszechnym zasięgu, które przy odpowiedniej jakości mogą w istotnym zakresie zniwelować wcześniejsze deficyty rozwoju dzieci.

Zdrowie młodzieży

Nastoletni okres w życiu człowieka ma szczególne znaczenie w kształtowaniu jego zdrowia psychicznego i somatycznego. Przechodzenie od fazy bycia dzieckiem do fazy bycia dorosłym trwa krótko, a dokonujące się zmiany są ogromne. Zmienia się ciało, pojawia się zdolność do funkcji prokreacyjnych i na tym tle budzą się potrzeby seksualne oraz wzrastają potrzeby emocjonalne. Zwiększają się obowiązki związane z edukacją. Pojawiają się silne potrzeby poznawcze i związane z określeniem własnej tożsamości. To powoduje, że młodzież w tym okresie jest szczególnie podatna na ryzykowne dla zdrowia zachowania.

¹⁰ Warto wspomnieć o monitorowaniu niektórych wskaźników zdrowia dzieci i czynnikach ryzyka, prowadzonym w ramach aktywności związanych z Narodowym Programem Zdrowia.

¹¹ Europejskie badania ubóstwa dzieci od wielu lat wskazywały Polskę jako kraj o stosunkowo wysokiej stopie ubóstwa w tej najmłodszej grupie ludności w porównaniu ze wskaźnikami przeciętnymi dla całej populacji [European Commission 2008]. Natomiast badania UNICEF, realizowane w ramach specjalnego monitoringu dla krajów postkomunistycznych, wskazują na znacznie lepszą poprawę w Polsce w porównaniu z biedniejszymi krajami regionu CEE i CIS (UNICEF 2009).

wania oraz „wchodzenie” w nowe sfery życia, nie zawsze bezpieczne dla jej korzystnego rozwoju w przyszłości.

Istotnym źródłem danych o zachowaniach zdrowotnych młodzieży w wieku dojrzwania są międzynarodowe badania przeglądowe „Zachowania zdrowotne dzieci w wieku szkolnym” [*Health Behaviour in School-aged Children* – WHO 2008], znane ze skrótu: HBSC¹².

Obraz zagrożeń zdrowia wśród młodzieży w Polsce nie odbiega istotnie od przeciętnego obrazu dla krajów europejskich, ale odbiega znacznie od krajów europejskiej czołówki, do której należą kraje skandynawskie. Główne zagrożenia wynikają z tzw. przyczyn zewnętrznych i mają charakter zagrożeń środowiskowych. Polska młodzież na dużą skalę ulega wypadkom i urazom, przyczyniającym się do śmierci lub kalectwa. Jest to najczęstsza przyczyna zgonów. Wskaźnik umieralności w wieku 15-19 lat na 100 tys. osób w tym wieku z powodów zewnętrznych jest szczególnie wysoki w krajach byłego Związku Radzieckiego, na czele z Rosją i krajami bałtyckimi. Dominują tu wypadki komunikacyjne, wypadki w szkole (często na zajęciach sportowych) oraz bójki.

Jedną z zewnętrznych przyczyn zgonów młodych ludzi, niezwykle bolesną, są samobójstwa. Popołniają je częściej chłopcy niż dziewczęta. W krajach postkomunistycznych samobójstwa młodych mężczyzn zdarzają się częściej niż w krajach starej Europy (z wyjątkiem Finlandii). Wskaźnik samobójstw chłopców w wieku 15-19 lat, w przeliczeniu na 100 tys. osób w tym wieku, jest w Polsce w dłuższym okresie niezmienny, kształtuje się na relatywnie wysokim poziomie (15 przypadków). Spośród nowych krajów członkowskich UE tylko na Litwie (27) oraz w Estonii (20) jest większy niż w Polsce [Menchini, Marnie and Tiberti 2009].

Jak wynika z badań HBSC, 15-latkowie w Polsce znacznie rzadziej uczestniczą w bójkach, które przynoszą im szkody zdrowotne, niż młodzież w innych krajach europejskich. Natomiast częściej zdarza się chłopcom pobić innych w szkole i w tym rankingu sytuują się ponad wskaźnikami przeciętnymi (18% wobec 12%). Polskie badania sugerują wzrost agresywnych zachowań wśród dziewcząt [Rada Monitoringu Społecznego - Diagnoza Społeczna 2007], nazwanych męskimi zachowaniami młodych kobiet. Wyjaśnia się je z jednej strony dosłownym rozumieniem równouprawnienia płci, a z drugiej – zaniedbaniami wychowawczymi pokolenia transformacji. Ta tendencja nie niweluje istnienia nadal znacznej różnicy między chłopcami i dziewczętami w zachowaniach agresywnych. Chłopcy ciągle zdecydowanie częściej przejawiają zachowania agresywne i stosują przemoc, także wobec dziewcząt.

Wśród innych wskaźników ryzykownych zachowań zdrowotnych, wartość wyższą niż przeciętnie w krajach UE ma wskaźnik sięgania po marihuanę. Narkotyki są obecnie coraz częściej dostępne na młodzieżowych imprezach i bywają zażywane w grupach. Pojawiać zaczęły się w szkole, oferowane przez

¹² Badania te prowadzone są także w Polsce, począwszy od 2006 r. Polskim wykonawcą tych badań jest zespół kierowany przez Joannę Mazur z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

dilerów pod szkołą. Problem zażywania narkotyków przez młodzież stał się palący, a jednocześnie wystąpiły znaczne kontrowersje co do sposobów jego zwalczania; od prohibicji i ostrych kar więzienia do legalizacji tzw. narkotyków miękkich.

Inicjacja alkoholowa i palenie papierosów nie wyróżnia negatywnie polskiej młodzieży na tle wskaźników dla innych krajów UE. Relatywnie niekorzystnie dla Polski wygląda wskaźnik pierwszego upicia się w wieku 13-14 lat [ESPAD 2007] i przy tym wysoki udział dziewcząt w tych doświadczeniach. Dane statystyczne o zachowaniach młodzieży starszej wskazują, że sięganie po napoje alkoholowe jest jednak bez mała powszechne, chociaż wskaźniki pochodzące z badań autorskich są zróżnicowane: od 50% do 100% [Binkowska – Bury 2009]. Dotyczy to na ogół piwa i wina, szczególnie wśród młodzieży akademickiej, co łagodzi nieco obraz sytuacji, jako że jeszcze kilkanaście lat temu znacznie częściej sięgano po alkohole mocne.

Informacje o ryzykownych zachowaniach seksualnych młodych ludzi w Polsce są słabe. Wspomniane badania HBSC informują, że w latach 90. znacznie obniżył się wiek inicjacji seksualnej młodzieży. W następnej dekadzie wskaźnik ten rośnie, ale ze względu na zmiany metodologiczne w badaniu nie ma pewności, że tendencja ta rzeczywiście występuje. Zmniejszenie się wskaźników występowania wczesnych doświadczeń seksualnych kojarzone jest z oddziaływaniem szkolnego programu „wychowanie do życia w rodzinie” na wzrost wstrzemięźliwości seksualnej uczniów [Grzelak 2009, s. 140].

Istotnym czynnikiem zagrożenia zdrowia jest nieprawidłowe odżywianie się. To, jak w tej dziedzinie zachowuje się młodzież, zależy nie tylko od nawyków żywieniowych w domu, ale także od oferty żywieniowej w szkole oraz w innych miejscach, z których korzystają uczniowie i studenci. Ta oferta w ciągu ostatnich lat uległa istotnemu wzbogaceniu i zróżnicowaniu, ale jej korzystne efekty zdrowotne nie są oczywiste. Nastąpiło bowiem nadmierne korzystanie z jedzenia typu fast-food, powszechne spożywanie przekąsek (często zamiast regularnego posiłku) bogatych w cukry i tłuszcze oraz nagminne sięganie po słodkie napoje, dostępne wszędzie, także w szkolnych kioskach. Równoległe zaniedbaniu uległ zwyczaj codziennego spożywania pierwszego śniadania w domu i zabierania drugiego śniadania do szkoły. Badania warszawskie prowadzone w długim okresie dowodzą, że spożywanie drugiego śniadania przez uczniów systematycznie maleje [Wajszczyk 2008].

Istotny wpływ na zdrowie mają także inne wskaźniki stylu życia, a wśród nich wskaźniki aktywności fizycznej. Młodzież uprawiająca sport i systematycznie zażywająca ruchu zachowuje się także prozdrowotnie w dziedzinie odżywiania się i rzadziej sięga po używki [Binkowska-Bury 2009]. Z cytowanych już badań HBSC wynika, że polska młodzież jest generalnie mało aktywna fizycznie. Wśród 15-latków ćwiczenia fizyczne przez co najmniej 1 godzinę dziennie uprawiało 21% badanych chłopców oraz tylko 10% dziewcząt. Uprawianie sportu i zażywanie ruchu jest ściśle zależne od poziomu dobrobytu rodziny. W rodzinach zamożniejszych znacznie częściej przywiązuje się doń wagę. Gdy infrastruktura aktywności fizycznej jest nierozwinięta i/lub dla biedniejszych dzieci niedostępna, to w rezultacie uzyskuje się niekorzystną dla społecznego

rozwoju korelację. Inna prawidłowość polega na zmniejszaniu się aktywności fizycznej wraz z wiekiem, na co ma wpływ także niedorozwój urządzeń sportowo-rekreacyjnych na polskich uczelniach.

Rewersem dla wskaźników niskiej aktywności fizycznej młodzieży są wysokie wskaźniki oglądania telewizji. Więcej niż 2 godziny dziennie w ciągu tygodnia przed telewizorem spędzało 69% badanych chłopców oraz 64% dziewcząt z Polski. Im rodzina była mniej zamożna, tym częściej młodzi ludzie spędzali czas na oglądaniu telewizji [WHO HBSC 2008]. Ta prawidłowość przenosi się na różnice między krajami w Europie. Młodzież z biedniejszego regionu Europy Środkowej i Wschodniej częściej spędza czas przed telewizorem i komputerem niż młodzież z krajów Europy Zachodniej.

Syntetycznym wskaźnikiem odzwierciedlającym wady odżywiania się oraz słabą aktywność fizyczną jest wskaźnik otyłości. Stanowi on czynnik podwyższonego ryzyka epidemiologicznego¹³. Badania porównawcze wskazują, że ryzyko to dynamicznie rośnie, szczególnie w młodszych grupach wiekowych, ale przeciętna sytuacja nie jest tak dramatyczna jak w niektórych bogatszych krajach europejskich. Ciągłe jeszcze niedowaga, a nawet niedożywienie występuje w podobnej skali jak otyłość. Niedowaga dotyczy szczególnie dziewcząt, mimo że są one znacznie mniej aktywne fizycznie niż chłopcy. Jako że duże znaczenie ma dla nich motywacja związana z estetyką ciała, to niską wagę uzyskują one także przez niedojadanie. Z tego powodu wpadają w choroby typu anoreksja i bulimia. Badania wśród 18-letnich uczennic wskazały, że poważnym czynnikiem zagrożenia tymi chorobami jest nie tylko wadliwe odżywianie się, ale również brak akceptacji dla własnego ciała, niezależnie od tego, że jego parametry mogą być medycznie prawidłowe [Lwow, Dunajska, Milewicz 2007]. Duży wpływ na takie podejście mają media i kult sylwetki modelki.

Wśród zagrożeń zdrowia młodzieży coraz większą rolę odgrywają czynniki środowiskowe. Ich negatywny wpływ może zniwelować rodzina, z wykształconymi i świadomymi zdrowotnie rodzicami, a także dochody i czas, jaki rodzice mogą poświęcić swym nastoletnim dzieciom, dobrze się z nimi komunikując. Wiadomo jednak, że młodzież, także ta z tzw. dobrych rodzin, przebywa coraz częściej i dłużej w otoczeniu zewnętrznym i w szkole. Od tego, czy warunki zewnętrzne są bezpieczne, jaka jest infrastruktura, jakie pod względem zdrowotnym usługi są oferowane, jakie wzorce promowane, jaka atmosfera dominiuje (przyjazna czy stres), w zasadniczym stopniu zależy zdrowie młodych ludzi i to nie tylko w okresie młodzieńczym, ale także później.

Inwestycja w zdrowie wymaga więc znacznie większych inwestycji w zdrowe otoczenie młodzieży niż to dotychczas ma miejsce w Polsce. Braki bezpiecznej i dostosowanej dla potrzeb młodzieży infrastruktury, brak edukacji zdrowotnej w szkole, brak kontroli oferowanych młodzieży produktów i usług, ograniczony dostęp do opieki i doradztwa lekarskiego w szkole, uderza głównie

¹³ Ogólnopolskie badania przeprowadzone przez Centrum Zdrowia Dziecka w ramach projektu OLAF pokazują, iż 18% chłopców i 14% dziewcząt w wieku od 7 do 18 lat jest otyłych [Pilonis 2010].

w dzieci rodziców niezamożnych i słabiej wykształconych, przyczyniając się do kumulacji niekorzystnych czynników w ich rozwoju.

Zagrożenia rozwoju młodzieży stały się przedmiotem uwagi i analiz w Komisji Europejskiej. Opracowane zostały propozycje wskaźników monitorowania sytuacji młodzieży w krajach europejskich [European Commission 2009] i powstał pierwszy raport na ten temat [European Commission 2009]. We współpracy z Radą Europy opracowano też propozycję (podręcznik) prowadzenia europejskiej strategii polityki społecznej wobec młodzieży [Denstad 2009] i opracowano takie strategie; początkowo na krótszy okres (do 2012 r.), a następnie z horyzontem do 2018 r., realizowane metodą otwartej koordynacji (OMC). Jest to instrumentarium „miękkie”, co nie gwarantuje odpowiedniego priorytetu w krajach członkowskich.

Sprawy zdrowia w europejskiej polityce wobec młodzieży są obecne wraz z ogólnymi wskaźnikami dobrostanu i łączone ze sportem. Zwraca się uwagę szczególnie na różne rodzaje tzw. ryzyka zdrowia, do których należy palenie papierosów, sięganie po alkohol oraz narkotyki, agresywne zachowania i wypadki. Natomiast na czele listy priorytetów polityki europejskiej usytuowane są przede wszystkim zagadnienia edukacji, podejmowania pracy oraz aktywnej partycypacji obywatelskiej.

W Polsce, pod wpływem aktywności europejskiej, opracowano raport na temat ludzi młodych, który zawiera wiele treści o charakterze socjologicznym, wyjaśniających trudną sytuację młodego pokolenia [Boni, Szafraniec 2011]. Strategicznej koncepcji działań jednak nie przygotowano. Raport wysłany do Komisji Europejskiej w związku z obowiązkami wynikającymi z metody otwartej koordynacji nie ma charakteru strategii. Jest to raczej ogólna informacja o różnych działaniach podejmowanych wobec młodzieży [Krzaklewska 2012].

Zdrowie dorosłych

Po okresie wieloletniego zahamowania wzrostu przeciętnego trwania życia w Polsce¹⁴, w latach 90. wskaźnik ten zaczął się poprawiać. Poprawa ta, związana początkowo głównie ze spadkiem umieralności niemowląt, umocniła się także na skutek spadku umieralności na choroby układu krążenia, stanowiące – obok nowotworów – dominującą przyczynę zgonów. Na spadek umieralności oraz także zapadalności na choroby układu krążenia niebagatelny wpływ miały zmiany stylu życia osób dorosłych [Zatoński i inni 2008]. W szczególności dotyczy to zmniejszania się częstości palenia papierosów, zmniejszenia i zmiany struktury wypijanego alkoholu oraz zmiany diety, w tym ograniczenia spożywania tłuszczów zwierzęcych na rzecz spożywania tłuszczów roślinnych, oraz zwiększenia dostępności owoców i warzyw przez cały rok, a nie wyłącznie sezonowo. Do pierwszej z wymienionych zmian stylu życia przyczyniły się zmia-

¹⁴ Marek Okólski w związku z zahamowaniem poprawy przeciętnego trwania życia w Polsce w wyniku wysokiej nadumieralności mężczyzn, trwającym około dwóch dekad, postawił tezę o anomalii rozwoju demograficznego [Okólski 2004].

ny legislacyjne, stymulowane przez politykę europejską (zakaz palenia w miejscach publicznych, polityka cenowa itp.), ale także lansowanie mody na niepalenie i zdrowy styl życia.

Wśród przyczyn poprawy sytuacji epidemiologicznej w odniesieniu do chorób układu krążenia, a wśród nich szczególnie niedokrwiennej choroby serca, istotne miejsce zajmują korzystne zmiany w kardiologicznej opiece zdrowotnej. Obok zwiększenia dostępu do leków (statyn), bardzo poprawiła się organizacja diagnostyki oraz interwencji medycznej w przypadku zawałów serca. Zdaniem specjalistów [Drygas 2012] szczególne znaczenie w korzystnej polityce zdrowotnej na rzecz zwalczania chorób układu krążenia miały priorytetowe programy ze specjalnym finansowaniem. W latach 1993 – 2001 realizowany był Narodowy Program Ochrony Serca i Naczyń (NPOS), a następnie, od 2003 r. – Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyń POLKARD.

Druga przyczyna umieralności w Polsce (i w innych krajach wysoko i średnio rozwiniętych) – to choroby nowotworowe. Podczas gdy udział chorób serca powoli się zmniejsza, udział nowotworów wciąż rośnie. Tendencje te dotyczą nie tylko udziału, ale także nominalnej liczby przypadków zgonów z danej przyczyny: w okresie 1999-2011 liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia spadła o ponad 6%, podczas gdy z powodu nowotworów wzrosła o niemal 15%. Obie przyczyny odpowiadają za 70% wszystkich zgonów w Polsce.

Na relatywnie wysoką umieralność na nowotwory złośliwe w Polsce wpływa z jednej strony dynamiczne starzenie się populacji, jako że choroby nowotworowe częściej występują w populacji starszej, a z drugiej – ograniczona skuteczność interwencji medycznych. W przypadku chorób nowotworowych niekorzystnym wskaźnikiem dla Polski jest wskaźnik tzw. śmiertelności populacyjnej, będący ilorazem liczby zgonów z powodu danej choroby do liczby nowych zachorowań na tę chorobę w ciągu roku. W Polsce wskaźnik ten w odniesieniu do chorób nowotworowych jest wysoki (ponad 70% i tylko w Rumunii jest wyższy), a co ważniejsze – tempo poprawy jest powolne. Względne szanse przeżycia w chorobach nowotworowych są w Polsce relatywnie niskie, najniższe w Europie [Kozierkiewicz i inni 2011]. W analizach medycznych przyjmuje się, że niski wskaźnik przeżywalności odzwierciedla także niską jakość opieki medycznej w tej dziedzinie.

Wskaźniki umieralności stosowane do oceny statusu zdrowotnego nie ukazują jakości życia tych, co żyją, niekiedy nawet długo dzięki możliwościom nowych technologii medycznych, ale cierpią z powodu dokuczliwych schorzeń lub nie uczestniczą w pełni w głównych nurtach ludzkiego życia z powodu ograniczeń związanych z chorobą.

W czasach współczesnych życie jest mniej zagrożone chorobami śmiertelnymi. Wyjaśnia to teoria przejścia epidemiologicznego, która poszukując wyjaśnienia zmian w umieralności, odwołuje się do przemian stanu zdrowia i profilu chorób oraz ich uwarunkowań społeczno-ekonomicznych [Wróblewska 2009].

W modelu przejścia epidemiologicznego istotną fazą jest dominacja chorób zakaźnych. Poprawa warunków sanitarnych, industrializacja, postęp nauk medycznych, wprowadzenie szczepień ochronnych to jedne z najważniejszych

przyczyn stopniowej utraty znaczenia tych chorób, jako głównej przyczyny zgonów. Ten okres w Polsce przypada na koniec lat 40., lata 50. i początek lat 60.

Następna jest faza wygasania pandemii chorób zakaźnych i dominacji chorób cywilizacyjnych i degeneratywnych. W Polsce okres ten przypada na lata 90., kiedy to wśród przyczyn umieralności zaczęły dominować choroby cywilizacyjne, a szczególnie niedokrwienna choroba serca, która wraz z pozostałymi chorobami układu krążenia jest główną przyczyną zgonów. Na tę fazę nachodzi już faza kolejna – dominacji degeneratywnych chorób przewlekłych, które wprawdzie nie skracają życia, ale przyczyniają się do występowania ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu ludzi oraz do niepełnosprawności.

Zagrożeniem dla dobrej jakości życia i sprawności funkcjonalnej, głównie mobilności, są w Polsce choroby kostno-stawowe i choroby kręgosłupa. Stanowią one podstawową przyczynę postępującej wraz z wiekiem niesprawności. W tej grupie chorób przewlekłych występuje około 200 jednostek chorobowych, do których należą przede wszystkim zapalne choroby reumatyczne oraz choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów obwodowych i osteoporoza. Szczególnym problemem medycznym, społecznym oraz ekonomicznym jest osteoporoza i jej następstwa, prowadzące do trwałej niepełnosprawności [Czerwiński 2011].

Uciążliwą epidemiologicznie chorobą przewlekłą jest cukrzyca, która często prowadzi do powikłań. Ocenia się, że w niedługiej przyszłości około 5% ludności dotkniętych zostanie tą chorobą [Karnafel 2011].

Poważnym zagrożeniem dobrej jakości życia dorosłej populacji są zaburzenia psychiczne. W Polsce nie są one dostatecznie monitorowane i analizowane. Dostępne są informacje o zgłoszeniach do publicznych instytucji opieki psychiatrycznej, zbierane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Dane te wskazują, że poziom zgłoszeń do ambulatoryjnej opieki zdrowia psychicznego ma tendencję rosnącą z przewagą wzrostu zgłoszeń pierwszorazowych. Szacuje się, że około 4% ludności poszukuje w placówkach publicznych porady w zakresie zdrowia psychicznego. Brakuje informacji o zgłoszeniach do instytucji niepublicznych, a wnioskując na podstawie szybkiego rozwoju takich placówek, popyt na porady z zakresu zdrowia psychicznego jest znaczny. Wskazują też na to badania opinii publicznej. Respondenci w cyklicznych (co kilka lat) badaniach CBOS zwracają uwagę na obawy dotyczące ich zdrowia psychicznego. Wprawdzie Polacy zawsze najbardziej obawiają się chorób nowotworowych, następnie zawału serca i AIDS, ale w badanym okresie (1996-2008) udział niepokoju z powodu możliwości wystąpienia choroby psychicznej miał tendencję wzrostową. Wśród przyczyn niepokoju o zdrowie psychiczne respondenci CBOS na pierwszym miejscu stawiali problemy z pracą: bezrobocie, trudności z utrzymaniem pracy, złe traktowanie w pracy, stres z powodu wysokiej intensywności pracy. Następną przyczyną były niepokoje w związku z występowaniem kryzysów w rodzinie, dalej – obawy związane z pojawieniem się uzależnień i biedy. Mniej znaczące ilościowo odpowiedzi wskazywały też na obecnie trudny do zniesienia sposób życia: pośpiech, stałą rywalizację, złe stosunki międzyludzkie i niepewność jutra [CBOS 2008].

Wcześniejsze informacje i analizy na temat występowania zaburzeń psychicznych w Polsce wskazywały, że głównym zagrożeniem zdrowia psychicznego były zaburzenia psychiczne związane z uzależnieniem od alkoholu. Istnieje kilka sygnałów badawczych (np. wspomniane europejskie badanie SHARE oraz EWCS), że problemy ze zdrowiem psychicznym są obecnie związane nie tylko z uzależnieniami, szczególnie od alkoholu. Badania SHARE wskazują na alarmująco duże występowanie w Polsce depresji [Bonneux 2012].

Wysoki poziom odczuwania depresji dotyczy szczególnie osób w tzw. wieku niemobilnym. Trudno jednoznacznie odpowiedzieć, dlaczego ta grupa ludności reprezentuje tak wysoki poziom wskaźnika odczuwania tego zaburzenia, najwyższego w badanych w ramach SHARE krajach europejskich¹⁵. Pewne wskazówki dają wyniki badań krajowych (np. cytowane sondażowe badania CBOS), w których zwraca się uwagę na lęki związane z brakiem pracy i dochodów z pracy, a w wieku 45-50 lat jest to początek tej fazy cyklu życia, w której najczęściej opuszcza się rynek pracy, pustoszeje gniazdo rodzinne (nierzadko na skutek emigracji dzieci jest to bardziej radykalne), pojawiają się ograniczenia w dostępie do lekarza, gdy potrzeby zdrowotne są większe. Antonina Ostrowska [2012] wiąże to też ze zmianami ustrojowymi i trudnościami dostosowania do mechanizmów gospodarki rynkowej, podobnie jak wcześniej Witold Zatoński [1997].

Istnieje też wiele sugestii, że źródłem wysokiego poziomu stresu są obecnie trudne warunki i stosunki pracy, które wpływają na duży koszt psychiczny [np. Hryniewicz 2007]. Potwierdzają to również wyniki europejskich badań warunków pracy [Eurofound EWCS-2012], które mówią o wysokim ryzyku zagrożenia zdrowia psychicznego w pracy. Generalnie w krajach europejskich zagrożenie to jest większe wśród pracowników z niskimi kwalifikacjami oraz pracujących w rolnictwie, a w przekroju płci bardziej dotyczy kobiet niż mężczyzn.

Istotnym czynnikiem w ocenach stanu zdrowia populacji jest sprawność mierzona testami funkcjonalności (ADL oraz IADL). Wyniki badań europejskich oraz krajowych wskazują, że skala niepełnosprawności jest w Polsce znaczna, a jednocześnie świadomość związanych z tym problemów została istotnie zaburzona. Wynika to głównie ze stosowania tzw. prawnej definicji niepełnosprawności jako podstawowego wskaźnika występowania tego zjawiska w Polsce. Definicja prawna polega na zaliczaniu do osób niepełnosprawnych tylko tych, które posiadają orzeczenie lekarskie o długookresowej niezdolności do pracy czy orzeczenie o niepełnosprawności. Jako że orzeczenie lekarskie związane jest z uzyskaniem prawa do świadczenia (głównie rentowego), to wprowadzane zmiany do instytucji ubezpieczeniowych, ukierunkowane na oszczędności w wydatkach na renty, doprowadziły do znacznego spadku liczby świadczeniobiorców. Przyjmowane jest to jako zmniejszanie się zjawiska niepełnosprawności w Polsce. Tymczasem zjawisko tzw. niepełnosprawności funkcjonalnej,

¹⁵ W badaniach tych nie uczestniczą nowe kraje członkowskie poza Polską i Czechami, co sytuuje Polskę niekorzystnie. Włączenie pozostałych nowych krajów członkowskich spowodowałoby prawdopodobnie przesunięcie Polski na korzystniejszą pozycję pod względem występowania zaburzeń psychicznych.

identyfikowanej za pomocą standardowych testów (ADL oraz IADL), wskazuje na tendencję przeciwną – wzrost liczby osób z niepełnosprawnością, szczególnie wśród populacji w wieku produkcyjnym niemobilnym oraz starszym¹⁶.

Wśród determinant niepełnosprawności w Polsce istotne miejsce zajmują konsekwencje chorób układu krążenia, chorób neurologicznych, zaburzeń psychicznych oraz skutki wysokiej wypadkowości, urazów i uzależnień. Wypadki mają związek ze złą infrastrukturą drogową, niedostatecznymi regulacjami i nieskuteczną kontrolą w tym zakresie. Z kolei ryzyko zaburzeń psychicznych jako przyczyny niepełnosprawności kojarzone jest z gorszymi warunkami i stóskami w pracy [Eurofund EWCS 2012].

Zdrowie osób starszych

Naturalnie gorsze zdrowie w starszym wieku, którego granice określa się obecnie na 65 lat, związane jest ze starzeniem się organizmu. Proces starzenia się może jednak przebiegać w sposób zróżnicowany: (a) w formie korzystnej, kiedy proces starzenia się jest zneutralizowany i przebiega wolniej, a pogorszenie występuje w ostatniej fazie życia i jest krótkie (kompresja), (b) w formie łagodnej, z odczuwalnymi deficytami, ale bez patologii, i (c) w formie patologicznej, kiedy upośledzenie wielu funkcji życiowych organizmu postępuje szybko oraz występuje tzw. polipatologia (współwystępowanie licznych jednostek chorobowych) [Maniecka-Bryła, Drygas 2004].

Podstawowy problem zdrowia populacji osób starszych związany jest przede wszystkim z gorszym funkcjonowaniem narządów zmysłów (głównie słuchu i wzroku), oraz innych ważnych narządów w sprawnym funkcjonowaniu organizmu (utrata użębień, osłabienie mięśni, zmniejszenie wydzielania hormonów, pogorszenie metabolizmu i przewodnictwa nerwowego itd.). Do tego dochodzą choroby przewlekłe: choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca, schorzenia kostno-stawowe, zespoły otępienne, depresja, bezsenność. Medycyna jest często bezsilna wobec chorób zwyrodnieniowych i miażdżycy. Choroby przewlekłe charakteryzują się długotrwałością, pogorszeniem sprawności, a z czasem – uzależnieniem od pomocy i opieki i prowadzą do niekorzystnych następstw psychologicznych dla osoby chorej i jej otoczenia. Zwiększają znacznie koszty leczenia i stają się problemem współczesnej opieki.

W Polsce mamy do czynienia z wysokimi wskaźnikami chorób przewlekłych i degeneratywnych oraz częstym występowaniem zjawiska wielochorobowości. Choroby przewlekłe pojawiają się już w wieku aktywności zawodowej (tzw. wieku produkcyjnym niemobilnym).

Dostępne dane oraz wyniki badań epidemiologicznych zarówno krajowe¹⁷, jak i międzynarodowe dowodzą, że stan zdrowia starszej populacji w Pol-

¹⁶ Nota bene starsze osoby niepełnosprawne, pobierające świadczenia emerytalne, nie są identyfikowane jako niepełnosprawne, ponieważ nie pobierają świadczeń rentowych. Szersze badania na temat problemów orzecznictwa lekarskiego w Polsce prowadzono w IPiSS [Golinowska 2012].

sce w porównaniu ze wskaźnikami przeciętnymi dla całej ludności jest gorszy niż w większości krajów europejskich. Ta większa różnica dowodzi tego, że ogólna poprawa stanu zdrowia w Polsce w znacznie mniejszym stopniu objęła ludzi starszych. W wyjaśnieniu tego zjawiska akcentuje się różne czynniki sprawcze. W pierwszym rzędzie to, że czynniki poprawiające stan zdrowia młodszej populacji, takie jak zmiana stylu życia na zdrowszy, zmiana diety i wzrost kultury zdrowotnej nie wystąpiły w takim samym stopniu w populacji starszej; mniej wykształconej, z wiejskimi korzeniami i przywiązanej do tradycyjnej kultury życia.

Po drugie – starsza populacja dotknięta była wcześniej „kryzysem zdrowotnym” okresu PRL, co szczególnie podkreśla w swych pracach Marek Okólski. Pokolenia powojenne większą część życia spędziły w niekorzystnych warunkach bytowych: w trudnych i złych warunkach pracy i z dużym zanieczyszczeniem środowiska w efekcie przyspieszonej industrializacji (skutkującej występowaniem chorób zawodowych i wysokiej wypadkowości w miejscu pracy), z brakiem dostępu do wielu dóbr konsumpcyjnych oraz dominacją niezdrowego stylu życia: nadmiernym spożyciem mocnych alkoholi, paleniem papierosów i spożywaniem wysokokalorycznej żywności pochodzenia zwierzęcego, mających niekorzystny wpływ na zdrowie.

Inna teza podkreśla wyjątkowo niekorzystny wpływ transformacji ekonomicznej i gwałtownej zmiany warunków życia i pracy (np. niestabilności pracy, ryzyka ubóstwa i rosnących nierówności dochodowych) na zdrowie pokolenia starszego, doświadczającego wyższego poziomu stresu i mniej już zdolnego do adaptacji. Na specyficzne oddziaływanie stresu w różnych grupach ludności zwraca uwagę także Wilkinson w bestsellerowej książce na temat społecznych czynników zdrowia [Wilkinson, Pickett 2011].

Wyjaśnienia gorszego statusu zdrowotnego wśród osób starszych poszukuje się także w gorszej jakości życia kobiet ze względu na ich dominację w populacji starszej i często uciążliwe zdrowotnie skutki potrójnego obciążenia w dorosłym życiu: dorabianie do budżetu domowego, mimo wcześniejszego przechodzenia na emeryturę, oraz opieka nad wnukami i nad rodzicami, będącymi w podeszłym wieku. Na problem niskiego statusu zdrowotnego kobiet w kontekście spełniania przez nie licznych funkcji rodzinnych oraz ekonomicznych w wielu krajach na świecie zwracają uwagę raporty przygotowane w ramach projektów ONZ oraz Banku Światowego.

Gorsza jakość życia osób starszych występuje razem z rozwojem niepełnosprawności funkcjonalnej, ukrywanym pod „korzystnymi” wskaźnikami tzw. niepełnosprawności prawnej (spadającej liczby orzeczeń o niepełnosprawności) oraz ograniczeniami w opiece zdrowotnej i rehabilitacji. Narastający problem niesamodzielności powiększającej się liczby osób starszych występuje wraz z ograniczaniem dostępu do publicznej opieki długoterminowej oraz przemianami rodziny i życia społecznego. Wyniki wspomnianego badania europejskiego

¹⁷ Istotne wzbogacenie informacji o zdrowiu osób starszych przyniosły badania Polsenior [Grodzicki i inni 2012].

COURAGE [Leonardi i inni 2013] dowiodły, że kontakty społeczne nie stanowią dostatecznego wsparcia dla osób starszych w Polsce, mimo że we wcześniejszych fazach życia czynniki te działają raczej korzystnie, podobnie jak w innych krajach.

Choroby przewlekłe i polipatologia pojawiają się w Polsce we wcześniejszej fazie życia i występują razem z ograniczeniem dostępności do specjalistów oraz nieskutecznymi programami prewencji i ograniczeniami medycyny pracy w aktywnych jeszcze okresach życia człowieka.

Proces starzenia się wymaga zmiany kierunków alokacji środków na opiekę zdrowotną, zwiększając istotnie udział nakładów na leczenie chorób przewlekłych i wielochorobowości oraz na rehabilitację, ograniczającą niepełnosprawność związaną ze starzeniem się. Polityka zdrowotna wobec starzenia się populacji nie powinna jednak ograniczać się do polityki zdrowotnej wobec osób starszych. Wymaga ona ukierunkowania na zdrowe starzenie się populacji w całym dorosłym życiu człowieka, co zasadniczo warunkuje dłuższe jego życie w dobrym zdrowiu. W konsekwencji zmniejszyć się może obciążenie całego społeczeństwa skutkami dynamicznego procesu starzenia się w Polsce.

3. Rekomendacje dla polityki społecznej i zdrowotnej

Szeroka koncepcja zdrowia i polityka inwestowania w zdrowie przez ukierunkowanie działań na determinanty zdrowia wymaga nowej polityki zdrowotnej, która miałaby cechy polityki kompleksowej i była polityką zintegrowaną; uwzględniającą różne wymiary zdrowia człowieka (somatyczne, psychiczne, jakość życia), zróżnicowanych adresatów (grupy ludności) w przekroju wieku i cyklu życia oraz różne uwarunkowania i rodzaje ryzyka. Aby taka koncepcja, a następnie strategiczny program mógł być tworzony, monitorowany i systematycznie weryfikowany, wraz ze zmianami sytuacji zdrowotnej, potrzebne jest spełnienie określonych warunków, których wstępna enumeracja zawarta jest poniżej:

- Potrzebne są preferencje dla badań naukowych zorientowanych na zagrożenia zdrowia i sprawności populacji w przyszłości na podstawie rozpoznanych przesłanek demograficznych oraz epidemiologicznych, a także innych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych oraz środowiskowych. Rozpoznanie i modele oceniające wpływ różnych determinant zdrowia, mimo trudności informacyjnych i analitycznych, stanowią obiecujący nurt wzmocnienia argumentów dla bardziej zdecydowanych działań w obszarze polityki zdrowotnej i społecznej na rzecz poprawy zdrowia populacji.
- Wymagana jest poprawa jakości rządzenia generalnie i w odniesieniu do sektora zdrowotnego szczególnie; budowanie i korzystanie z wiarygodnej informacji statystycznej, czerpanie z wyników badań naukowych, stosowanie narzędzi planistycznych i rachunków symulacyjnych, prowadzenie dialogu międzysektorowego i opracowywanie wspólnych programów zamiast formalnych konsultacji.
- Polityka zdrowotna prowadzona w myśl hasła „zdrowie we wszystkich politykach” wymaga zdecydowanego przezwyciężania sektorowego (resor-

towego) traktowania zdrowia i wprowadzenia rozwiązań instytucjonalnych, umożliwiających analizowanie i przewidywanie skutków zdrowotnych poprzez determinanty zdrowia.

- Ze względu na szybkie tempo starzenia się polskiej populacji potrzebne jest programowe promowanie i wdrażanie zasad międzygeneracyjnej solidarności, w której zawiera się troskę o własne (indywidualne) zdrowie i sprawność jako działanie na rzecz młodszych generacji. Zdrowy styl życia oznacza bowiem mniejsze ryzyko ponoszenia kosztów chorób cywilizacyjnych, które obciążają nie tylko osoby dotknięte chorobą, ale wszystkich; zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio. Bezpośrednio – jako ponoszenie podatków i opłat na opiekę i leczenie i pośrednio – jako koszty braku alternatywnego zastosowania, gdyby powstały „oszczędności” z tytułu zmniejszenia wydatków na leczenie chorób, które mogłyby być wydane na inwestycje w zdrowie.
- Potrzebna jest zdecydowana poprawa działalności publicznej na zdecentralizowanych szczeblach administracji, w których gestii leży zdrowie publiczne; budowanie zaplecza informacyjnego i analitycznego dla władzy samorządowej oraz wprowadzanie procedur korzystania z tego, a także określenie zasad współpracy z organizacjami pozarządowymi, stymulujące i sprzyjające uzyskiwaniu wielostronnych, korzystnych tego efektów.
- Zwiększanie zasobów ludzkich dla zdrowia; przez kształcenie kadr medycznych w odpowiedniej skali (bardzo poważny deficyt w Polsce, szczególnie w odniesieniu do specjalności, które powinny być obecnie szczególnie preferowane: pediatrów, geriatrów, onkologów, neurologów i psychiatrów), specjalistów dla zdrowia publicznego oraz pracowników opieki.
- Prowadzenie zintegrowanej opieki socjalnej i zdrowotnej w przedszkolach i szkołach.
- Prowadzenie zintegrowanej opieki zdrowotnej, polityki socjalnej i rynku pracy na szczeblach lokalnych
- Wprowadzanie programów promocji zdrowia dla różnych grup ludności na podstawie zdefiniowanych i mającą określoną skuteczność zdrowotną programów; w szkołach, zakładach pracy i w mediach.

Bibliografia

- Binkowska-Bury M. (2009), *Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Boni M, Szafraniec K. (2012), *Młodzi 2011*, Warszawa: Zespół Doradców Strategicznych Rady Ministrów, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów.
- Bonneux L. (2012), Van der Gaag N. (2012), *The Future of Disability in Poland*, w: *Polityka Społeczna*, numer monograficzny nt. Zdrowie i sprawność starzejącej się populacji, Warszawa: MPiPS/IPiSS.
- Campbell A., Converse P.E., Rodgers W.L. (1976), *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions*, New York: Russell Sage Foundation.

- CBOS (2008), Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego, Komunikat z badań, BS/105/2008.
- Council of the European Union and the representatives of the governments of the member states, meeting within the Council (2010), Resolution on youth work, Brussels 2010/C 327/01, *Official Journal of the European Union* C 327/1.
- Czerwiński E. (2010), *Dekada Kości i Stawów. Blaski i cienie*. Niezależny dodatek tematyczny „Rzeczpospolitej”, nr 5/2010.
- Denstad F. Y. (2009), *Youth Policy Manual. How to Develop a National Youth Strategy*, Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Drygas W. (2012), *Ograniczenia chorobowości i umieralności z powodu chorób układu krążenia*, w: J. Szymborski, *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Erikson R., Uusitalo H. (1987), *The Scandinavian Approach to Welfare Research*. Swedish Institute for Social Research. Reprint Series No. 181. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- ESPAD (2007), *Alcohol and Drug Use Among European 17–18 Year Old Students*, data of the The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe and the authors: Bjoern Hibell, barbro Andersson, Stockholm.
- Eurofound and EWCS (2012), *Fifth European Working Conditions Survey Luxembourg*: Publications Office of the European Union.
- European Commission (2008), *Child Poverty and Well-Being in the EU. Current status and way forward*, Brussels.
- European Commission (2009), *An EU Strategy for Youth – Investing and Empowering*, Brussels.
- European Commission (2009), *A Renewed Open Method of Coordination to Address Youth Challenges and Opportunities*, Brussels: COM (2009) 200 final.
- Eurostat (2009), *Who Dies of what in Europe Before the Age of 65*, „Statistics in Focus” nr 67/2009.
- Gadamer H-G. (2011), *O skrytości zdrowia*, Poznań: Media Rodzina.
- Glatzer W. (2012), *Wolfgang Zapf - Pioneer of Social Indicators Research and Social Reporting*, „Applied Research in Quality of Life” No 7/2012, s. 453-457.
- Golinowska S. (2010), *Podatność młodzieży na ubóstwo i wykluczenie społeczne*, w: *Kultura i Społeczeństwo* 2010, tom LIV, nr 3.
- Golinowska S., Sowa S. (2012), *Zdrowie i sprawność. Przemiany w Polsce*, w: *Polityka Społeczna*, numer monograficzny nt. *Zdrowie i sprawność starzejącej się populacji*, Warszawa: MPiPS/IPiSS.
- Golinowska S. (2012) (red.), *Zdrowotne, społeczne i instytucjonalne determinanty niepełnosprawności*, Warszawa; IPiSS, PFRON.
- Grodzicki T., Mossakowska M. i zespół Polsenior (2012), *Stan zdrowia osób starszych w Polsce* (wyniki badania Polsenior), referat na konferen-

- cję (12.XII. 2012) z okazji podsumowania obchodów Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej, Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Grzelak Sz. (2009), *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce*, Kraków: Wydawnictwo Rubikon.
- GUS (2011), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, Kraków: Urząd Statystyczny w Krakowie.
- Health Development Agency (2004), *Social Capital for Health. Issues of Definition, Measurement and Links to Health*, London: NHS, www.hda.nhs.uk
- Health Canada (2006), *Social Capital and Health: Maximizing the Benefits*, „Health Policy Research Bulletin”, Issue 12/2006.
- Hryniewicz J. T. (2007), *Stosunki pracy w polskich organizacjach*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Karnafel W. (2010), *Cukrzyca chorobą przewlekłą*, ekspertyza przygotowana do Raportu Grupy Roboczej na rzecz innowacji w opiece zdrowotnej 2010. Zwiększanie dostępu do innowacji w ochronie zdrowia w Polsce, Warszawa.
- Kozierkiewicz A., Bochenek T., Gilewski D., Topór-Mądry R. (2011), *Biała Księga zwalczania raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich*, Kraków: Ośrodek Analiz Uniwersyteckich UJ i Polskie Towarzystwo Onkologiczne.
- Krzaklewska E. (2012), *Country Sheet on Youth Policy in Poland*, <http://youth-partnership-eu.coe.int/>
- Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryluk A. (red.) (2010), *Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2003-2004*. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań.
- Leonardi M., Chatterji S., Koskinen S., Ayuso-Mateos J.L., Haro J.M., Frisoni G., Frattura L., Martinuzzi A., Tobiasz-Adamczyk B., Gmurek M., Serrano R., Finocchiaro C. *Determinants of Health and Disability in Ageing Population: The COURAGE in Europe Project*, in: „Clinical Psychology & Psychotherapy” No 24\2013 Jul 24. doi: 10.1002/cpp.1856.
- Lwow F., Dunajska K., Milewicz A. (2007), *Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt*, w: *Endokrynologia, Otyłość, Zaburzenia Przemiany Materii 2007*, tom 3, nr 3, s. 33- 38.
- Mackenbach J.P., Meerding W.J., Kunst A.E. (2007), *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*, European Commission: the Health and Consumer Protection Directorate-General, Brussels.

- Maniecka-Bryła I., Drygas (2004), *Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny*. „Gerontologia Polska” No. 12(4)/2004, s. 172-175.
- Mazur J. (2006), *Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15 – letniej*, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Menchini L., Marnie S., Tiberti L. (2009), *Child Well-Being in Eastern Europe and Central Asia: A Multidimensional Approach*, „Innocenti Working Paper” 20/2009, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- OECD (2011), *Compendium of OECD Well-being Indicators*, Paris.
- OECD (2013), Better Life Index, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/about/better-life-initiative/>
- Okólski M. (2004), *Demografia zmiany społecznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Ostrowska A. (2012), *Zdrowie i zachowania zdrowotne Polaków na początku XXI wieku*, w: P. Sztompka i K. Frysztański (red.) *Polska początku XXI wieku: przemiany kulturowe i cywilizacyjne*, Warszawa: Komitet Nauk Socjologicznych PAN, s. 351-367.
- Pilonis H. (2010), Epidemia otyłości u dzieci, „Służba Zdrowia” 51-58/2010.
- Rada Monitoringu Społecznego (2007), *Diagnoza Społeczna 2007*, niezależne badanie warunków i jakości życia w Polsce, Warszawa.
- Unicef (2009), *Innocenti Social Monitor 2009. Child Well-Being at a Crossroads: Evolving challenges in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*, Florence: Innocenti Research Centre.
- Wajszczyk B., Charzewska J., Chabros E., Rogalska-Niedźwiedz E., Chwojnowska Z., Fabiszewska J. (2008), *Jakościowa ocena żywienia młodzieży w okresie pokwitania*, w: „Problemy Higieny i Epidemiologii” nr 89 (1), s. 85-89.
- White A. (2011), *The State of Man’s Health in Europe*, Brussels: Directorate General for Health and Consumers, European Commission.
- Wilkinson R., Pickett K. (2009), *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, pub: Alan Lane, <http://www.equalitytrust.org.uk>
- World Bank (2002), *Gender in Transition*, in: P. Pacci (ed.), Washington D.C.
- WHO (1998), WHOQOL. User Manual. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2008), *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, Geneva: World Health Organization.
- Wojtyniak B., Goryński P., Moskaiewicz B. (red.) (2012), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* [The health situation of the Polish population and its determinants], Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Wróblewska W., (2009), *Teoria przejścia epidemiologicznego na przełomie wieków*, w: „Studia Demograficzne” Nr 1 (155), Warszawa: SGH.

- Zejda J.E., Kowalska M. (2003), Risk Factors for Asthma in School Children – Results of a Seven-year follow-up, in: „Central European Journal of Public Health” No 11/2003, s. 154-159.
- Zatoński W. (1997), *Czy w demokracji żyje się lepiej? Zmiany umieralności w Polsce po 1988 r.*, Warszawa: Fundacja ‘Promocja Zdrowia
- Zatoński W., Mańczuk M., Sułkowska U. (2008), *Closing the Health Gap in European Union*, at: www.hem.waw.pl
- Zespół Doradców Strategicznych Rady Ministrów (red. M. Boni) (2010), *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.