

Katarzyna Walentynowicz-Moryl*

POKOLENIOWE UWARUNKOWANIA OCENY STANU ZDROWIA W ŚWIELE BADAŃ PANELOWYCH

Wprowadzenie

Niniejszy artykuł powstał, aby zrealizować dwa podstawowe cele. Po pierwsze, w ramach dalszych analiz prześledzone zostaną przemiany oceny stanu zdrowia przedstawicieli różnych kategorii wiekowych. Po drugie, podjęta zostanie próba udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy można mówić o pokoleniowym uwarunkowaniu oceny stanu zdrowia. Czy raczej na dokonywane oceny mają wpływ czynniki natury społecznej, które warunkują umiejscowienie jednostki w strukturze społecznej? Bardzo dobrym źródłem informacji do tego typu analiz wydają się być dane pochodzące z badań panelowych. Autorka nie zamierza odnosić się do zróżnicowanych definicji pokolenia. Na potrzeby niniejszego artykułu przyjmuje, że można mówić o swoistych pokoleniach Polskiego Surveyu Panelowego POLPAN 1988-2008.

Pojęcie „zdrowia” należy do tych terminów, które dla każdego człowieka powinny być intuicyjnie zrozumiałe. Każdy z nas powinien wiedzieć, co to znaczy „być zdrowym”. „W niezliczonych debatach na temat zdrowia, jakie nieustannie toczą się na całym świecie, nigdzie nie powiedziano wyraźnie, o czym właściwie się mówi; zakłada się, że każdy wie, o co chodzi” (Sokołowska 1980, s. 119). Prawo do definiowania „zdrowia” roszczę sobie przedstawiciele wielu dyscyplin naukowych. Jednak „większość autorów unika dyskusji na temat tego, czym jest zdrowie, uważając to za jedno z trudniejszych przedsięwzięć [...]” (Uramowska-Żyto 2009, s. 65).

Pomimo problemów definicyjnych naukowcy starają się określać stan zdrowia określonych populacji. Wykorzystują do tego najczęściej dwie grupy wskaźników. Do pierwszej z nich zaliczane są dane obiektywne, zawarte w statystykach medycznych, takie jak: przeciętna długość życia, najczęściej występujące choroby, przyczyny zgonów itp. „Druga grupa wskaźników to

*Katarzyna Walentynowicz-Moryl – magister socjologii (2009) i magister opieki i profilaktyki niedostosowania społecznego (2010). Obecnie doktorantka na Wydziale Humanistycznym Uniwersytetu Zielonogórskiego. Zainteresowania badawcze Autorki dotyczą problematyki socjologii zdrowia i choroby; zajmuje się także badaniami przebiegu karier edukacyjnych.

dane oparte na samoocenie – na postrzeganiu swoich dolegliwości i własnego stanu zdrowia, na samoocenie dokonanej przez populację” (Ostrowska 1999, s. 33). Potoczny sposób definiowania pojęcia „zdrowie” charakteryzuje się, tak jak w przypadku ujęć specjalistycznych, dużą różnorodnością. Powierzenie jednostce decyzji o zakwalifikowaniu siebie jako osoby charakteryzującej się „lepszem” bądź „gorszym” samopoczuciem może wydawać się zatem ryzykownym przedsięwzięciem. Wykazano jednak, „że oceny własnego stanu zdrowia, pomimo iż mogą wydawać się zbyt mgliste i subiektywne, aby mogły być użyteczne, to jednak na poziomie populacji zadziwiająco dobrze pokrywają się z bardziej obiektywnymi wskaźnikami” (Blaxter 2009, s. 69). W dalszych analizach wykorzystane zostaną subiektywne wskaźniki oceny stanu zdrowia.

Można jednak zadać pytanie, dlaczego warto jest poświęcać uwagę ocenie stanu zdrowia. „Konsekwencją dokonywanej przez jednostkę subiektywnej oceny stanu zdrowia jest doświadczenie poczucia jego jakości” (Okła, Steuden 2007, s. 7). Jakość życia człowieka związana jest ściśle z jego poczuciem zdrowia. Aby podkreślić ten związek, stworzono pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowiem (Health Related Quality of Life – HRQL). HRQL definiuje się jako „ocenę własnego położenia życiowego dokonywaną w okresie choroby i leczenia, uwzględniającą ich szczególną rolę” (Bidzan 2008, s. 66). Rolę, która w istotny sposób wpływa na fakt określenia przez jednostkę swojego życia jako wartościowego.

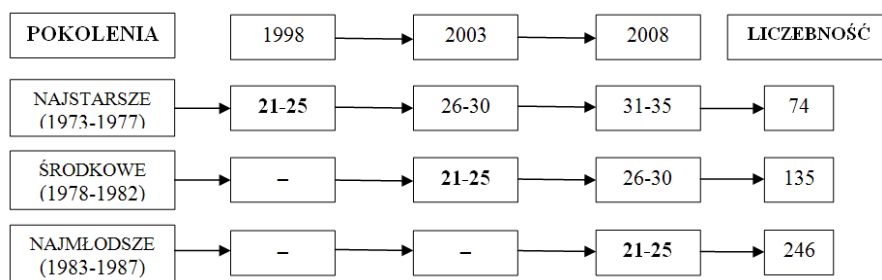
Charakterystyka materiału badawczego

Podstawę dla dalszych rozważań stanowią będą dane pochodzące z Polskiego Surveyu Panelowego POLPAN 1988-2008, realizowanego przez Zespół Porównawczych Analiz Nierówności Społecznych IFiS PAN na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków. Podstawowym celem Polskiego Surveyu Panelowego „jest całościowa charakterystyka struktury społecznej polskiego społeczeństwa, gdzie przez całościową charakterystykę rozumiany jest taki opis, który w nawiązaniu do określonej koncepcji teoretycznej dotyczy nie tylko obiektywnych zróżnicowań społecznych, lecz także obszernej sfery różnorodnych świadomościowych aspektów zróżnicowań” (Słomczyński i in. 2003, 2008, s. 1). W analizie wykorzystane zostaną dane pochodzące z trzech ostatnich tur POLPAN (1998, 2003, 2008). Powodem wyłączenia z analiz wcześniejszych etapów badania był fakt, iż pytanie o ocenę stanu zdrowia nie było podczas ich trwania zadawane respondentom.

Zastosowanie danych pochodzących z Polskiego Surveyu Panelowego wymusza przyjęcie specyficznej perspektywy czasowej, wynikające z pięcioletnich przerw pomiędzy kolejnymi turami POLPAN. Z tego powodu

do każdego nowego pomiaru dołączane są nowo rekrutowane grupy panelistów, w których skład wchodzi respondenci należący do kategorii wiekowych 21-25 lat. W ten sposób każdorazowo zachowana została reprezentatywność próby badawczej. Fakt ten w mniemaniu autorki artykułu upoważnia do traktowania tych kategorii jako swoistych nowych pokoleń POLPAN-u. Pokoleń, które połączyła identyczna droga uczestnictwa w badaniu. W trakcie trzech tur POLPAN-u, które zostały wzięte pod uwagę, można wyróżnić trzy takie nowo powstałe pokolenia.

Aby możliwe było monitorowanie przemian w oceny stanu zdrowia wśród kolejnych pokoleń, konieczne było przyjęcie założenia, że w analizie pod uwagę będą brani tylko ci ich członkowie, którzy w przypadku pokolenia rekrutowanego w 1998 roku uczestniczyli w trzech turach badania (1998, 2003, 2008), w przypadku pokolenia rekrutowanego w 2003 roku w dwóch turach (2003, 2008) oraz w przypadku pokolenia rekrutowanego w 2008 roku w ostatniej turze. Z tego założenia wynika zróżnicowanie liczebności pokoleń – im dłuższe uczestnictwo w panelu, tym większa szansa na zmniejszenie się grupy respondentów tworzących pokolenie.



Rysunek 1. Pokolenia poddane analizie a POLPAN 1998-2008 – momenty dołączania do próby badawczej i liczebność.

Analizowane zmienne

W analizie empirycznej zamieszczonej w niniejszym artykule wykorzystane zostaną następujące zmienne:

1. Ocena stanu zdrowia respondenta – odpowiedź na pytanie: Jak, ogólnie rzecz biorąc, ocenia Pan/Pani swój stan zdrowia w porównaniu ze stanem zdrowia większości osób w Pana/Pani wieku? – zmienna binarna, która przyjmuje wartość 1 w przypadku udzielenia odpowiedzi „lepiej”, 0 w przypadku odpowiedzi „gorzej” – we wszystkich analizach traktowana jako zmienna zależna.

2. Płeć respondentów – zmienna binarna, która przyjmuje wartość 1 dla mężczyzn, 0 w przypadku kobiet.
3. Poziom wykształcenia respondentów – zmienna binarna, wartość 1 przyjmuje dla respondentów, którzy ukończyli studia wyższe, reszta =0.
4. Problemy finansowe respondentów – zmienna binarna, która przyjmuje wartość 1 w przypadku występowania w ciągu ostatnich 12 miesięcy w gospodarstwie domowym respondenta problemów finansowych, 0 w przypadku braku takich problemów.
5. Sytuacja pracy badanych – zmienna binarna, 1=respondent pracujący, 0=inne sytuacje.
6. Pokolenie najstarsze, respondenci, którzy w 1998 roku stanowili najmłodszą, nowo zrekrutowaną kategorię panelistów (21-25 lat) i wzięli także udział w badaniu w 2003 i 2008 roku – zmienna binarna, wykorzystana w analizach dla trzech momentów pomiarowych (1998, 2003, 2008), wartość 1=przynależność do najstarszego pokolenia, 0=pokolenia pozostałe.
7. Pokolenie środkowe, respondenci, którzy w 2003 roku stanowili najmłodszą, nowo zrekrutowaną kategorię panelistów (21-25 lat) i wzięli także udział w badaniu w 2008 roku – zmienna binarna, wykorzystana w analizach dla dwóch momentów pomiarowych (2003, 2008), wartość 1=przynależność do środkowego pokolenia, 0=pokolenia pozostałe.
8. Pokolenie najmłodsze, respondenci, którzy w 2008 roku stanowili najmłodszą, nowo zrekrutowaną kategorię panelistów (21-25 lat) – zmienna binarna, wykorzystana w analizach dla danych z 2008 roku, wartość 1=przynależność do najmłodszego pokolenia, 0=pokolenia pozostałe.

Problemy i hipotezy badawcze

Perspektywa dziesięciu lat i trzech pomiarów pozwoli na przyjrzenie się przemianom oceny stanu zdrowia respondentów, którzy w roku 1998 należeli do najmłodszej kohorty objętej badaniem (pokolenie najmłodsze). Możliwe będzie podjęcie próby udzielenia odpowiedzi na pytanie: Czy wraz z upływem czasu dzielącego kolejne tury badania zmienia się sposób, w jaki przedstawiciele tego pokolenia oceniają swój stan zdrowia? Jeżeli taka zmiana następuje, to w jakim kierunku. Zakładam, że wraz z kolejnymi pomiarami respondenci należący do najstarszego analizowanego pokolenia coraz gorzej

oceniają swój stan zdrowia. Dodatkowo, możliwość wydzielania pokolenia średniego, nowo zrekrutowanego w 2003 i pokolenia najmłodszego, które dołączyło do badania w 2008 umożliwi udzielenie odpowiedzi na pytania, czy trzy analizowane pokolenia, będąc w przedziale wiekowym 21-25 lat w podobny sposób oceniały swój stan zdrowia. Specyfika materiału empirycznego pozwala na uchwycenie tych trzech pokoleń tylko w tym wspólnym momencie cyklu życia. Dla tego przedziału wiekowego można przyjąć hipotezę, że przedstawiciele trzech pokoleń w momencie, gdy mieli 21-25 lat, różnili się w sposobie oceny swojego stanu zdrowia. To przynależność do konkretnego pokolenia i specyfika różnych momentów pomiarowych wpływała na te oceny, a nie wspólny przedział wiekowy, w jakim znajdowali się respondenci.

Posiadanie danych z wcześniejszych pomiarów (1988, 1993) umożliwi dodatkowo prześledzenie, czy w trzech momentach pomiarowych (1998, 2003, 2008) respondenci należący do kategorii 26-30 i 31-35 lat w podobny sposób oceniali swój stan zdrowia. Stanie się to możliwe dzięki dołączeniu wcześniej zrekrutowanych kategorii. Ponownie zostanie zatem zadane pytanie o pokoleniowe zróżnicowanie czy jednak podobieństwo kategorii wiekowych. Interesujące także będzie przeanalizowanie, czy możemy mówić, że w którymś z momentów pomiarowych respondenci lepiej oceniali swój stan zdrowia bez względu na pokolenie i kategorię wiekową, w której się znajdowali oraz, czy któryś z przedziałów wiekowych charakteryzuje się lepszymi ocenami stanu zdrowia. Można założyć, że w tych samych przedziałach wiekowych respondenci oceniali w zróżnicowany sposób swój stan zdrowia, ze względu na pokolenie, do którego należeli i moment pomiarowy. Każdorazowo nowo rekrutowani, najmłodsi paneliści najczęściej oceniali swój stan zdrowia jako lepszy od większości osób w tym samym wieku. Rok, w którym realizowane było badanie nie miał znaczenia dla rozkładu ocen.

Dodatkowo, w niniejszym artykule zostanie przeanalizowany związek pomiędzy oceną stanu zdrowia a płcią, wykształceniem, występowaniem problemów finansowych, sytuacją pracy i przynależnością do wyszczególnionych pokoleń. Udział najstarszego analizowanego pokolenia w trzech turach badania POLPAN umożliwi prześledzenie, czy mamy do czynienia z istotnym związkiem pomiędzy przynależnością do konkretnego pokolenia a oceną stanu zdrowia. Czy silniejszy wpływ na tego typu deklaracje mają zmienne takie jak płeć, wykształcenie, występowanie problemów finansowych czy sytuacja pracy respondentów, czy jednak przynależność pokoleniowa. Dodatkowo, dla potwierdzenia danych uzyskanych dla najstarszego pokolenia dołączone zostaną w poniższych analizach wyniki dla dwóch pozostałych pokoleń – średniego (21-25, 26-30 lat) i najmłodszego (21-25 lat). Na potrzeby

tej analizy można przyjąć hipotezę, iż mamy do czynienia z pokoleniowo uwarunkowaną oceną stanu zdrowia. Zmienna ta ma istotniejszy wpływ na deklaracje respondentów oceniających swój stan zdrowia w porównaniu z większością osób w tym samym wieku niż zmienne określające jego położenie w strukturze społecznej, takie jak poziom wykształcenia, sytuacja pracy i występowanie problemów finansowych.

Analiza danych

Wśród badanych należących do najstarszego analizowanego pokolenia nie można zauważyć istotnej zmiany w ocenie ich własnego stanu zdrowia na przestrzeni dziesięciu lat pomiędzy kolejnymi turami badania POLPAN (tabela 1). W każdym z trzech momentów pomiarowych zdecydowana większość respondentów oceniała swój stan zdrowia jako lepszy od większości osób w podobnym wieku. Jednak ciekawy może wydawać się wzrost odsetka respondentów, którzy w 2003 roku lepiej ocenili swój stan zdrowia w porównaniu z badaniem w 1998 roku oraz zmniejszenie się ilości takich deklaracji w 2008 roku.

Tabela 1

Rozkład procentowy oceny stanu zdrowia przez członków najstarszego analizowanego pokolenia w podziale na trzy tury badania POLPAN (1998, 2003, 2008)

Ocena stanu zdrowia	Pokolenie najstarsze – trzy tury POLPAN		
	21-25(1998)	26-30(2003)	31-35(2008)
Lepszy	75,4	77,8	71,6
Gorszy	24,6	22,2	28,4
Razem	100,0	100,0	100,0

Dane umieszczone w tabeli 2 umożliwiają porównanie rozkładu procentowego ocen stanu zdrowia członków należących do włączonych do analizy pokoleń w trzech kategoriach wiekowych i momentach pomiarowych. Osoby, które w różnych turach badania miały 21-25 lat bardzo podobnie w tym okresie oceniały swój stan zdrowia. Nieco gorzej przedstawiają się tylko oceny nowo zrekrutowanych panelistów z 2008 roku. Perspektywa trzech pomiarów umożliwi tylko uchwycenie trzech pokoleń – najstarszego, średniego i najmłodszego w okresach, w których ich przedstawiciele znajdowali się w przedziale wiekowym 21-25 lat. Dlatego, aby móc porównać oceny stanu zdrowia w kohortach wiekowych 26-30 i 31-35 niezbędne stało się dołączenie do analizy danych dotyczących grup, które w 1988 roku były w przedziale wieku 21-25 – zaprezentowane częstości ich odpowiedzi w 1998 roku (31-35

lat) oraz grupy, która została w 1998 roku już jako grupa 26-30 latków (brak nowo rekrutowanych panelistów w 1993 roku) – zaprezentowane częstości ich odpowiedzi w 1998 (26-30 lat) oraz w 2003 (31-35 lat) (Słomczyński i in., 1998, 2008). Dzięki temu możliwe staje się porównanie za każdym razem trzech pokoleń, które w kolejnych turach badania znajdowały się w tych samych przedziałach wiekowych.

W przypadku respondentów z trzech kolejnych pokoleń w wieku 26-30 i 31-35 lat można zaobserwować podobną tendencję. Zbliżony do siebie odsetek osób oceniających swój stan zdrowia jako lepszy od większości osób w tym samym wieku w 1998 i 2008 roku oraz wzrost zadowolenia badanych ze swojego stanu zdrowia w roku 2003. Generalnie można zatem powiedzieć, że respondenci, którzy znajdują się w przedziale wiekowym 26-30 lat najgorzej oceniają swój stan zdrowia, bez względu na pokolenie, do którego należą. Dodatkowo pomiar w 2003 roku pokazuje, iż był to rok, w którym bez względu na grupę wiekową badani w najwyższym stopniu oceniali swój stan zdrowia jako lepszy od większości osób w podobnym wieku.

Tabela 2

Rozkład procentowy oceny stanu zdrowia przez członków trzech kolejnych pokoleń w podziale na trzy tury badania POLPAN (1998, 2003, 2008).

Ocena stanu zdrowia	Pokolenia – trzy tury POLPAN		
	1998		
	21-25	26-30	31-35
Lepszy	75,4	68,2	75,6
Gorszy	24,6	31,8	24,4
Razem	100,0	100,0	100,0
	2003		
	21-25	26-30	31-35
Lepszy	75,8	77,8	81,3
Gorszy	24,2	22,2	18,7
Razem	100,0	100,0	100,0
	2008		
	21-25	26-30	31-35
Lepszy	70,7	64,8	71,6
Gorszy	29,3	35,2	28,4
Razem	100,0	100,0	100,0

Próbę odpowiedzi na pytanie o związek pomiędzy oceną stanu zdrowia a płcią, wykształceniem, występowaniem problemów finansowych w gospo-

darstwie domowym respondenta, sytuacją pracy i przynależnością pokoleniową rozpoczniemy od analizy korelacji. Na początek przeanalizujemy dane dla najstarszego pokolenia w podziale na trzy momenty pomiarowe (tabela 3). Analizując współczynniki korelacji dla oceny stanu zdrowia respondentów w 1998 roku można zauważyć, że najsilniejszy wpływ na te deklaracje ma sytuacja pracy badanych osób. Identyczną wartość współczynnika eta uzyskuje się dla wykształcenia i występowania w gospodarstwie domowym respondentów problemów finansowych. Związek pomiędzy przynależnością do pokolenia najstarszego (21-25) a oceną stanu zdrowia prezentuje się na podobnym poziomie jak w przypadku płci. W dwóch kolejnych pomiarach (2003 – 26-30, 2008 – 31-35) mamy do czynienia ze zmniejszającą się nieznacznie siłą zależności pomiędzy oceną stanu zdrowia a włączonymi do analizy zmiennymi. Wszystkie zależności, poza związkiem z płcią respondentów, pozostają nadal istotne statystycznie. Sytuacja pracy, występowanie problemów finansowych i poziom wykształcenia badanych w bardzo zbliżonym do siebie stopniu wpływają na typ deklaracji respondentów odnośnie ich stanu zdrowia. Wartości dla zmiennej przynależność do najstarszego pokolenia w 2003, jak i w 2008 roku są na bardzo niskim poziomie.

Tabela 3

Analiza korelacji pomiędzy oceną stanu zdrowia a płcią, wykształceniem, problemami finansowymi, sytuacją pracy i przynależnością respondentów do najstarszego analizowanego pokolenia w podziale na trzy tury badania POLPAN (1998, 2003, 2008)

Zmienne	Ocena stanu zdrowia		
	1998	2003	2008
Płeć	0,081**	0,014	0,069
Wykształcenie	0,182**	0,146**	0,139**
Problemy finansowe	0,182**	0,159**	0,160**
Sytuacja pracy	0,196**	0,164**	0,162**
Pokolenie najstarsze	(0,089**) ^a	(0,068*) ^b	(0,047*) ^c

* $p < 0.10$

** $p < 0.01$

^a – pokolenie najstarsze (21-25)

^b – pokolenie najstarsze (26-30)

^c – pokolenie najstarsze (31-35)

W celu dokładniejszego określenia wpływu płci, wykształcenia, występowania problemów finansowych, sytuacji pracy oraz przynależności do najstarszego analizowanego pokolenia na ocenę stanu zdrowia respondentów

zastosowano procedurę regresji logistycznej (tabela 4). W przypadku modelu z 1998 roku można powiedzieć, że to przynależność do najstarszego pokolenia (21-25) uwzględnionego w analizie najsilniej wpływa na szanse określenia przez respondentów ich stanu zdrowia jako dobrego. Wpływ ten jest ponad dwukrotny. Istotny dla deklaracji dotyczących stanu zdrowia jest fakt posiadania pracy. Warto także zwrócić uwagę na wyniki dotyczące płci. W przypadku mężczyzn szansa na ocenę swojego stanu zdrowia jako „lepszego” wzrasta w porównaniu z kobietami o 1,487. Podobną wielkość można odnotować dla osób legitymujących się wyższym wykształceniem.

W przypadku zmiennych włączonych do modelu w 2003 roku sytuacja przedstawia się odmiennie. Pomimo nadal wysokich wartości, jakie uzyskujemy dla zmiennej przynależność do najstarszego pokolenia (26-30), wpływ jej na ocenę stanu zdrowia jest nieistotny statystycznie. Z podobną sytuacją mamy do czynienia w przypadku płci. Wszystkie pozostałe relacje ze zmienną zależną są istotne statystycznie. Fakt posiadania pracy zwiększa prawdopodobieństwo oceny swojego stanu zdrowia jako lepszego od innych w podobnym wieku o 1,692. Podobnie osoby posiadające wyższe wykształcenie, w porównaniu z pozostałymi kategoriami, mają prawie półtorakrotnie większą szansę na pozytywną ocenę swojego stanu zdrowia.

Dane uzyskane dla modelu w 2008 roku potwierdzają wcześniejsze wyniki. Związek pomiędzy przynależnością do analizowanego pokolenia i płcią a oceną stanu zdrowia jest ponownie nieistotny statystycznie, przy znacznych wartościach współczynników. Wzrasta rola wykształcenia respondentów, przy utrzymywaniu się na podobnym poziomie wpływu sytuacji pracy badanych na szanse określenia ich stanu zdrowia jako „lepszego”. W przypadku zmiennej występowanie problemów finansowych można zaobserwować zmniejszenie się z każdym pomiarem siły związku z oceną stanu zdrowia. Choć konsekwentnie jest to słabsza, ale w przypadku wszystkich trzech modeli istotna statystycznie zależność z prawdopodobieństwem pozytywnej oceny stanu zdrowia badanych.

Po opisanu wyników dla najstarszego pokolenia kolej na prześledzenie zależności pomiędzy stanem zdrowia a płcią, wykształceniem, występowaniem problemów finansowych, sytuacją pracy przy dołączeniu zmiennej pokolenie środkowe w dwóch momentach pomiarowych (2003, 2008). Przy wykorzystaniu analizy korelacji dla oceny stanu zdrowia i przynależności do środkowego pokolenia (tabela 5) można zaobserwować, że w 2003 roku mieliśmy do czynienia z bardzo słabą, ale istotną statystycznie korelacją. Gdy dla porównania w roku 2008 związek między tymi zmiennymi jest już poniżej dopuszczalnej, branej pod uwagę istotności statystycznej. Podobna sytuacja występuje w przypadku płci respondentów. Wpływ występowania

Tabela 4

Regresja logistyczna oceny stanu zdrowia na płeć, wykształcenie, problemy finansowe, sytuację pracy i przynależność respondentów do najstarszego analizowanego pokolenia w podziale na trzy tury badania POLPAN (1998, 2003, 2008)

Zmienne niezależne	Zmienna zależna – ocena stanu zdrowia		
Model 1998	B	SE	Exp(B)
Płeć	0,398	0,165	1,487*
Wykształcenie	0,350	0,258	1,420*
Problemy finansowe	-1,241	0,220	0,289**
Sytuacja pracy	0,618	0,163	1,856**
Pokolenie najstarsze (21-25)	0,846	0,449	2,330*
Stała	1,705	0,230	5,501**
Model 2003	B	SE	Exp(B)
Płeć	-0,110	0,167	0,896
Wykształcenie	0,401	0,248	1,494*
Problemy finansowe	-0,683	0,193	0,505**
Sytuacja pracy	0,526	0,169	1,692**
Pokolenie najstarsze (26-30)	0,441	0,350	1,555
Stała	0,890	0,210	2,435**
Model 2008	B	SE	Exp(B)
Płeć	0,112	0,115	1,119
Wykształcenie	0,586	0,227	1,796**
Problemy finansowe	-0,482	0,157	0,618**
Sytuacja pracy	0,507	0,158	1,660**
Pokolenie najstarsze (31-35)	0,446	0,383	1,561
Stała	0,314	0,158	1,369*

* $p < 0.10$

** $p < 0.01$

problemów finansowych, sytuacji pracy oraz wykształcenia respondentów na ich ocenę stanu zdrowia jest zbliżony – korelacja bardzo słaba, ale istotna. W roku 2008 uwiadamia się nieznaczny wzrost związku pomiędzy omawianymi zmiennymi a oceną stanu zdrowia respondentów.

Włączenie, przy wykorzystaniu regresji logistycznej, do modelu wyjaśniającego sposób, w jaki respondenci oceniają swój stan zdrowia zmiennej przynależność do środkowego pokolenia pozwoli na potwierdzenia rezulta-

Tabela 5

Analiza korelacji pomiędzy oceną stanu zdrowia a płcią, wykształceniem, problemami finansowymi, sytuacją pracy i przynależnością respondentów do środkowego analizowanego pokolenia w podziale na dwie tury badania POLPAN (2003, 2008)

Zmienne	Ocena stanu zdrowia	
	2003	2008
Płeć	0,050*	0,060
Wykształcenie	0,119**	0,159**
Problemy finansowe	0,149**	0,163**
Sytuacja pracy	0,149**	0,159**
Pokolenie środkowe	(0,069**) ^a	(0,040) ^b

* $p < 0.10$

** $p < 0.01$

^a – pokolenie środkowe (21-25)

^b – pokolenie środkowe (26-30)

tów uzyskanych dla zmiennej pokolenie najstarsze (tabela 6). W przypadku zmiennych włączonych do modelu w 2003 roku to właśnie przynależność do pokolenia środkowego najbardziej zwiększa szanse pozytywnej oceny stanu zdrowia przez respondentów. W 2003 roku przynależność do środkowego pokolenia (21-25) zwiększa nieco ponad pięciokrotnie prawdopodobieństwo zadeklarowania przez badanych, iż ich zdaniem stan ich zdrowia jest lepszy od większości osób w podobnym wieku. Posiadanie stałego zatrudnienia także pozytywnie wpływa na ocenę stanu zdrowia – nieco ponad dwukrotnie. W przypadku wykształcenia można mówić o tym, że wraz z posiadaniem jego wyższego poziomu szansa na pozytywną ocenę stanu zdrowia wzrasta o 1,513.

Analiza wpływu zmiennych włączonych do modelu w 2008 roku, podobnie jak w przypadku modelu z pokoleniem najstarszym pokazuje, że związki pomiędzy przynależnością do pokolenia środkowego, płcią respondentów a ich oceną stanu zdrowia są nieistotne statystycznie. Zwiększa się w porównaniu z 2003 rokiem wpływ poziomu wykształcenia respondentów. Prawie dwukrotnie większą szansę na pozytywną ocenę stanu zdrowia mają respondenci, którzy ukończyli studia wyższe. Z drugiej strony, zmniejsza się znaczenie sytuacji pracy, choć nadal jej posiadanie zwiększa prawdopodobieństwo stwierdzenia respondentów, że ich stan zdrowia jest lepszy od większości osób w podobnym wieku o 1,654. Ponownie uzyskane wyniki potwierdzają słabszy, choć istotny wpływ występowania w gospodarstwie

domowym badanych problemów finansowych na wartości, jakie przyjmuje zmienna niezależna.

Tabela 6

Regresja logistyczna oceny stanu zdrowia na płeć, wykształcenie, problemy finansowe, sytuację pracy i przynależność respondentów do środkowego analizowanego pokolenia w podziale na dwie tury badania POLPAN (2003, 2008)

Zmienne niezależne	Zmienna zależna – ocena stanu zdrowia		
	B	SE	Exp(B)
Model 2003^a			
Płeć	-0,002	0,156	1,104*
Wykształcenie	0,211	0,220	1,513*
Problemy finansowe	-0,643	0,179	0,155**
Sytuacja pracy	0,441	0,157	2,059**
Pokolenie środkowe (21-25)	0,291	0,239	5,068**
Stała	0,907	0,200	15,890**
Model 2008^b	B	SE	Exp(B)
Płeć	0,072	0,149	1,074
Wykształcenie	0,690	0,219	1,994**
Problemy finansowe	-0,477	0,151	0,621**
Sytuacja pracy	0,489	0,153	1,645**
Pokolenie środkowe (26-30)	0,048	0,295	0,954
Stała	0,340	0,155	1,405*

* $p < 0.10$

** $p < 0.01$

Ostatnie poddane weryfikacji zależności dotyczą związku pomiędzy wcześniej analizowanymi zmiennymi przy dodaniu zmiennej pokolenie najmłodsze (21-25) a oceną stanu zdrowia respondentów w 2008 roku (tabela 7). Przynależność do najmłodszego pokolenia, podobnie jak płeć badanych bardzo słabo, choć istotnie wpływa na ocenę stanu zdrowia. Trzy pozostałe zmienne – występowanie problemów finansowych, sytuacja pracy i poziom wykształcenia korelują z oceną stanu zdrowia na bardzo zbliżonym poziomie. Jednak nadal są to bardzo słabe korelacje.

Model regresji logistycznej (tabela 8), w którego skład weszły zmienne z pomiaru w 2008 roku – płeć, wykształcenie, problemy finansowe, sytuacja pracy oraz zmienna uwzględniająca przynależność do najmłodszego pokolenia objętego analizą pokazuje, iż owa przynależność pokoleniowa ma znaczenie. Choć w tym konkretnym zestawieniu to poziom wykształcenia

Tabela 7

Analiza korelacji pomiędzy oceną stanu zdrowia a płcią, wykształceniem, problemami finansowymi, sytuacją pracy i przynależnością respondentów do najmłodszego analizowanego pokolenia (POLPAN 2008)

Zmienne	Ocena stanu zdrowia
	2008
Płeć	0,057*
Wykształcenie	0,146**
Problemy finansowe	0,173**
Sytuacja pracy	0,173**
Pokolenie najmłodsze	(0,066*)^a

* $p < 0.10$

** $p < 0.01$

^a – pokolenie najmłodsze (21-25)

Tabela 8

Regresja logistyczna oceny stanu zdrowia na płeć, wykształcenie, problemy finansowe, sytuację pracy i przynależność respondentów do najmłodszego analizowanego pokolenia (POLPAN 2008)

Zmienne niezależne	Zmienna zależna – ocena stanu zdrowia		
	B	SE	Beta
Model 2008^a			
Płeć	0,035	0,114	1,036*
Wykształcenie	0,653	0,205	1,921**
Problemy finansowe	-0,527	0,141	0,591**
Sytuacja pracy	0,552	0,141	1,738**
Pokolenie najmłodsze (21-26)	0,335	0,204	1,427*
Stała	0,361	0,148	1,435*

* $p < 0.10$

** $p < 0.01$

i sytuacja pracy badanych w większym stopniu zwiększają szansę na pojawienie się pozytywnej oceny stanu zdrowia. W przypadku wykształcenia ukończenie studiów wyższych zwiększa takie prawdopodobieństwo prawie dwukrotnie. Posiadanie stałej pracy zwiększa szanse na dokonanie pozytywnej oceny swojego stanu zdrowia o 1,738. Dodatkowo, po raz kolejny płeć respondentów różnicuje szanse na pojawienie się stwierdzenia, że stan zdrowia respondenta jest lepszy niż większości osób w podobnym wieku.

Występowanie w gospodarstwie domowym respondenta problemów finansowych jest znacznie mniej istotne.

Konkluzje

Przeprowadzone powyżej analizy umożliwiają zweryfikowanie hipotez, które zostały przedstawione w początkowych częściach rozważań. Członkowie najstarszego pokolenia, które zostało objęte szczegółową analizą na przestrzeni dziesięciu lat nie zmienili w sposób znaczący opinii na temat stanu swojego zdrowia. Interesujący wydaje się jednak nieznaczny wzrost pozytywnych ocen stanu zdrowia w 2003 roku i późniejszy ich spadek w 2008 roku. Być może okres, w którym zostały zarejestrowane opinie badanych jest okresem zbyt krótkim, aby można było zaobserwować gwałtowne przemiany. Dane, które zostaną zebrane w kolejnej turze POLPAN pokażą, czy będziemy mieli do czynienia z ponownym spadkiem deklaracji oceniających stan zdrowia respondentów jako lepszy od większości osób w tym samym wieku.

Porównując oceny stanu zdrowia dla trzech pokoleń w momentach, w których ich członkowie znajdowali się w przedziale wiekowym 21-25 lat nie można stwierdzić istotnych różnic pomiędzy rozkładem udzielanych odpowiedzi. Jedynie najmłodsze pokolenie, zrekrutowane w 2008 roku nieco gorzej ocenia swój stan zdrowia. Pomiar dokonany w 2008 roku jest przy tym pomiarem, podczas trwania którego respondenci bez względu na grupę wiekową najgorzej ocenili swój stan zdrowia, w odróżnieniu od roku 2003, który przyniósł najbardziej korzystne oceny. Być może wraz z kolejnymi pomiarami okaże się, że nowo rekrutowani respondenci coraz gorzej będą oceniali swój stan zdrowia. Jeżeli przyjrzymy się konkretnym kohortom wiekowym, to bez względu na rok pomiaru najkorzystniej swój stan zdrowia oceniają osoby, które znajdują się w przedziale wiekowym 31-35 lat. Z kolei najgorszym okresem dla pozytywnych ocen stanu zdrowia jest okres 26-30 lat. Takie wyniki mogą świadczyć o odmienności sytuacji respondentów w tych przedziałach wiekowych.

Próby przeanalizowania siły zależności pomiędzy oceną stanu zdrowia a przynależnością pokoleniową respondentów pokazały, że jedynie w przypadku respondentów w przedziale wiekowym 21-25 lat można zaobserwować istotny związek pomiędzy tymi zmiennymi. Z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku trzech analizowanych grup (pokolenie najstarsze – 1988, pokolenie środkowe – 2003, pokolenie najmłodsze – 2008). Dla najstarszego i średniego pokolenia jest to także zmienna, która w największy sposób wpływa na szanse pozytywnej oceny stanu zdrowia przez badanych.

W przypadku kolejnych przedziałów wiekowych (pokolenie najstarsze – 26-30 i 31-35; pokolenie środkowe – 26-30) przynależność pokoleniowa traci na znaczeniu, w modelu regresji logistycznej staje się nieistotna statystycznie. Podobną sytuację można zaobserwować w przypadku płci respondentów. Tylko gdy trzy analizowane pokolenia były nowo rekrutowanymi pokoleniami POLPAN (21-25 lat), zmienna ta była istotna statystycznie dla oceny stanu zdrowia.

Zmienne, które określają pozycję społeczną jednostek – wykształcenie, sytuacja pracy i występowanie w gospodarstwie respondentą problemów finansowych – okazały się w każdym analizowanym przypadku istotnie wpływać na deklaracje badanych odnośnie ich stanu zdrowia. Fakt posiadania zatrudnienia najsilniej wpływa na wzrost prawdopodobieństwa pozytywnej oceny stanu zdrowia przez najmłodsze kategorie respondentów, bez względu na ich przynależność pokoleniową. Wraz z upływem czasu nieznacznie traci na znaczeniu na korzyść posiadanego poziomu wykształcenia. Interesujący wydaje się fakt znacznie słabszej relacji pomiędzy stanem zdrowia a występowaniem w gospodarstwie domowym respondentą problemów finansowych. Jednak za każdym razem zmienna ta w istotny statystycznie sposób warunkuje ocenę stanu zdrowia.

Udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy istnieją pokoleniowe uwarunkowania oceny stanu zdrowia nie jest zatem proste. Ocena stanu zdrowia związana jest raczej z wiekiem respondentów niż z ich przynależnością pokoleniową. Dzieje się tak pomimo faktu, iż sposób zadawania pytania o stan zdrowia powinien eliminować problem wieku. Jednak paradoksalnie prośba o porównanie swojego stanu zdrowia ze stanem zdrowia osób w podobnym wieku właśnie zwiększa efekt wieku. Istotny wydaje się także moment, w którym był dokonywany pomiar. Kolejne pomiary powinny pokazać, czy zaobserwowane tendencje utrzymają się.

Literatura

- BIDZAN M. (2008), Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- BLAXTER M. (2009), Zdrowie, Wydawnictwo Sic!, Warszawa.
- DOMAŃSKI H., SŁOMCZYŃSKI K. M. (1993, 2008), Dokumentacja badania „Struktura społeczna w Polsce. POLPAN 1993”, Zespół Porównawczych Analiz Nierówności Społecznych, IFiS PAN. Przygotowanie do archiwizacji: M. Zieliński.

- OKŁA W., STEUDEN S. (2007), Wprowadzenie w problematykę jakości życia, [w:] *Jakość życia w chorobie*, red. W. Okła, S. Steuden, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin, s. 5-12.
- OSTROWSKA A. (1990), *Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego*, Wydawnictwa Radia i Telewizji, Warszawa.
- (1999), *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Warszawa, Wydawnictwo IFiS PAN.
- SŁOMCZYŃSKI K. M. (1998, 2008), Dokumentacja badania „Struktura społeczna w Polsce. POLPAN 1998”, Zespół Porównawczych Analiz Nierówności Społecznych, IFiS PAN. Przygotowanie do archiwizacji: M. Zieliński.
- SOKOŁOWSKA M. (1980), *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- URAMOWSKA-ŻYTO B. (2009), Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby, [w:] *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, red. A. Ostrowska, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa, s. 65-86.

Katarzyna Walentynowicz-Moryl

Generational Determinants of Health Assessment in the Light of Panel Studies

Abstract

In the article, the author examines the transformation of the health status of three separate age categories, using the data collected during the last three editions of Polish Panel Survey POLPAN which took place in 1998, 2003 and 2008. A subjective assessment of respondents is the indicator of their health status. The respondents answered the question: How, in general, do you assess your health status compared to the state of health of most people in your age? A ten-year-perspective and three surveys allow to analyse health assessment of the respondents, who in 1998 were among the youngest cohorts covered by the study (generation of 21-25-year-olds). Additionally, it is possible to compare the distribution of these variables for three successive generations surveyed by POLPAN. In the course of analysis the author also tries to answer the question whether one can speak of generational conditioning of health assessment. Or, rather, social factors that influence the location of the individual in the social structure affect the assessment? Using regression models and logistic regression, the author compares the strength of the relationship between the assessment of health status of respondents and their generational membership, and evaluation of health status and such variables as sex, education, employment situation, financial problems present in the household of the respondents.