

Wpływ czynników społeczno-ekonomicznych na zachowania zdrowotne nastolatków mieszkających w Rybniku

The impact of socio-economic factors on health behaviours of teenagers living in Rybnik

Marcin Dudek^{1 (a-d)}, Joanna Kasznia-Kocot^{1, 2 (a, d)}

¹ Zakład Epidemiologii, Katedra Epidemiologii i Biostatystyki, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. J. Słowiński

² Poradnia Alergologiczna, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu

Kierownik Poradni: dr n. med. P.Z. Brewczyński

(a) koncepcja

(b) zebranie materiału do badań

(c) opracowanie wyników

(d) przygotowanie tekstu i piśmiennictwa

STRESZCZENIE

Wstęp. Wpływ czynników społeczno-ekonomicznych na zdrowie od lat jest tematem badań naukowców. Wykazano znaczny wpływ tych czynników na zdrowie populacji. Bezrobocie, niski dochód, migracje oraz status rodziny (pełna, niepełna, rozbita) wpływają na zdrowie rodziny i dzieci. **Celem pracy** było określenie wpływu czynników społeczno-ekonomicznych na zachowania zdrowotne młodzieży zamieszkującej miasto Rybnik.

Materiał i metody. Badanie ankietowe przeprowadzono pośród 391 uczniów rybnickich szkół. Poziom majątności rodziny określono za pomocą skali FAS. Za istotny statystycznie przyjęto poziom $p < 0,05$.

Wyniki. Badanie wykazało znaczący wpływ statusu rodziny na zachowania zdrowotne, uczniowie z rodzin rozbitych znacznie częściej sięgali po używki, oraz częściej zaniedbywali swoje zdrowie. Podobne wyniki wykazano wśród dzieci migrantów. Status materialny nie determinuje w tak dużym stopniu zachowań zdrowotnych nastolatków.

Wnioski. Czynniki społeczno-ekonomiczne silnie determinują zdrowie młodzieży. Szczególnie narażeni na negatywne zachowania zdrowotne są nastolatkowie wychowujący się w rodzinach niepełnych oraz w rodzinach, w których co najmniej jeden z rodziców wyemigrował.

Słowa kluczowe: czynniki społeczno-ekonomiczne, bezrobocie, używki, migracje, zdrowie

ABSTRACT

Background. Socio-economic factors have long been a topic of scientific research. It has been demonstrated that these factors have a considerable influence on the health of the population. Unemployment, low income, migrations and family status (full, incomplete or shattered) affect the health of the family and children. **The aim** of this study was to determine the effect of socio-economic factors on health behaviour of young people living in Rybnik.

Material and methods. The survey was conducted among 391 students of Rybnik schools. Family affluence was determined using the Family Affluence Scale (FAS). The level of $p < 0.05$ is considered as statistically significant.

Results. The family status has significant impact on health behaviours. Students from broken families more often reach for stimulants and often neglect their own health. A similar result was demonstrated among children of migrants. Material status has a minor influence on health behaviour by teenagers.

Conclusions. Socio-economic factors determine young people's health. Particularly exposed to the negative health behaviours are teenagers who grow up in single-parent families and in families where at least one of the parents has emigrated.

Keywords: socio-economic factors, unemployment, drugs, migration, health

WSTĘP

Czynniki społeczno-ekonomiczne mają istotny wpływ na stan zdrowia oraz są przyczyną nierówności w zdrowiu. Składowymi tych czynników są wykształcenie, osiągnięte dochody – status materialny, stan rodziny (pełna, niepełna, rozbita), a także miejsce zamieszkania [1–2]. Jedną z istotnych determinant stanów zdrowia populacji jest bezrobocie. Od lat prowadzone są badania mające na celu ukazanie wpływu, jakie niesie za sobą brak pracy z punktu widzenia osoby bezrobotnej, ale także jej rodziny. Reprezentacyjne badania prowadzone na wielkich próbach pokazały, że bezrobocie istotnie oddziałuje na stan zdrowia psychicznego i fizycznego, zarówno osoby bezrobotnej, jak i jej rodziny [3–7]. Bezrobocie wpływa także na rozwój uzależnień oraz pogorszenie jakości życia [8–10]. Z badań Państwowego Zakładu Higieny (PZH) wynika, że bezrobocie w rodzinie negatywnie wpływa na stan zdrowia nastolatków, pogarsza się ich zdrowie fizyczne oraz psychiczne [11]. Czynnikiem, który determinuje stan zdrowia psychicznego jest status socjoekonomiczny. Badania wykazują, że zaburzenia psychiczne częściej występują u dzieci pochodzących z rodzin o niższych dochodach [6–7]. Aspektem determinowanym przez zamożność rodziny jest samo postrzeganie zachowań zdrowotnych. Aktywność fizyczna stanowi nieodzowny element zdrowego życia. Prawidłowe zachowanie aktywności fizycznej poprawia zarówno zdrowie fizyczne jak i psychiczne. Aktywność fizyczna również jest rozpatrywana z punktu widzenia zamożności rodziny [12].

Cel pracy. Celem pracy jest określenie wpływu czynników społeczno-ekonomicznych na zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży zamieszkującej miasto Rybnik.

MATERIAŁ I METODY

W celu przeprowadzenia badania została opracowana ankieta dotycząca problemów społeczno-ekonomicznych i ich wpływu na stan zdrowia młodych rybniczank. Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w czerwcu oraz wrześniu 2013 roku wśród uczniów pięciu szkół trzech szczebli edukacyjnych (od szkoły podstawowej do szkół ponadgimnazjalnych). Zebrano ogółem 391 ankiet. Autorska ankieta składała się z 55 pytań, dotyczących sytuacji rodzinnej, kontaktów z używkami, form spędzania czasu wolnego, relacji z rówieśnikami. Dodatkowo wykorzystano pytania kwestionariusza FAS (Family Affluence Scale; Skala zasobów mate-

rialnych rodziny) tj. cztery pytania określające obiektywny status materialny rodziny. W angielskim piśmiennictwie maksymalną ilością punktów osiągniętych w ramach odpowiedzi na pytania skali FAS jest 9 punktów [13]. Jednakże w niniejszym opracowaniu posłużono się wzorem z polskiego opracowania badań HBSC 2006 redakcji J. Mazur, według którego maksymalnie można uzyskać 7 punktów. Za niski poziom uważa się wyniki 0–3, średni 4–5, a za wysoki 6–7 punktów [12]. Odpowiedzi zostały wprowadzone do bazy danych programu Statistica10, następnie wykonano niezbędne obliczenia statystyczne. Dla zmiennych ilościowych obliczono podstawowe statystyki opisowe, a dla zmiennych jakościowych wykonano tabele licznosci i/lub tabele wielodzielcze w celu określenia wartości procentowych. W celu określenia zależności pomiędzy zmiennymi jakościowymi wykorzystano test χ^2 lub test χ^2 z poprawką Yatesa (tabela 2x2). Za istotny statystycznie przyjęto poziom $p < 0,05$.

WYNIKI

Opis populacji badanej

W badaniu wzięło udział 267 dziewcząt (68%) oraz 124 chłopców (32%). Średni wiek respondentów wynosił 16 lat, mediana dla wieku badanych to 17 lat. Najmłodszy respondent miał 12 lat a najstarszy 19 lat. Średni wiek dziewcząt to 16,7 lat, a chłopców 15,4 lat. Spośród ankietowanych 262 (67%) uczniów od urodzenia mieszkało w Rybniku. Największą grupę ankietowanych stanowili uczniowie liceum ogólnokształcącego – 146 osób, co stanowi 37% ogółu badanych. W badaniu wzięło udział także 86 uczniów gimnazjum (23%), 72 (18%) uczniów technikum oraz 56 (14%) uczniów szkoły zawodowej. Najmniej respondentów uczęszczało do szkoły podstawowej – 30 osób (8%). Średni wiek rodziców to 43 i 45,5 lat odpowiednio dla matki i ojca. W przypadku wykształcenia rodziców najwięcej osób miało wykształcenie zawodowe – odpowiednio 156 (40%) matek i 176 (45%) ojców. Więcej matek posiadało wykształcenie średnie (106-27%) oraz wyższe (59-15%) w stosunku do 98 (25%) ojców z wykształceniem średnim oraz 51 (13%) z wyższym. Najmniej osób deklarowało wykształcenie rodziców na poziomie podstawowym (odpowiednio 16 (4%) ojców oraz 27 (7%) matek).

Stan rodziny

Jednym z elementów prowadzonego badania było określenie struktury rodziny, w której wychowywali się respondenci – 305 (78%) respondentów dekla-

ruje, że wychowuje się w rodzinie pełnej, 86 (22%) w niepełnej (55 (14%) w rodzinie rozbitej – drugi z rodziców nie wychowuje dziecka, założył nową rodzinę, został pozbawiony praw rodzicielskich i 31 (8%) w rodzinie niepełnej – jeden z opiekunów nie żyje). Uczniów zapytano czy uczestniczą w lekcjach wychowania fizycznego, na co 323 (85%) ankietowanych odpowiedziało twierdząco. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy stanem rodziny a uczestnictwem w zajęciach wychowania fizycznego ($p > 0,05$), odsetek uczniów nieuczestniczących w lekcji wychowania fizycznego zarówno z rodzin pełnych, jak i bez jednego z opiekunów nie przekraczał 17%, tj. 66 uczniów. Kolejne pytania dotyczyły leczenia stomatologicznego oraz leczenia szpitalnego w ciągu ostatniego roku. Leczenie stomatologiczne skategoryzowano do wizyt regularnych (rocznych i półrocznych) oraz nieregularnych (rzadziej niż raz w roku oraz tylko w chwili bólu zęba). 223 (60%) uczniów odbywa regularne wizyty u lekarza dentysty. Wykazano istotną statystycznie zależność ($p < 0,05$) pomiędzy stanem rodziny a częstotliwością wizyt u stomatologa (Tab.1). W rodzinach pełnych 189 (62%) uczniów regularnie bada stan jamy ustnej, natomiast w rodzinach niepełnych odsetek sięga tylko 49%, co stanowi 42 respondentów. Leczonych w szpitalu w ciągu ostatniego roku było łącznie 56 (15%) respondentów. Statystycznie częściej do szpitala trafiali uczniowie z rodzin niepełnych – $p < 0,05$ (Tab.1). Uczniów leczonych w szpitalu, z grupy pochodzących z rodzin niepełnych, było 21 (24%), natomiast w grupie uczniów wychowujących się w rodzinach pełnych było to 37 (12%) nastolatków. Uczniów zapytano również o stosowanie leków oraz suplementów diety. Na pytanie dotyczące spożycia leków odpowiedziało 382 ankietowanych (98%). Zdecydowana większość uczniów – 168 (44%) sięga tylko po leki z przepisu lekarza. Nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy stosowaniem leków a stanem rodziny. Konsumpcja suplementów diety kształtuje się odmiennie, sięgało po nie 248 (64%) pytanym uczniom. W tym przypadku wykazano istotność statystyczną pomiędzy stanem rodziny a stosowaną suplementacją (Tab.1). Nastolatkowie pochodzący z rodzin niepełnych rzadziej sięgają po suplementy diety – 42 (49%) pytanym uczniom, niż ci z rodzin pełnych – 210 (69%).

W ankiecie zapytano uczniów także o kontakty z narkotykami i dopalaczami. Na pytanie odpowiedziało 387 uczniów (99%). Z tymi pierwszymi kontakt zadeklarowało 91 (24%) ankietowanych. Wykazano istotność statystyczną pomiędzy kontaktami z narkotykami i stanem rodziny (Tab.1). Uczniowie,

którzy wychowują się w rodzinach niepełnych częściej sięgają po narkotyki – 28 (33%) ankietowanych, w porównaniu do tych wychowujących się w rodzinach pełnych – 64 (21%). Coraz popularniejszymi środkami dostępnymi wśród młodych ludzi są dopalacze, z którymi styczność ogółem miało 63 (16%) uczniów. Wykazano zależność statystyczną pomiędzy stosowaniem dopalaczy a stanem rodziny (Tab.1). Podobnie jak w przypadku narkotyków, z dopalaczami częściej mają kontakt uczniowie z rodzin niepełnych – 21 (24%), niż z pełnych – 43 (14%). Nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy użyciem alkoholu i papierosów a stanem rodziny.

Coraz powszechniejszym zjawiskiem są uzależnienia behawioralne związane z wykonywaniem niektórych czynności, np. użytkowaniem komputera. Uczniów zapytano jak dużo czasu spędzają na korzystaniu z Internetu. Z pośród 387 ankietowanych uczniów (którzy na pytanie odpowiedzieli) – 136 (35%) zadeklarowało, że dziennie poświęcają na korzystanie z Internetu 2-3 godziny. 93 (24%) ankietowanych spędza 3 do 4 godzin w Internecie, natomiast 84 (22%) uczniów zadeklarowało, że spędza ponad 4 godziny dziennie w świecie wirtualnym. Jednocześnie nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy czasem spędzonym przez ucznia na korzystaniu z Internetu a stanem rodziny ($p > 0,05$).

Problemem dotyczącym młodych ludzi są także choroby przewlekłe takie jak: astma, alergia, cukrzyca oraz problemy z wagą w postaci nadwagi lub otyłość (w ankiecie sklasyfikowane łącznie jako nadwaga lub otyłość). Z pośród 379 (97%) uczniów, którzy odpowiedzieli na pytanie o choroby przewlekłe, 241 (63%) uczniów nie choruje. Najczęściej zgłaszaną chorobą wśród uczniów chorujących są alergie, na które cierpi 80 (21%) ankietowanych, na drugim miejscu plasuje się nadwaga i otyłość – 38 (10%) uczniów, a na trzecim astma – 17 (4,5%) uczniów, pozostałe 3 (1,5%) osoby nie określiły choroby. Nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy zgłaszanymi chorobami a stanem rodziny. Kolejnym badanym problemem są negatywne odczucia, do których zaliczono zdenerwowanie, stany lękowe, smutek, omamy (zaburzenia świadomości), a także myśli samobójcze. Na pytanie odpowiedziało 341 uczniów (89% ogółu badanych). Najczęstszym problemem zgłaszanym przez młodych rybniczian jest zdenerwowanie – 291 (85%). Na kolejnych miejscach znajdują się smutek – 29 (8,5%), oraz omamy i myśli samobójcze – 8 (2%). Wykazano istotność statystyczną pomiędzy negatywnymi odczuciami a stanem rodziny (Tab.1). Uczniowie z rodzin

pełnych częściej są smutni – potwierdza to 31 (10%) uczniów oraz mają omamy – 9 (3%). Uczniowie z rodzin niepełnych częściej zgłaszają stany lękowe – 4 (5%) oraz myśli samobójcze – 3 (4%).

Status materialny rodziny

Na podstawie skali FAS określono status materialny rodzin, w których uczniowie się wychowują. Na pytania skali FAS odpowiedziało 388 respondentów (tj. 99%). Z zebranych danych wynika, iż 162 (42%) uczniów wychowuje się w rodzinach o średnim dochodzie, stanowią oni największą grupę ankietowanych. Uczniów, skategoryzowanych jako, pochodzących z rodzin o wysokiej zamożności było 150 (39%), natomiast z rodzin najuboższych – 75 (19%) ankietowanych.

Podobnie jak w przypadku stanu rodziny dokonano określenia zależności pomiędzy zachowaniami uczniów oddziałującymi na zdrowie a statusem materialnym. Analiza statystyczna nie wykazała zależności statystycznej pomiędzy zasobnością materialną a uczestnictwem uczniów w lekcjach wychowania fizycznego ($p>0,05$). Częstotliwość uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego jest podobna w każdej z badanych grup.

Dostępność do stomatologa jest warunkowana między innymi zasobami materialnymi rodziny, co wykazała analiza statystyczna ($p<0,05$). Uczniowie z rodzin o wysokim i średnim dochodzie regularnie (co najmniej raz w roku) korzystają z opieki stomatologicznej. 105 (70%) uczniów z rodzin najbogatszych oraz 92 (57%) uczniów z rodzin o średnim dochodzie odbywa regularne wizyty u stomatologa. Najrzadziej regularne wizyty stomatologiczne odbywają nastolatki z rodzin o najniższym poziomie materialnym – 31 (41%). Leczenie szpitalne nie jest determinowane zasobami materialnymi ($p>0,05$) – odnosząc się do całej grupy badanej. Nie wykazano także zależności statystycznej pomiędzy zasobami materialnymi a spożyciem leków ($p>0,05$) – odnosząc się do całej grupy badanej. Wzrost zamożności rodziny determinuje częstotliwość sięgania po suplementy diety (Tab.1). Uczniowie bogatsi częściej mają dostęp do suplementacji, z której korzystało 105 – 70% ankietowanych w tej grupie dochodowej. Natomiast w rodzinach o niskim statusie materialnym było to 35 (46%) uczniów.

Po narkotyki, dopalacze, alkohol i papierosy równie często sięgają uczniowie bogatsi, jak i biedni ($p>0,05$). Ilość czasu spędzanego w Internecie również nie jest determinowana majątnością rodziny ($p>0,05$). Choroby przewlekłe oraz zaburzenia psychiczne występują z podobnym prawdopodobieństwem we wszystkich grupach uczniów ($p>0,05$).

Zatrudnienie rodziców

Uczniów zapytano czy ich rodzice pracują. Na pytanie odpowiedziało 384 uczniów, co stanowi 98% ogółu. Zdecydowana większość – 355 (92%) ankietowanych potwierdziło, iż co najmniej jeden z rodziców pracuje. Tylko w przypadku 29 (8%) uczniów żaden z rodziców nie podejmował zatrudnienia. W tym wypadku istotność statystyczna została wykazana tylko w stosunku do występowania chorób przewlekłych (Tab.1). W rodzinach, w których co najmniej jeden z rodziców pracuje 231 (65%) ankietowanych nie deklaruje występowania jakichkolwiek chorób przewlekłych. W rodzinach niepracujących 13 (45%) uczniów potwierdziło brak jakichkolwiek problemów zdrowotnych. Jednocześnie w tych rodzinach znacznie częściej pojawia się problem nadwagi oraz otyłości – 7 (24%), niż w rodzinach, w których jest zatrudniony co najmniej jeden z opiekunów – 32 (9%).

Praca za granicą

W celu poszukiwania lepszego życia swojej rodziny część z opiekunów decyduje się na emigrację. Wśród 385 (98%) uczniów, którzy odpowiedzieli na pytanie dotyczące emigracji, obecnie na emigracji przebywa 49 (13%) opiekunów. Zdecydowana większość tj. 336 (87%) nie podejmowała zatrudnienia poza granicami kraju. Nieobecność opiekunów wpływa na częstotliwość uczęszczania na lekcje wychowania fizycznego (Tab.1). 13 (26%) dzieci migrantów opuszcza lekcje wychowania fizycznego, w porównaniu do 47 (14%) z rodzin, w których migracje nie wystąpiły. Uczniowie z rodzin migrantów statystycznie rzadziej korzystają z pomocy stomatologa (Tab.1). 29 (60%) nastolatków, których rodzice wyjechali za granicę nieregularnie odwiedza gabinet stomatologa. W rodzinach niepracujących poza granicami odsetek ten nie przekracza 40%, czyli 134 uczniów. Leczenie w szpitalu nie jest determinowane nieobecnością w kraju rodziców ($p>0,05$) – w odniesieniu do całej grupy badanej. Migracje nie determinują częstotliwości spożycia leków oraz suplementów diety ($p>0,05$). Uczniowie pozostawieni bez opieki częściej sięgają po substancje psychoaktywne – narkotyki i dopalacze (Tab.1). Z pośród nastolatków, których rodzic lub rodzice wyjechali 21 (43%) miało kontakty z narkotykami, natomiast w rodzinach nie emigracyjnych było to 71 (21%) respondentów. Podobnie kształtuje się sytuacja z dostępnością do dopalaczy (Tab.1). Z dopalaczami miało kontakt 14 (28%) uczniów, których rodzice pracują poza granicami kraju, natomiast w drugiej grupie było to 47 (14%) badanych. Uczniowie pozostawieni bez opieki rodzica częściej

spędzają czas w świecie wirtualnym (Tab.1). Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy pracą za granicą rodziców/opiekunów a sięganiem przez nastolatków po alkohol i papierosy (Tab.1). Tylko 6 (12%) uczniów, których rodzic pracuje za granicą zadeklarowało iż nie miało kontaktu z alkoholem. Kontakt z papierosami deklarowało 36 (75%) uczniów, których rodzice wyjechali za granicę w celach zarobkowych. 17 (35%) uczniów z rodzin emi-

grujących spędza na korzystaniu z Internetu ponad 4 godziny, w porównaniu do 67 (20%) w drugiej grupie. Występowanie chorób przewlekłych nie jest determinowane migracjami rodziców ($p>0,05$). Nie wykazano także istotności statystycznej pomiędzy zaburzeniami natury psychicznej a migracjami ($p>0,05$). Zbiorcze zestawienie istotności statystycznych pomiędzy zmiennymi zostało przedstawione w Tabeli I.

Tabela I. Wpływ czynników społeczno-ekonomicznych na zachowania zdrowotne młodych rybniczian

Table I. The impact of socio-economic factors on health behavior of young people in Rybnik

Zmienna 1 (Czynnik)	Zmienna 2 (Zachowanie zdrowotne)	Poziom istotności (p-wartość)
Status rodziny	Kontakt z narkotykami	<0,05
Status rodziny	Kontakt z dopalaczami	<0,05
Status rodziny	Stosowanie suplementów diety	<0,001
Status rodziny	Leczenie w szpitalu	<0,01
Status rodziny	Wizyty u stomatologa	<0,01
Status rodziny	Objawy natury psychicznej	<0,01
Status materialny rodziny	Wizyty u stomatologa	<0,001
Status materialny rodziny	Stosowanie suplementów diety	<0,01
Zatrudnienie rodziców	Występowanie chorób przewlekłych	<0,05
Praca za granicą	Kontakt z narkotykami	<0,001
Praca za granicą	Kontakt z dopalaczami	<0,05
Praca za granicą	Kontakt z alkoholem	<0,01
Praca za granicą	Kontakt z papierosami	<0,01
Praca za granicą	Czas spędzony w Internecie	<0,05
Praca za granicą	Uczestnictwo w lekcjach w-f	<0,05
Praca za granicą	Wizyty u stomatologa	<0,01

DYSKUSJA

Czynnikami determinującymi zdrowie populacji są, poza czynnikami natury biologicznej, również czynniki środowiskowe, związane z miejscem życia, warunkami bytowymi oraz zasobami materialnymi. Sam status materialny jest determinowany między innymi posiadaniem pracy, stanem rodziny oraz migracjami zarobkowymi. W badaniu próbowano przedstawić interakcje pomiędzy sytuacją społeczno-materialną rodzin a zachowaniami zdrowotnymi nastolatków. Jak wynika z przeprowadzonego badania ankietowego w przypadku 7% uczniów oboje rodziców nie pracuje. Nie pytano uczniów o powód niepodejmowania pracy przez opiekunów, który może wynikać z wielu względów, przykładowo emerytury czy renty. Przypuszczać tylko można, że powodem, dla którego rodzice nie pracują jest właś-

nie bezrobocie. Liczne badania potwierdzają tezę, że status społeczno-ekonomiczny, na który wpływ ma brak pracy, jest ściśle powiązany ze zdrowiem i chorobą. Pierwszym badaczem tej zależności był M. Brenner, wykazując zależność pomiędzy odsetkami zgonów a poziomem bezrobocia w Stanach Zjednoczonych Ameryki [3]. Bezrobocie wpływa na zapadalność na choroby przewlekłe oraz częstsze spożywanie leków przez bezrobotnych [4]. Badania brytyjskie prowadzone przez M. Blaxter wskazały na nierówności w zdrowiu powodowane bezrobociem, a tym samym na mniejsze szanse na znalezienie pracy przez osoby z gorszym zdrowiem [5]. Badania doświadczalne L. Fagin z 1981 roku także wykazały implikacje zdrowotne bezrobocia, a mianowicie zwiększenie przypadków depresji, obniżenie samooceny, wzrost liczby samobójstw oraz przypadków bezsensowności, wśród osób które utraciły pra-

cę. Uwidoczniły się też objawy somatyczne związane z astmą [6]. Bezrobocie rodziców wpływa również na stan zdrowia dzieci, który również ulega pogorszeniu. Badania Banksa i Jacksona z 1982 roku wykazały wpływ bezrobocia na pojawienie się zaburzeń psychicznych w rodzinach bezrobotnych, w tym wśród dzieci [7]. Bezrobocie przynajmniej jednego członka rodziny znacznie ogranicza możliwości prawidłowego zaspakajania potrzeb rodzin, w szczególności dzieci. Niski poziom materialny wiąże się z gorszym zdrowiem fizycznym oraz psychicznym, a także osiągnięciami uczniów [14]. Jednakże nie można zapominać o odwrotnej zależności – a mianowicie o wpływie gorszego stanu zdrowia na trudności na rynku pracy. Gorszy stan zdrowia wiąże się u ubóstwem, niskim poziomem wykształcenia, brakiem umiejętności społecznych czy obciążeniem różnymi formami patologii społecznej [15].

Prowadzone badania wykazały, że dzieci wychowujące się bez jednego z rodziców są znacznie bardziej narażone na zagrożenia zdrowotne. Wśród uczniów rybnickich szkół objętych badaniem odsetek ten kształtuje się na poziomie 22%. Jak wynika z Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 roku rodziny niepełne stanowiły 23% spośród typów rodzin, na Śląsku ten odsetek wynosił 21%. Około 51,5% rodzin niepełnych stanowiły rodziny z dzieckiem do 24 r.ż. na utrzymaniu [16]. Wyniki raportu Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) za lata 2009/2010 wskazały, iż w Polsce 19% uczniów wychowuje się w rodzinach niepełnych [17]. Natomiast najnowszy raport za lata 2013/2014 wskazał wzrost liczby przypadków nastolatków wychowujących się w rodzinach niepełnych do poziomu 22% [18]. Od 1970 roku prowadzone jest badanie kohortowe dotyczące wpływu separacji i rozwodów na zdrowie dziecka i konsekwencje w życiu dorosłym. Badania wykazały iż rozwód niesie za sobą znaczące konsekwencje w dorosłym życiu. Dzieci z takich rodzin są bardziej predysponowane do gorszego stanu zdrowia niż ich rówieśnicy wychowujący się w rodzinach pełnych [19].

Wiele badań prowadzonych wśród dzieci wykazuje, że są one bardzo narażone na występowanie różnych objawów natury psychicznej. Badania Kelly i Emery z 2003 roku wykazały, iż rozwód rodziców niesie za sobą liczne zaburzenia w sferze emocjonalnej [20]. Rozwód rodziców stanowi jedno z większych przeżyć traumatycznych dzieci i nastolatków. Dzieci z rodzin rozbitych częściej stwarzają problemy wychowawcze oraz mają problemy w relacjach interpersonalnych. Wśród dzieci tych stwierdzono także większą częstotliwość używania substancji psychoaktywnych. Wg badań Hetheringtona (1999)

lęk, obniżony nastrój oraz ogólnie gorszy stan zdrowia są cechami charakterystycznymi dzieci z rodzin w separacji [21]. Howard et al. dowiedli, iż dzieci częściej są leczone oraz cierpią na więcej chorób, a także iż osoby o niższym statusie materialnym rzadziej są leczone na schorzenia psychiczne [22]. Jak wskazują wyniki najnowszego badania HBSC nastolatkowie z rodzin pełnych rzadziej sięgają po używki, a także później doświadczają zachowań ryzykownych. Ich stan zdrowia jest także lepszy, obserwuje się mniej przypadków nadwagi i otyłości [23]. Wyniki te potwierdzają wnioski płynące z badania własnego.

Liczne badania wykazały wpływ statusu materialnego na zdrowie, wskazując, że w rodzinach o wyższym statusie materialnym ogólny stan zdrowia potomków jest lepszy. Jednakże mała ilość badań odnosi się do szczegółowej korelacji między statusem materialnym, a konkretnymi czynnikami ryzyka występowania chorób. Status materialny mierzony może być na różne sposoby, w badaniach amerykańskich do pomiaru zamożności rodziny często wykorzystywane są informacje na temat wykształcenia czy wykonywanej pracy. W niniejszej pracy status materialny określono na podstawie skali FAS, ale na potrzeby niniejszej dyskusji pojęcie „statusu materialnego” zostanie uogólnione niezależnie od metody jego oceny. Badania Chen et al. z 2006 roku wykazały zależność pomiędzy obniżeniem statusu materialnego rodzin i stanem zdrowia dzieci. Niższy status materialny powoduje ograniczenia w dostępie do systemu ochrony zdrowia (ograniczone środki na zakup leków, dostęp do specjalistów, oczekiwanie w kolejkach). Autorzy zwracają także uwagę na to, iż w okresie dorastania wzrasta częstotliwość zachowań ryzykownych wśród młodzieży, które korelują ze statusem materialnym rodziny [24]. Badania DeCarlo Santiago et al. wykazały natomiast wpływ niskiej majątności na występowanie depresji oraz stresu wśród dzieci, czego nie potwierdzono w niniejszych badaniach [25]. Zaburzenia natury psychicznej mogą być przyczyną targnięć się na własne życie przez dzieci, co zgodnie z badaniami Grajdy i wsp. koreluje z poziomem bezrobocia w rodzinie [26]. Badania Gromadeckiej-Sutkiewicz i wsp. z 2010 roku nie wykazały istotności statystycznej pomiędzy paleniem papierosów przez młodzież, a statusem materialnym rodziny [27], co potwierdziły badania własne. Badania Supranowicza (2005) wykazały istotność statystyczną pomiędzy bezrobociem rodziców, a postrzeganym zdrowiem przez młodzież [11]. Zależność pomiędzy zasobami materialnymi, a profilaktyką stomatologiczną wykazały badania Szymańskiej z 2008 roku [28]. Również

sześcioletnie badania przekrojowe w Szwajcarii wykazały iż niższy dochód jest czynnikiem determinującym zaniechania opieki stomatologicznej. Badania te wskazują, że rozwód rodziców stanowi czynnik obniżający standard życia co przekłada się na ograniczenie leczenia stomatologicznego, co potwierdzają również badania własne [29]. Także badania Piotrowskiej wskazują, iż brak pieniędzy jest jedną z przyczyn niekorzystania z poradnictwa stomatologicznego. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego odsetek korzystających z usług stomatologa wśród osób o najniższych dochodach jest dwukrotnie niższy niż w grupie o najwyższym dochodzie. Brak środków finansowych jest przyczyną niekorzystania ze świadczeń stomatologicznych dla 48,5% osób przepytanych przez GUS. Badania wskazują również na spadek świadczeń finansowanych z środków publicznych na rzecz środków własnych pacjentów, co dodatkowo wzmacnia występowanie nierówności w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych [30]. Sięganie po substancje psychoaktywne nie jest determinowane zamożnością rodzin, obserwowany jest jedynie wzrost palących nastolatków w rodzinach ubogich oraz częstsze używanie marihuany w grupach ubogich i najbogatszych [23].

Zasoby materialne rodziny silnie determinują zarówno sytuację rodzinną, zmuszając członków rodzin do poszukiwania pracy i lepszego bytu poza granicami kraju, a tym samym powodując naruszenie więzi rodzinnych, w konsekwencji nierzadko doprowadzając do rozwodów. Problemy finansowe rodzin są także istotnymi czynnikami powodującymi pogorszenie stanu zdrowia, w szczególności psychicznego, które zgodnie z definicją zdrowia, obok zdrowia fizycznego i społecznego, jest jego nierozdzielalnym elementem [15]. Prowadzone badania wykazały iż wyjazd za granicę jest silnym czynnikiem determinującym zdrowie młodego pokolenia, nastolatkowie pozostawieni bez opieki jednego, a czasem nawet obojga rodziców częściej sięgają po używki, więcej czasu spędzają na korzystaniu z Internetu, a także zaniedbują swoje zdrowie. Przekrojowe badania prowadzone wśród chińskich nastolatków wykazały zależność pomiędzy migracjami rodziców a zachowaniami zdrowotnymi. Nastolatkowie, których rodzice migrowali do miast częściej byli narażeni na kontakty z alkoholem i papierosami, a także więcej czasu spędzali przed komputerem [31]. Więcej negatywnych zachowań zdrowotnych wśród nastolatków wychowujących się bez rodziców (zarówno w rodzinach niepełnych ale też migrantów) może wynikać z mniejszej kontroli opiekunów nad nimi, nieodpowiednim towarzystwem nasto-

latków oraz zachwianiem więzi rodzinnych – tęsknota, trudności z radzeniem sobie z problemami, a w konsekwencji popadanie w zachowania autodestruktywne. Uzasadnione wydaje się prowadzenie dalszych analiz nad wpływem braku opieki nad nastolatkiem z szczególnym uwzględnieniem jego zdrowia psychicznego, co w niniejszych badaniach było tylko tematem marginalnym. Pomimo iż problem „sieroctwa społecznego” nie jest tematem nowym, w dalszym ciągu potrzebne są zintegrowane działania profilaktyczne zarówno szkoły, jak i opiekunów, zapobiegające i minimalizujące niewłaściwe zachowania młodego pokolenia.

WNIOSKI

Status materialny rodziny oraz stan rodziny silnie determinują zdrowie nastolatków mieszkających w Rybniku, a także warunkują dostęp do opieki zdrowotnej, w szczególności stomatologicznej, co wpisuje się w problematykę nierówności w zdrowiu.

Szczególnie narażeni na negatywne zachowania zdrowotne (w szczególności sięganie po używki) są nastolatkowie wychowujący się w rodzinach niepełnych oraz w rodzinach, w których co najmniej jeden z rodziców wyemigrował, co powinno zwrócić uwagę na problem sieroctwa społecznego.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr* 2008, 87: 1107-1117.
- [2] Si Hassen W, Castetbon K, Cardon P et al. Socioeconomic indicators are independently associated with nutrient intake in French adults: A DEDIPAC Study. *Nutrients* 2016, 8(158): 1-19.
- [3] Brenner MH. Morality and the national economy. A review and the experience of England and Wales, 1936-76. *Lancet* 1979, 2(8142): 568-573.
- [4] Bunn AR. Ischaemic heart disease mortality and the business cycle in Australia. *Am J Public Health* 1979, 69(8): 772-781.
- [5] Blaxter M. Health and life styles. Routledge, London-New York 1990.
- [6] Fagin L. Unemployment and health in families. Case studies base on family interviews. DHSS, London 1981.
- [7] Banks MH, Jackson PR. Unemployment and risk of minor psychiatric disorder in young people: cross-sectional and longitudinal evidence. *Psychological Medicine* 1982, 12(4): 789-798.
- [8] Gromadcka-Sutkiewicz M, Kłos J, Adamek R i wsp. Palenie papierosów i picie alkoholu wśród bezrobotnych. *Przegląd Lekarski* 2012, 69(10): 973-977.
- [9] Worach-Kardas H, Kostrzewski Sz. Stres bezrobocia i jakość życia długotrwale bezrobotnych w starszych grupach wieku. *Probl Hig i Epidemiol* 2011, 92(3): 403-414.

- [10] Kostrzewski Sz, Worach-Kardas H. Skutki długotrwałego bezrobocia dla zdrowia i jakości życia osób w starszym wieku produkcyjnym. *Nowiny Lekarskie* 2013, 82(4): 310-317.
- [11] Supranowicz P. Bezrobocie rodziców a wybrane warunki życia, samopoczucie młodzieży i postrzegane zdrowie. *Przeegl Epidemiol* 2005, 59(3): 773-780.
- [12] Mazur J. red. Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej. Wyniki badań HBSC 2006 w ujęciu środowiskowym. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2007.
- [13] Boyce W, Torsheim T, Currie C et al. The family affluence scale as a measure of national wealth: validation of an adolescent self-report measure. *Social Indicators Research* 2006, 78: 473-487.
- [14] Sarsour K, Sheridan M, Jutte D et al. Family Socioeconomic Status and Child Executive Functions: The Roles of Language, Home Environment, and Single Parenthood. *Journal of the International Neuropsychological Society* 2011, 17: 120-132.
- [15] Dudek M, Kasznia-Kocot J, Wypych-Ślusarska A. Implikacje zdrowotne bezrobocia w Polsce i na Śląsku na tle zmian społecznych. *Hygeia Public Health* 2016, 51(2): 146-153.
- [16] <http://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/gospodarstwa-domowe-i-rodziny-charakterystyka-demograficzna-nsp-2011,5,1.html> Dostęp: 27.10.2016.
- [17] World Health Organization, Regional Office for Europe: Health Behaviour in School – aged Children study: International report from the 2009/2010 survey. WHO, Copenhagen 2012.
- [18] World Health Organization, Regional Office for Europe: Health Behaviour in School – aged Children study: International report from the 2013/2014 survey. WHO, Copenhagen 2016.
- [19] Lacey RE, Bartley M, Hynek P et al. Parental separation and adult psychological distress: an investigation of material and relational mechanisms. *BMC Public Health* 2014, 14(272): 1-10.
- [20] Kelly JB, Emery RE. Children Adjustment Following Divorce: Risk and Resilience Perspectives. *Family Relations* 2003, 52(4): 352-362.
- [21] Hetherington EM, Stanley-Hagon M. The Adjustment of Children with Divorced Parents: A Risk and Resiliency Perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999, 40(1): 129-140.
- [22] Feder A, Alonso A, Tang M et al. Children of low-income depressed mothers: psychiatric disorders and social adjustment. *Depress Anxiety* 2009, 26(6): 513-20.
- [23] Mazur J. (red.). Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.
- [24] Chen E, Martin AD, Matthews KA. Socioeconomic status and health: do gradients differ within childhood and adolescence. *Social Science & Medicine* 2006, 62: 2161-2170.
- [25] DeCarlo Santiago C, Wadsworth ME, Stump J. Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *Journal of Economic Psychology* 2011, 32: 218-230.
- [26] Grajda A, Kułaga Z, Wójcik P i wsp. Zmienne ekonomiczne a umieralność młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999-2006. *Stand Med Pediatr* 2010, 7(1): 139-145.
- [27] Gromadecka-Sutkiewicz M, Kłos J, Adamek R i wsp. Palenie tytoniu wśród dzieci i młodzieży objętej nadzorem kuratorskimi a rodzina i grupa rówieśnicza. *Przeegl Lekarski* 2010, 67(10): 944-948.
- [28] Szymańska J. Środowisko życia dziecka a profilaktyka próchnicy zębów w Polsce. *Medycyna Środowiskowa* 2008, 11(2): 134-137.
- [29] Guessous I, Theler JM, Izart CD et al. Forgoing dental care for economic reasons in Switzerland: a six-year cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health* 2014, 14(121): 1-10.
- [30] Piotrowska D, Pędziński B, Szpak A. Finansowanie świadczeń stomatologicznych ze źródeł publicznych i niepublicznych w Polsce. *Hygeia Public Health* 2016, 51(1): 12-17.
- [31] Gao Y, Li LP, Kim JH et al. The impact of parental migration on health status and health behaviours among left behind adolescent school children in China. *BMC Public Health* 2010, 10(56): 2-10.

Adres do korespondencji:

*mgr Marcin Dudek
Zakład Epidemiologii
Katedra Epidemiologii i Biostatystyki
Wydział Zdrowia Publicznego SUM
41-902 Bytom, ul. Piekarska 18
e-mail: dudekmarcin1990@gmail.com
tel. +48 606 726 824*