



# Nierówności w zdrowiu w zależności od czynników społecznych

Adrian Lange<sup>1</sup>, Tomasz Zdrojewski<sup>1</sup>, Paweł Zagożdżon<sup>2</sup>, Piotr Błędowski<sup>3</sup>, Barbara Wizner<sup>5</sup>, Ewa M. Kwiatkowska<sup>6</sup>, Kacper Jagiełło<sup>1</sup>, Bogdan Wojtyniak<sup>4</sup>

- 1. Zakład Prewencji i Dydaktyki, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk;*
- 2. Zakład Higieny i Epidemiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk;*
- 3. Instytut Gospodarstwa Społecznego, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa;*
- 4. Zakład Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa;*
- 5. Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków;*
- 6. Katedra Metod Ilościowych i Zastosowań Informatyki, Akademia Leona Koźmińskiego, Warszawa;*

**Pojęcie nierówności w zdrowiu** opiera się na założeniu, iż nierówności te odzwierciedlają niepotrzebne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia, które uważane są za niesprawiedliwe a jednocześnie ich zmniejszenie stanowi nakaz etyczny, akceptowany przez większość nowoczesnych społeczeństw (WHO, 2011)



Dahlgren and Whitehead, 1991, (tłum. NIZP– PZH)

# Materiał i Metody

- **N = 5 755** (96,1% respondentów).
- Utworzono 7 grup społeczno-ekonomicznych.
- Do klasyfikacji społeczno-ekonomicznej użyto dwóch pytań z wywiadu społeczno-ekonomicznego dot. poziomu wykształcenia oraz sytuacji finansowej w gospodarstwie domowym.
- Oceny zdrowia dokonano na podstawie pytań z wywiadu medycznego.
- Na podstawie ankiety medycznej na potrzeby analiz utworzono katalog ciężkich chorób.

## Grupy społeczno-ekonomiczne użyte do analiz:

**I – grupa seniorów z wykształceniem podstawowym i złą sytuacją ekonomiczną N = 620**



II – grupa seniorów z wykształceniem podstawowym i średnią oraz dobrą sytuacją ekonomiczną N = 1048

III – grupa seniorów z wykształceniem średnim i złą sytuacją ekonomiczną N = 770

IV – grupa seniorów z wykształceniem średnim i średnią sytuacją ekonomiczną N = 1730

V - grupa seniorów z wykształceniem średnim i dobrą sytuacją ekonomiczną N = 584

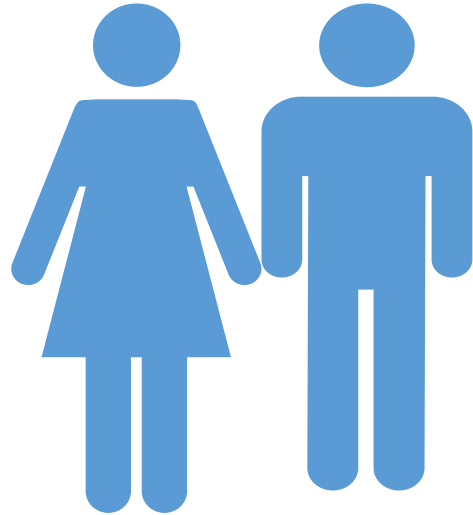
VI- grupa seniorów z wykształceniem wyższym i złą oraz średnią sytuacją ekonomiczną N = 689

**VII – grupa seniorów z wykształceniem wyższym i dobrą sytuacją ekonomiczną N = 314**



# 2 grupy wiekowe kobiet i mężczyzn

60 - 74



75 +



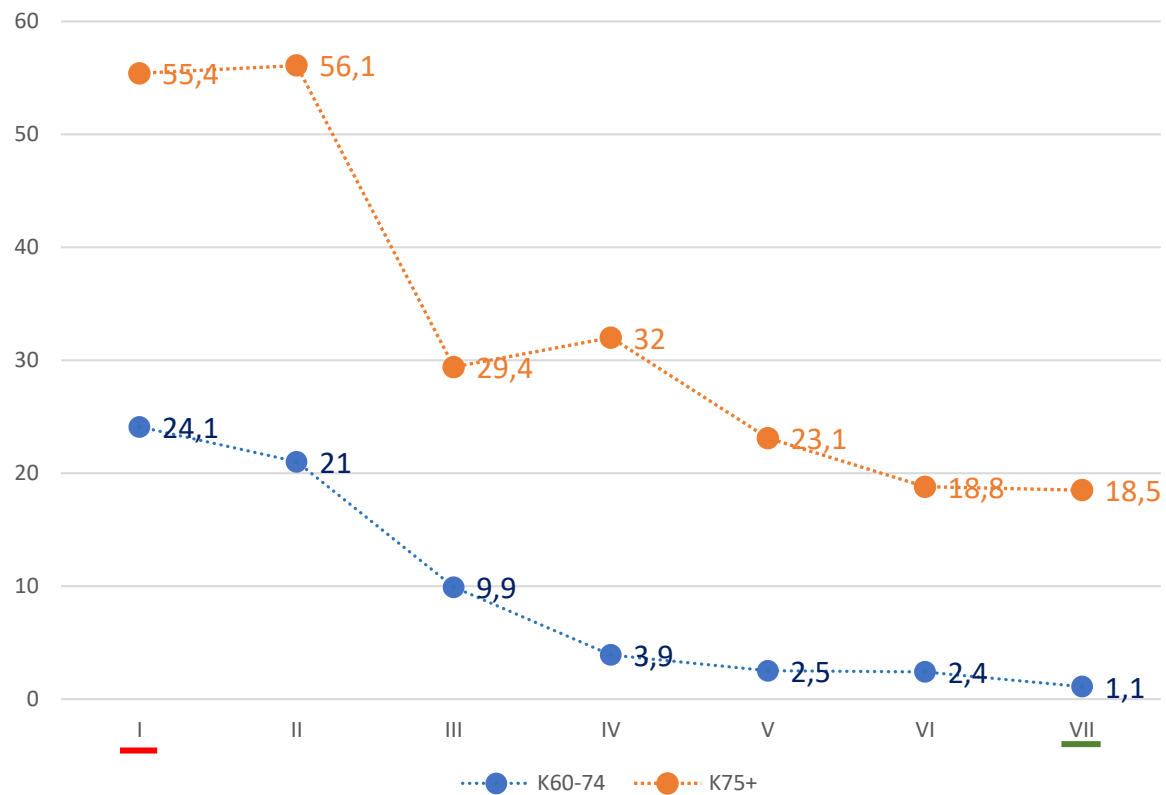
# Wybrane wskaźniki zdrowia

- Ocena rozpowszechnienia objawów otępienia na podstawie MMSE;
- Ocena objawów depresji na podstawie GDS;
- Skala oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL);
- Skala oceny złożonych czynności życia codziennego (IADL);
- Liczba współistniejących ciężkich chorób.

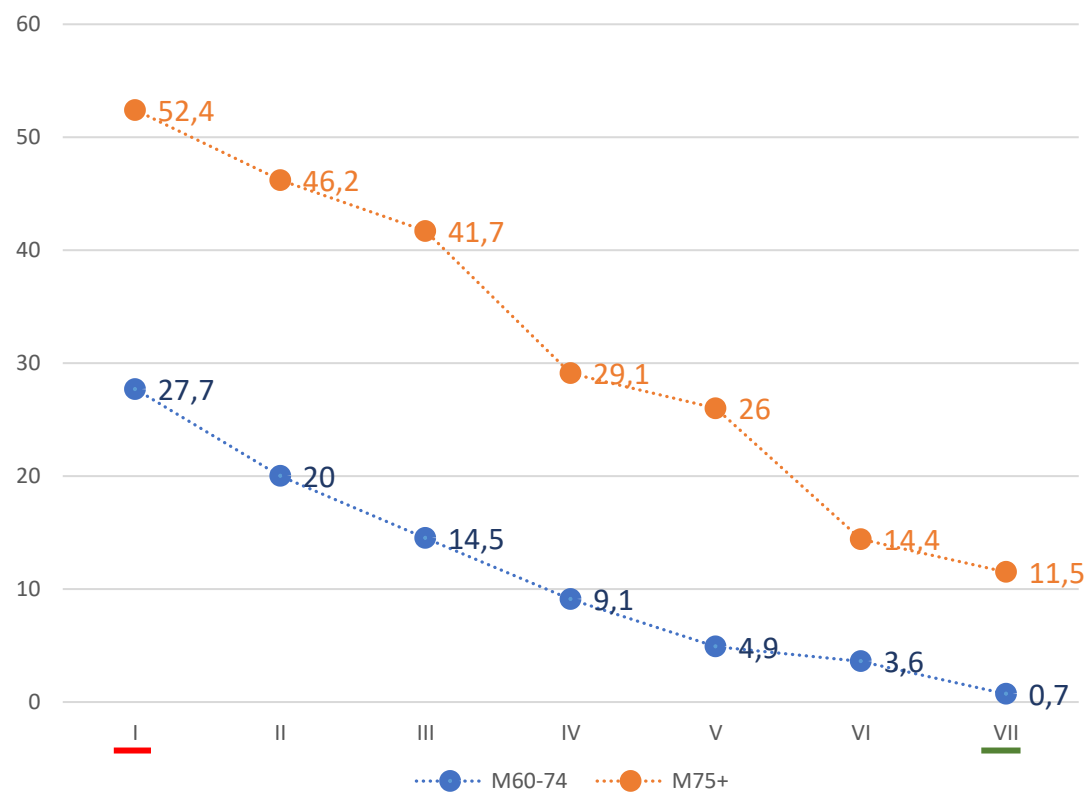


Odsetek osób z objawami otępienia (<24 pkt. w 30 pkt. Krótkiej Skali Oceny Stanu psychicznego MMSE) w zależności od statusu społeczno- ekonomicznego (I-VII) u kobiet i mężczyzn w wieku 60-74 i 75+.

### KOBIETY

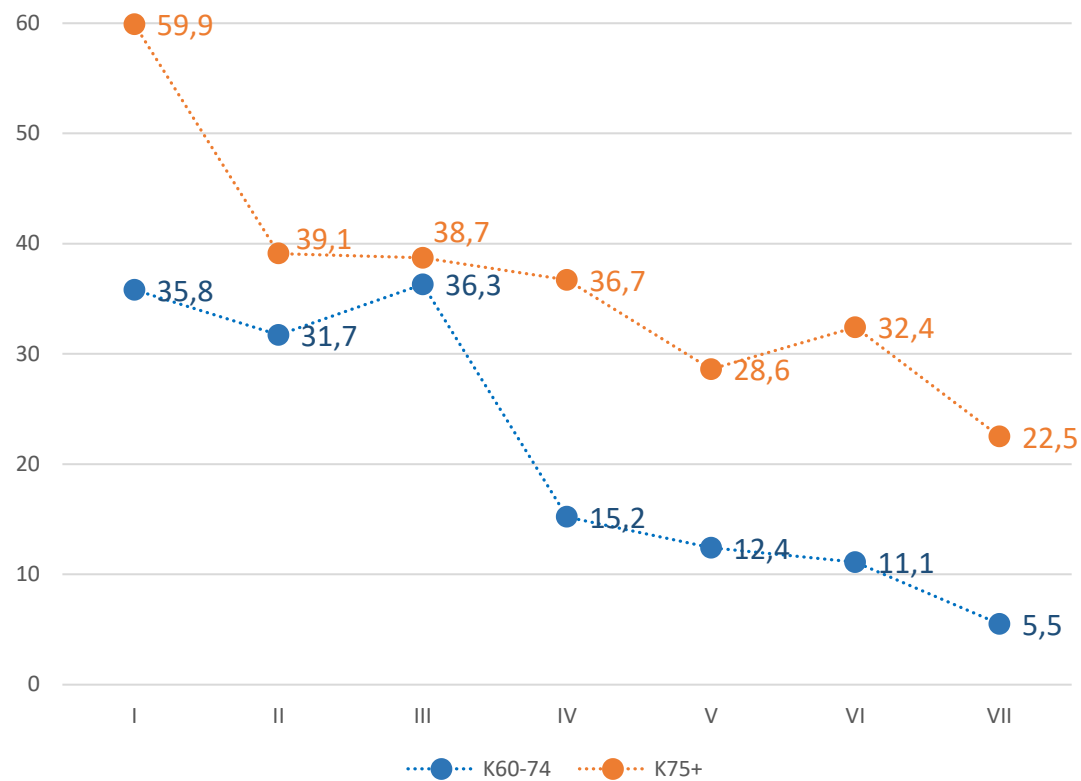


### MĘŻCZYŹNI

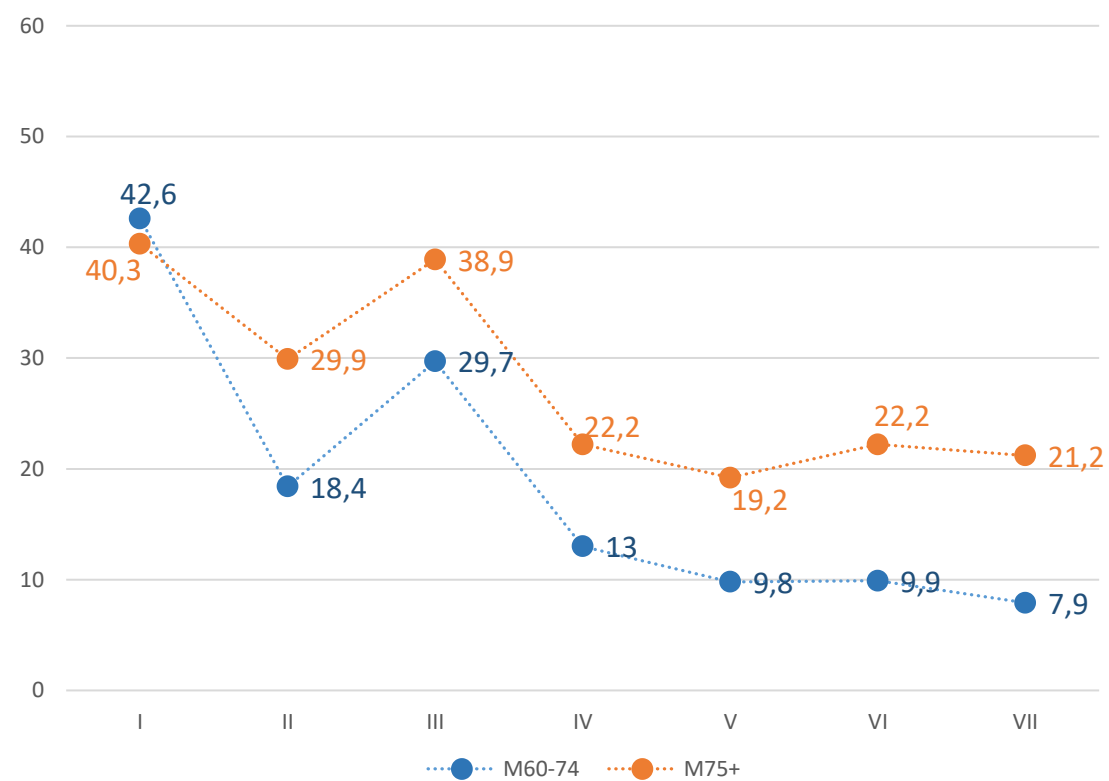


Odsetek osób z objawami depresji ( $\geq 6$  pkt. w 15 pkt. GDS) w zależności od statusu społeczno- ekonomicznego (I-VII) u kobiet i mężczyzn w wieku 60-74 i 75+.

### KOBIETY



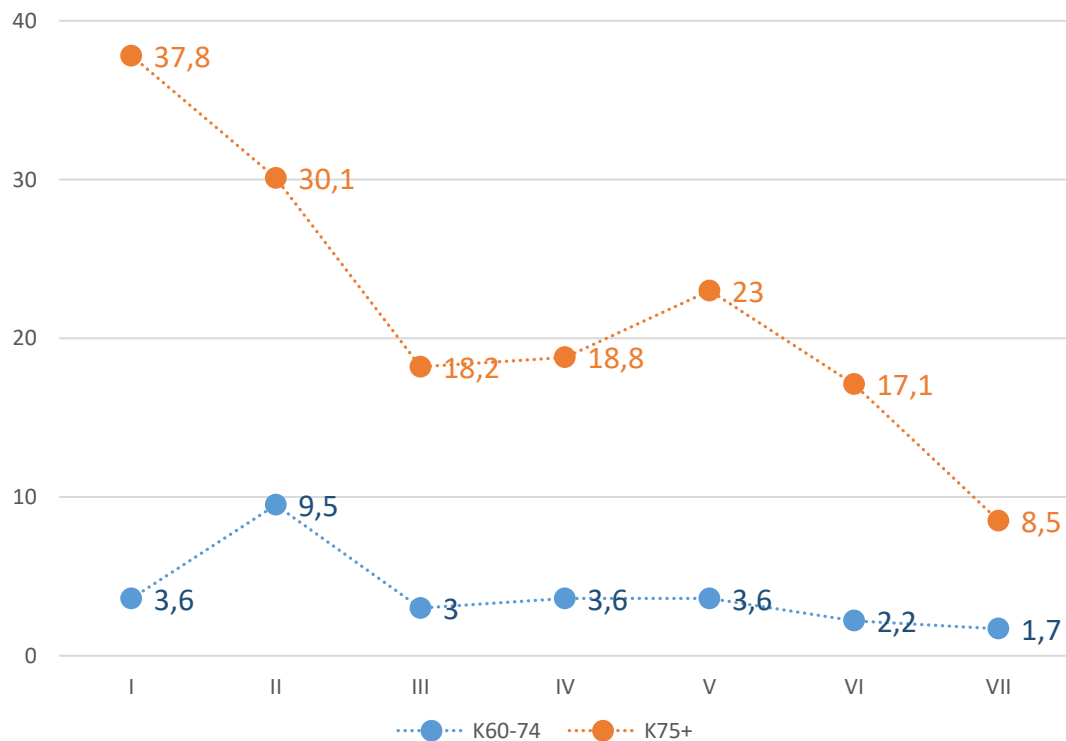
### MĘŻCZYŹNI



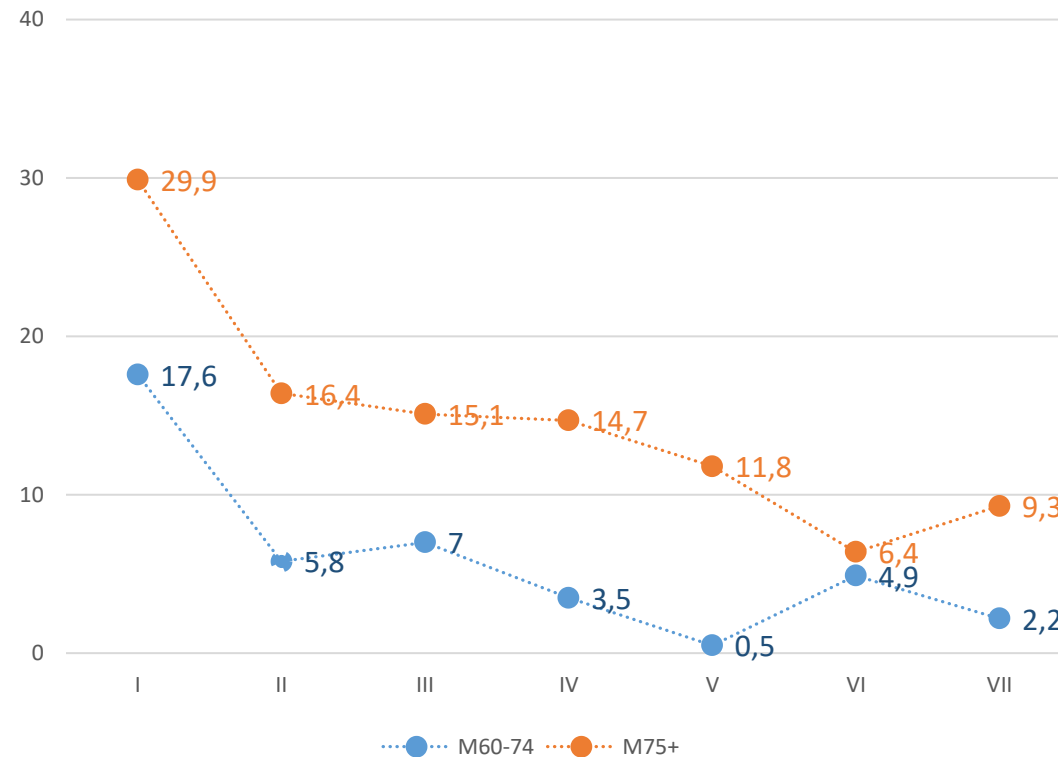


Odsetek osób z niesprawnością ( $\leq 5$  pkt. w 6 pkt. skali ADL - podstawowe czynności dnia codziennego) w zależności od statusu społeczno- ekonomicznego (I-VII) u kobiet i mężczyzn w wieku 60-74 i 75+.

### KOBIETY

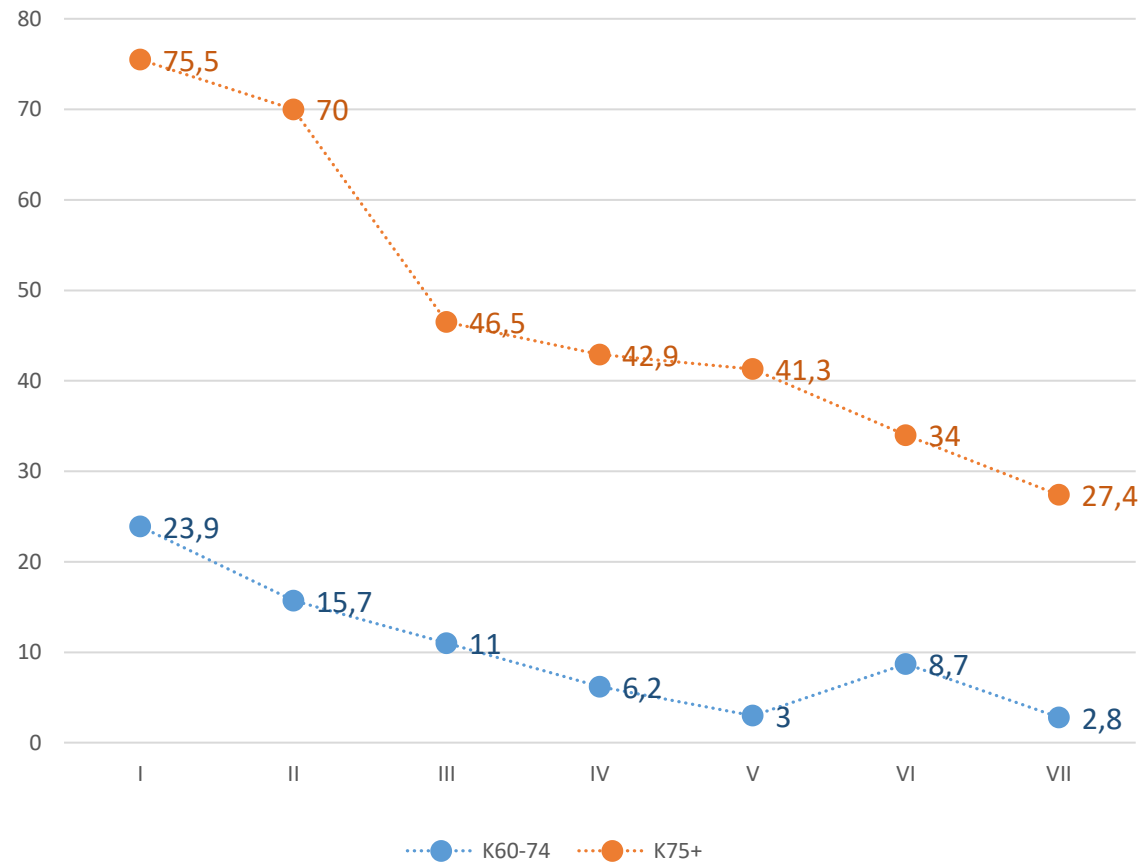


### MĘŻCZYŹNI

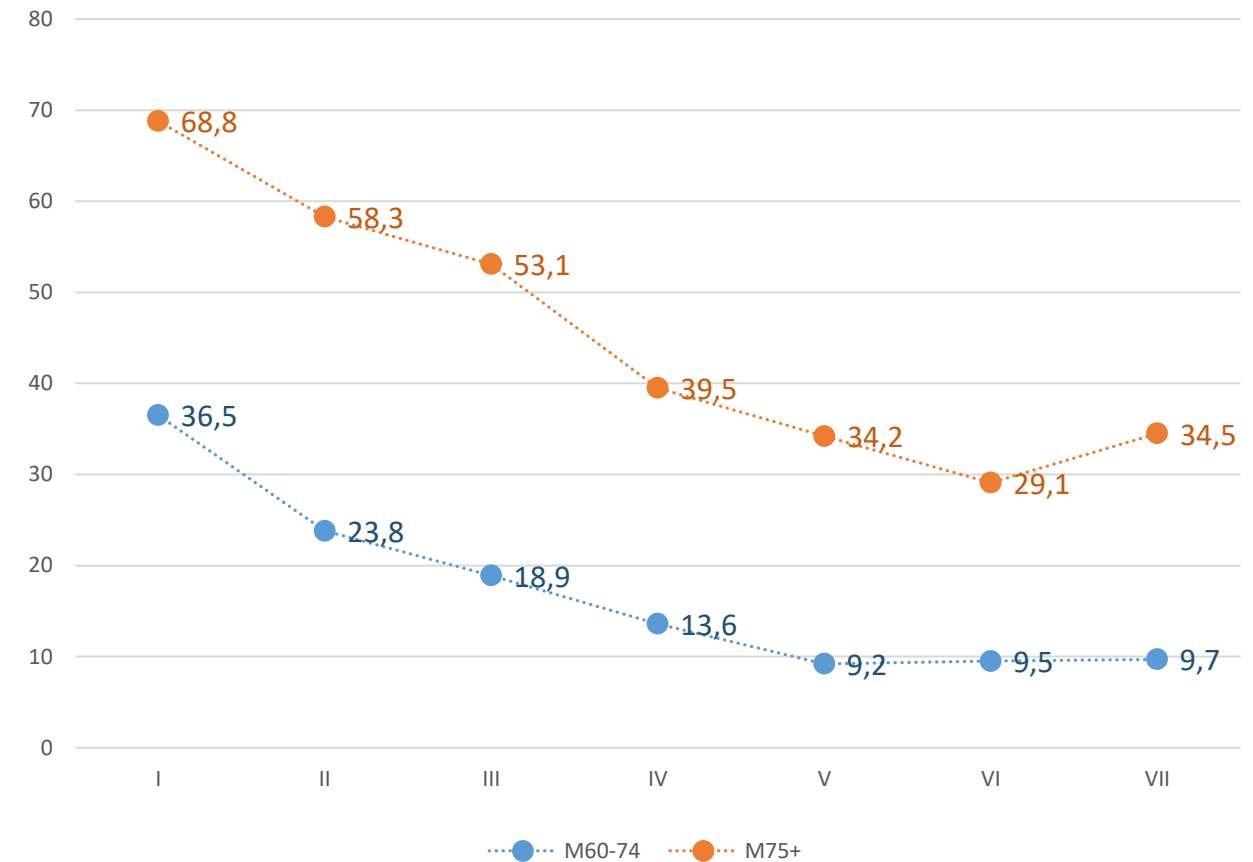


Odsetek osób niesprawnych ( $\leq 23$  w 24 pkt. Skali IADL- złożone czynności dnia codziennego) w zależności od statusu społeczno- ekonomicznego (I-VII) u kobiet i mężczyzn w wieku 60-74 i 75+.

### KOBIETY



### MĘŻCZYŹNI

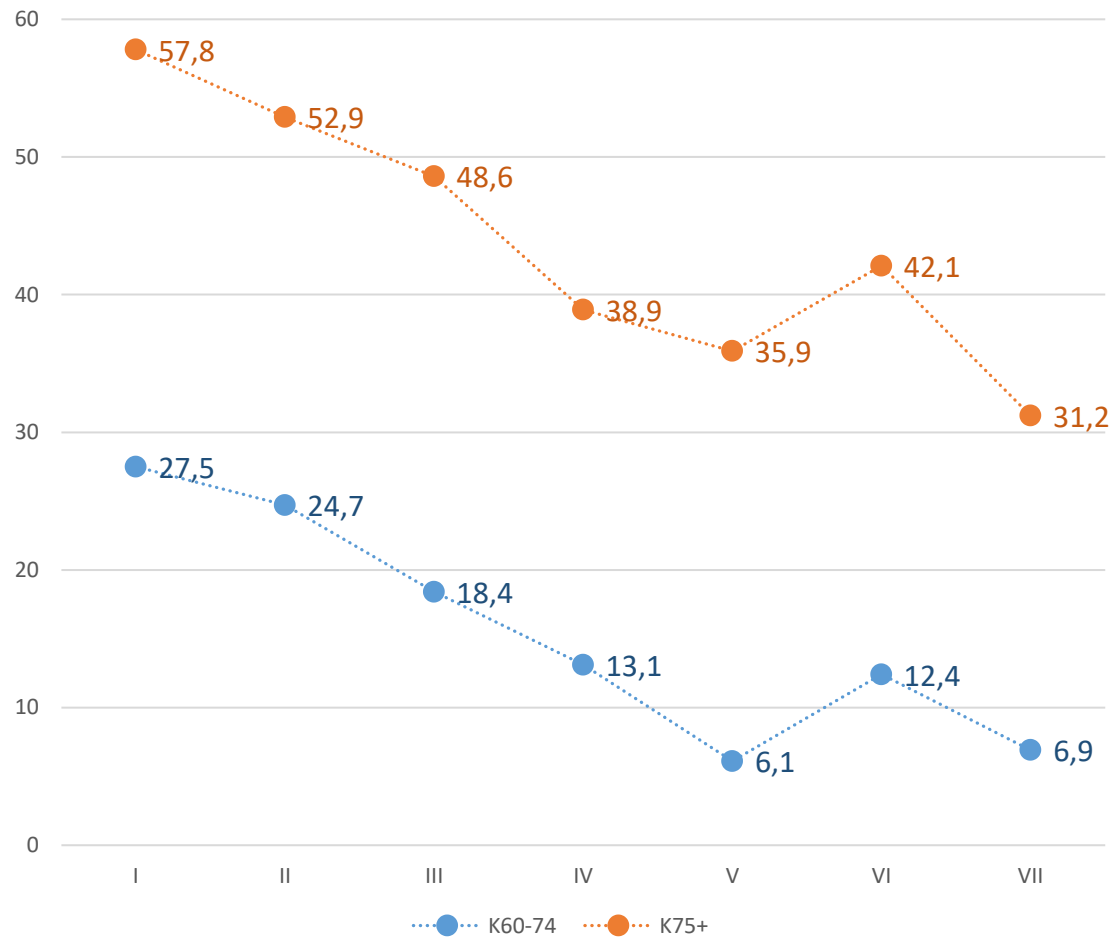


# Katalog chorób ciężkich

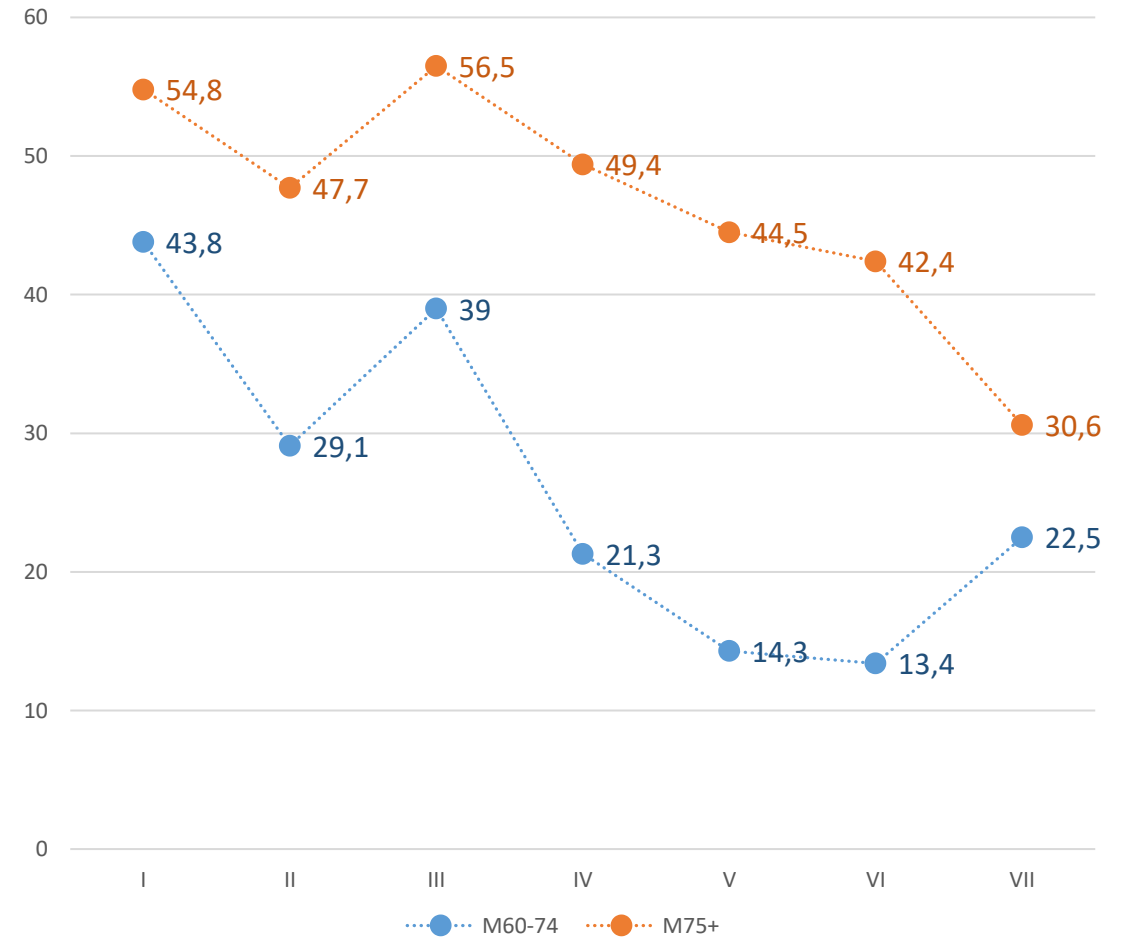
- deklarowane rozpoznanie **nowotworu** złośliwego (rak, mięsak, chłoniak, białaczka);
- deklarowane rozpoznanie **udar mózgu** (krwotocznego i niedokrwienego);
- deklarowany pobyt w szpitalu z powodu **zawału serca**;
- deklarowane rozpoznanie **niewydolności serca**;
- schyłkową **niewydolność nerek** eGFR < 15 oraz osoby **dializowane** lub po **przeszczepie nerki**;
- deklarowane rozpoznanie **cukrzycy** wraz z przynajmniej jednym **powikłaniem**: na podstawie wywiadu- zawał, udar, problemy ze wzrokiem, owrzodzenia lub konieczność amputacji palców stóp lub stopy, na podstawie badań laboratoryjnych- nefropatia cukrzycowa eGFR < 60, wskaźnik albumina/kreatynina ≥ 30;
- **brak** własnych **zębów**;
- ciężkie upośledzenie **widzenia** ( osoby nie będące w stanie czytać i oglądać telewizji) ;
- ciężkie upośledzenie **słuchu**- osoby nic nie słyszące, oraz słyszące tylko pojedyncze słowa wypowiedziane bardzo głośno;
- deklarowane rozpoznanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc ( **POChP**);
- **niedożywienie** ( stwierdzone na podstawie Mini Nutritional Assesment);
- **otępienie** ciężkie ( stwierdzone na podstawie skali MMSE);
- deklarowane rozpoznanie **choroby Parkinsona**;
- ciężka postać **depresji** (stwierdzona na podstawie geriatrycznej skali oceny depresji)

Odsetek występowania dwóch i więcej ciężkich chorób w zależności od statusu społeczno- ekonomicznego (I-VII) u kobiet i mężczyzn w wieku 60-74 i 75+.

### KOBIETY



### MĘŻCZYŹNI





# WNIOSKI I REKOMENDACJE

- **Przeprowadzone analizy wskazują na bardzo duże nierówności w zdrowiu w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego wśród starszych mieszkańców Polski.**
- **Interpretacja danych z uwagi na różnorodność przyjmowanych wskaźników nierówności w zdrowiu w piśmiennictwie wymagać będzie pogłębienia analiz i porównania ich do wyników uzyskanych w projektach w innych krajach**
- **Wydaje się zasadnym stwierdzenie, iż poprawa stanu zdrowia populacji starszych Polaków może zostać osiągnięta również dzięki polepszeniu ich sytuacji społeczno-ekonomicznej i zmniejszeniu liczebności grup o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym.**