

JERZY T. KOWALESKI, PIOTR SZUKALSKI

NIERÓWNOŚĆ WOBEC ŚMIERCI. ASPEKT DEMOGRAFICZNY I SPOŁECZNO-EKONOMICZNY

Fundamentalną wartością dla każdego człowieka jest jego życie i długość jego trwania. Wartość ta wypływa z ograniczoności czasu, jakiej każda jednostka jest poddana i powszechnego w kręgu kultury judeo-chrześcijańskiej uznawania życia ludzkiego i sędziwego wieku za wartości autoteliczne. C. Levi-Strauss uznał wręcz, iż główną cechą charakterystyczną cywilizacji zachodniej jest – obok ochrony zdrowia – afirmacja ludzkiego życia¹. Nie dziwi zatem wzrastające w ostatnich latach zainteresowanie problemami związanymi z kresem życia, zainteresowanie wyrażane przez przedstawicieli licznych dziedzin nauki.

Pomimo tego, iż w popularnych mitach czy tzw. potocznej opinii śmierć jest postrzegana jako jedyny naprawdę sprawiedliwy mechanizm biologiczno-społeczny, dosięgający każdego bez względu na jego status ekonomiczny czy społeczny w rzeczywistości związane jest z nią występowanie nierówności.

Tytułowa nierówność wobec śmierci wynika z niejednakowych dla wszystkich jednostek w populacjach ludzkich prawdopodobieństw zgonów w danym wieku, a co za tym idzie odmiennych szans dożycia określonego wieku. Wspomniana nierówność istniała zawsze i najprawdopodobniej zawsze będzie istnieć. Mimo przemian związanych z przejściem demograficznym (odejście od ekstremalnie wysokiej i powszechnie występującej umieralności oraz przedłużanie się trwania ludzkiego życia) i przejściem epidemiologicznym – zmianą miejsca grup przyczyn zgonów w ich hierarchii – nierówności nie zniknęły, a wręcz przeciwnie – stały się bardziej widoczne. Zanim zobrazujemy powyższe stwierdzenia przykładami wypada poczynić kilka uwag dotyczących dalszego wywodu.

Istnieje wiele modeli przedstawiających determinanty umieralności i mechanizmy ich funkcjonowania². Najczęściej przyjmuje się, że na poziom umieralności wpływ mają czynniki biologiczne, społeczne i środowiskowe; czynniki biologiczne obejmują genetyczne predyspozycje psychosomatyczne, czynniki społeczne – uwarunkowane obiektywnie i subiektywnie zachowania społeczne; zaś środowiskowe – utożsamiane są z szeroko rozumianym wpływem środowiska naturalnego. Dezagregując częściowo wymienione grupy czynników można stwierdzić, że do biologicznych należą przede wszyst-

¹ A. T y s z k a, *Kultura jest kultem wartości*, Lublin 1993, s. 16.

² M. O k ó ł s k i, *Modele czynników zachorowalności i umieralności*, [w:] M. Okólski (red.), *Determinanty umieralności w świetle teorii i badań empirycznych*, SGH, Warszawa 1990, s. 29-68.

kim wiek, płeć oraz uwarunkowania genetyczne; do społecznych: styl życia (skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych – nikotynizm, alkoholizm i narkomania), wykształcenie, miejsce i warunki pracy, rozporządalne dochody, stosunek do własnego zdrowia, stan cywilny, aktywność fizyczna i rekreacja, wierzenia religijne; do środowiskowych: stan biosfery, innymi słowy stopień degradacji powietrza, wody, ziemi, warunki klimatyczne zarówno w odniesieniu do miejsca zamieszkiwania, jak i pracy.

Opisany podział ma w znacznym stopniu charakter formalny. Niektóre z pojedynczych czynników można rozpatrywać w różnych grupach równocześnie (np. dieta czy miejsce zamieszkania).

Dodatkowe komplikacje w badaniu wpływu zewnętrznych uwarunkowań stanu zdrowia i trwania życia stanowi dowiedziony fakt, że pomiędzy wspomnianymi uwarunkowaniami zachodzą skomplikowane związki, zmienne w czasie i przestrzeni.

Zmienność temporalna i przestrzenna poniekąd przynajmniej zależności stanowi dodatkowe utrudnienie wyboru poziomu analizy. Fakt, iż zależność występuje w ramach np. danego kraju nie oznacza jeszcze, że ujawni się ona w ramach grupy państw. Tak, jak nie można pewnych uogólnień prawdziwych na poziomie mikro bezrefleksyjnie uznać za prawdziwe na poziomie makro, tak tezy prawdziwe na poziomie makro nie zawsze będą usprawiedliwione na poziomie mega (ponadnarodowym)³. W niniejszym opracowaniu analizę prowadzić będziemy na różnych poziomach szczegółowości, zarówno ze względu na przytoczone wcześniej uwagi, jak i po części z racji ograniczonej dostępności materiału statystycznego.

* * *

We współczesnej demografii dominują dwa typy podejść do studiów dotyczących umieralności: podejście deskryptywne i podejście eksplikatywne⁴. Pierwsze koncentruje się przede wszystkim na poziomie makro i mega, opisuje przemiany natężenia umieralności w różnych populacjach i zmiany w hierarchii ważności przyczyn zgonów, to drugie zaś dotyczy głównie poziomów mikro i mezo, starając się opisywać mechanizmy powodujące rozpowszechnianie się takich czy innych wzorców umieralności. W podejściu eksplikatywnym ze swej istoty opierającym się na badaniach małych próbek, próbuje się wytłumaczyć przemiany umieralności za pomocą zmiennych demograficznych, ekonomicznych i społecznych. W poniższym opracowaniu korzystać będziemy z obydwu podejść, starając się zarówno opisywać daną zależność, jak i dostarczyć próby wytłumaczenia mechanizmów związku. Autorzy mają świadomość, że nie będzie to analiza pogłębiona. Ograniczoność miejsca nie pozwala nam niestety na bardziej wnikliwe potraktowanie tych jakże ciekawych zależności.

* * *

³ H. Leibenstein, *Teoria mikro-mikro, wymiana: wykonawca-wykonawca oraz wydajność X*, [w:] K. Dopfer (red.), *Ekonomia w przyszłości*, Warszawa 1982, s. 98-101.

⁴ G. Caselli, *Parcours et etapes des études sur la mortalité dans la dynamique de la recherche démographique*, „Population”, 6, 1995, s. 1530-1536.

Tab. 1. Relacje grupowych współczynników zgonów dla mężczyzn i kobiet oraz wg miejsca zamieszkiwania w 1995 r.

Wiek	Zgony na 100 tys. danej płci			Stosunek						
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem M/K	Miasto/Ogółem	Wieś/Ogółem	Miasto: M/K	Wieś: M/K	M: Miasto/Wieś	K: Miasto/Wieś
Ogółem	1001	1095	911	1.201	0.940	1.094	1.202	1.192	0.866	0.859
0 lat	1360	1471	1243	1.192	1.008	0.991	1.107	1.280	0.954	1.103
1-4	43	47	38	1.237	0.930	1.070	1.356	1.090	0.958	0.773
5-9	22	27	16	1.687	0.863	1.091	1.785	1.578	0.833	0.737
10-14	24	30	18	1.667	0.958	1.041	1.555	1.722	0.903	1.000
15-19	63	91	33	2.757	0.888	1.174	2.666	2.946	0.734	0.811
20-24	86	134	36	3.722	0.895	1.151	3.162	4.676	0.736	1.088
25-29	106	165	44	3.750	0.915	1.103	3.355	4.256	0.825	1.046
30-34	150	230	67	3.433	0.933	1.093	3.253	3.701	0.879	1.000
35-39	243	369	116	3.181	0.950	1.090	2.949	3.710	0.884	1.112
40-44	388	579	198	2.924	0.958	1.087	2.715	3.407	0.883	1.108
45-49	592	874	320	2.731	0.976	1.057	2.593	3.072	0.913	1.083
50-54	883	1332	468	2.846	0.994	1.010	2.669	3.268	0.950	1.064
55-59	1281	1956	690	2.835	1.020	0.965	2.759	3.007	1.054	1.149
60-64	1913	2858	1131	2.527	1.024	0.962	2.449	2.673	1.047	1.142
65-69	2798	4065	1878	2.164	1.037	0.948	2.072	2.319	1.055	1.180
70-74	4209	5900	3167	1.863	1.029	0.963	1.823	1.925	1.053	1.112
75-80	6649	8695	5516	1.576	1.000	1.000	1.583	1.570	1.023	1.015
80-84	11043	13561	9876	1.373	0.975	1.029	1.357	1.384	1.025	0.970
85 i więcej	20524	21906	19998	1.095	0.960	1.119	1.081	1.098	0.909	0.923

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Rocznik Statystyczny Demografii 1996*, 216-219.

Najbardziej rzucająca się w oczy jest nierówność wobec śmierci wynikająca z przynależności do dwóch odmiennych płci. Nierówność ta występuje w dwóch różnych postaciach: w części krajów słabo rozwiniętych o niskim poziomie opieki zdrowotnej i wysokiej płodności w kilku grupach wieku (20-34 lata) zdecydowanie częściej umierają kobiety (efekt chorób okołoporodowych). W pozostałych krajach – czyli obecnie w większości państw świata – panuje sytuacja faworyzująca „słabą płć”. Jako przykład kraju, który przeszedł proces modernizacji demograficznej, służyć może Polska (tab. 1), w której niezależnie od miejsca zamieszkiwania i grupy wieku natężenie umieralności jest wśród mężczyzn większe, niekiedy znacząco. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat różnice w poziomie umieralności w Polsce ulegały zwiększaniu. Owa nadumieralność mężczyzn przejawia się najbardziej wyraziście w postaci parametru przeciętnego trwania życia i różnicy pomiędzy trwaniem życia mężczyzn i kobiet (tab. 2).

Tab. 2. Przeciętne trwanie życia osoby nowonarodzonej w zależności od płci w Polsce

Wyszczególnienie	Mężczyźni	Kobiety	Różnica
1931-1932	48.2	51.4	3.2
1952-1953	58.6	64.2	5.6
1955-1956	61.8	67.8	6.0
1960-1961	64.8	70.5	5.7
1965-1966	66.8	72.8	6.0
1973-1975	67.3	74.4	7.1
1985-1986	66.9	75.3	8.4
1991-1995	66.9	76.4	9.5
1996	68.12	76.57	8.45

Źródło: *Rocznik Statystyczny Demografii 1996*, GUS, Warszawa 1996, s. 277; *Trwanie życia i umieralność według przyczyn w 1996*, GUS, Warszawa 1997, s. 31-33.

Co jest przyczyną występowania takiej sytuacji?

Najczęściej podawana jest cała wiązka powodów. Niektórymi z nich, związanymi ze stylem życia, stanem cywilnym i wykształceniem zajmiemy się dalej. W tym miejscu warto wspomnieć o dwóch wyróżnikach charakterystycznych dla obydwu płci: różnicach biologicznych oraz podejściu do własnego zdrowia.

Wśród czynników biologicznych specjaliści poszukują wytłumaczenia różnic umieralności w odmiennej topografii tkanki tłuszczowej (u kobiet równomierne otłuszczenie całego ciała, u mężczyzn zaś tłuszcz jest zlokalizowany w centralnych częściach ciała) czy różnym wpływie żeńskich i męskich hormonów (np. żeński estrogen obniża ryzyko niedokrwistości serca, zaś męski testosteron powoduje niekiedy zaburzenia krzepliwości krwi i wzmacnia agresję). Ukoronowaniem tego kierunku badań jest hipoteza homeorezy, stwierdzająca, iż między płciami występują dziedziczne genetycznie różnice dotyczące przystosowywania się do warunków środowiskowych. Mężczyźni w większym stopniu są beneficjentami korzystnych warunków przyrodniczych i społecznych, lecz jednocześnie każda niesprzyjająca zmiana odbija się bardziej dramatycznie na stanie ich zdrowia, a w efekcie i umieralności. Ontogeneza kobiet przebiega pod każdym względem zdecydowanie stabilniej – mniej korzystają ze sprzyjających warunków, ale jednocześnie ponoszą mniejsze straty w przypadku niepożądanych zmian otoczenia⁵.

O tym, że jest to spowodowane głównie lepszym biologicznym przystosowaniem, mogą świadczyć dane mówiące, że np. we Francji w 1991 r. dalsze trwanie życia dla osób w wieku ukończonych 65 lat wynosiło odpowiednio: kobiety 20,1 lat, mężczyźni 15,7 lat, natomiast dalsze trwanie życia bez poważnych niezdolności: 18,1 i 14,8, zaś trwanie życia w dobrym zdrowiu 12,1 i 10,1, a zatem kobiety cieszą się nie tylko dłuższym życiem, ale i lepszym zdrowiem. Zależności te występują również w innych krajach⁶.

Również pod względem stosunku do własnego zdrowia kobiety przewyższają mężczyzn troską. To kobiety zdecydowanie częściej odwiedzają lekarzy, korzystają z leczenia i przepisywanych medykamentów. Owo większe staranie widoczne jest zwłaszcza przy dolegliwościach łagodnych i epizodycznych, efektem czego jest zażywanie większej ilości leków niż mężczyźni, zwłaszcza obniżających napięcie nerwowe, przeciwbólowych i wzmacniających. Mężczyźni już od dziecka uczeni są w takich sytuacjach nie ujawniać otoczeniu swych słabości i dolegliwości, co w starszych grupach wiekowych przejawia się w tzw. zachowaniach zastępczych.

Jednym z czynników najbardziej różnicujących umieralność jest posiadane wykształcenie. Im poziom wykształcenia jest wyższy, tym zmniejsza się ryzyko zgonu. Występowanie tej prawidłowości zostało potwierdzone również przez badania prowadzone w Polsce⁷. W warunkach kilku polskich miast (Wrocław, Katowice, Olsztyn, Białystok) maksymalne różnice pomiędzy cząstkowymi współczynnikami zgonów dla osób o wykształceniu podstawowym a wyższym były 4-5-krotne. Znaczenie tu miały również nierówności występujące pomiędzy pozostałymi poziomami wykształcenia.

⁵ E. Rogucka, *Spoleczne uwarunkowania nadumieralności mężczyzn w Polsce*, Monografie Zakładu Antropologii PAN, nr 13, Wrocław 1995, s. 35.

⁶ J. M. Robin, *Amelioration de l'etat de sante et progression de l'esperance de vie sans incapacite*, „Problemes economiques”, nr 2.523, 1997.

⁷ T. Bielecki, Cz. Brajczewski, E. Rogucka, Z. Welon, *Niektóre społeczne uwarunkowania przedwczesnej umieralności osób dorosłych w Polsce*, Monografie Zakładu Antropologii PAN, nr 12, Wrocław 1994, s. 14-21; Cz. Brajczewski, *Spoleczne różnice w umieralności z powodu nowotworów, chorób układu krążenia i zatruc*, „Studia Demograficzne”, 1996, nr 3 (125).

We wspomnianym już badaniu za przyczyny tak silnej dyferencjacji natężenia zgonów uznano fakt, iż w przypadku osób lepiej wykształconych występują następujące czynniki:

1. bardziej racjonalny sposób odżywiania się,
2. wyższy poziom higieny osobistej,
3. łatwiejszy dostęp do opieki lekarskiej,
4. większa aktywność własna w poszukiwaniu opieki lekarskiej,
5. mniej zagrażające zdrowiu warunki pracy,
6. lepsze zrozumienie znaczenia rekreacji i kultury fizycznej dla zdrowia i większa aktywność w tej dziedzinie,
7. mniejsza podatność na nawyki niszczące zdrowie, np. nadmierne spożywanie alkoholu czy nikotynizm.

Do powyższej listy należałoby dodać fakt, iż z reguły ze wzrostem poziomu wykształcenia idzie w parze wzrost dochodów dyspozycyjnych. Oprócz tego osoby lepiej wykształcone pochodzą najczęściej z zamożniejszych grup, a zatem wychowywały się jako dzieci w lepszych warunkach jeśli idzie o wyżywienie, warunki mieszkaniowe czy opiekę lekarską. Potwierdzeniem powyższej tezy – choć z zastrzeżeniem co do znaczenia zachowań prozdrowotnych widocznych w grupach lepiej edukowanych – mogą być badania stwierdzające istotnie lepszy stan zdrowia wśród osób lepiej wykształconych w porównaniu z osobami posiadającymi jedynie ukończoną szkołę podstawową i zawodową⁸. Owo społeczne zróżnicowanie rosło wraz z wiekiem na niekorzyść gorzej edukowanych.

Nierówności wobec śmierci związane są również ze stanem cywilnym (tab. 3).

Tab. 3. Współczynniki zgonów mężczyzn wg wieku i stanu cywilnego w Polsce w 1985

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Kawalerowie	1,23	3,87	10,77	21,44	38,46
Zonaci	1,12	1,49	3,36	9,59	21,93
Wdowcy	57,14	19,18	17,85	27,33	40,65
Rozwiedzeni	2,26	5,09	11,68	28,32	44,26

Źródło: M. P o d o g r o d z k a, *Zróżnicowanie umieralności według stanu cywilnego*, „Studia Demograficzne”, 1992, nr 3 (109), s. 54.

Jak widać z załączonej tabeli najkorzystniejszą sytuację mają osoby znajdujące się w stanie małżeńskim, najmniej zaś sprzyjającą osoby rozwiedzione i owdowiałe (załączono jedynie tabelę przedstawiającą zróżnicowanie wśród mężczyzn, albowiem ta właśnie płęć jest bardziej poddana wpływowi tego czynnika – wśród kobiet występują te same zależności, jedynie skala różnic jest mniejsza).

Wytłumaczenia takiego stanu rzeczy można się doszukiwać w:

1. selekcji do stanu małżeńskiego osób o lepszym stanie zdrowia (tłumaczyłoby to wzrastanie wraz z wiekiem nieistotnych początkowo różnic pomiędzy osobami żyjącymi w małżeństwie, a tymi stanu wolnego, co ma miejsce wraz z przerzedaniem się szeregów tych ostatnich);

⁸ E. R o g u c k a, Z. W e l o n, *Fitness of Professionals and Skilled Workers in Poland*, „J.Biosoc. Sci.”, 1996, nr 28.

2. korzystnym wpływie małżeństwa i rodziny na stan zdrowia małżonków (regularny tryb życia, mniejsza skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych, pozytywny wpływ życia seksualnego i macierzyństwa w przypadku kobiet)⁹;

3. fakcie, że ok. 28% rozwodów za główną przyczynę ma nadużywanie alkoholu¹⁰, co wyjaśnia w dużym stopniu wyższe współczynniki zgonów wśród osób rozwiedzionych (głównie mężczyzn);

4. zwiększoną umieralność osób owdowiałych najczęściej tłumaczy się intensywnym stresem spowodowanym śmiercią współmałżonka, utratą wsparcia emocjonalnego, a także pogorszeniem się warunków ekonomicznych i bytowych pozostałego przy życiu małżonka (dodajmy w tym miejscu, iż za nadrzędnością pierwszej z wymienionych przyczyn przemawia zarówno wyższa stopa zgonów związanych z samobójstwami, wypadkami czy zażywaniem „antystresorów”: alkoholu, tytoniu, narkotyków, jak i fakt, iż maksymalna nadumieralność osób owdowiałych pojawia się w okresie kilku-kilkunastu miesięcy po stracie współmałżonka)¹¹.

Kolejnym czynnikiem przyczyniającym się do powstawania nierówności wobec śmierci jest miejsce, rodzaj i warunki pracy (tab. 4).

Tab. 4. Wypadki śmiertelne przy pracy w 1995 r. w Polsce

Wyszczególnienie	Wypadki śmiertelne	Na 1000 pracujących
Ogółem	624	0.06
w tym:		
Rolnictwo, łowiectwo i leśnictwo	32	0.12
Rybolówstwo i rybactwo	1	0.07
Przemysł	244	0.06
górnictwo i kopalnictwo	61	0.17
działalność produkcyjna	153	0.05
zaopatrzenie w energię elektryczną, gaz i wodę	30	0.11
Budownictwo	114	0.14
Handel i naprawy	49	0.02
Hotele i restauracje	4	0.02
Transport, składowanie i łączność	77	0.09
Obsługa nieruchomości i firm	28	0.05
Edukacja	13	0.01
Pozostała działalność	16	0.05

Źródło: *Rocznik Statystyczny 1996*, GUS, Warszawa 1996, s. 141.

Dane w załączonej tabeli świadczą o tym, że różnica w umieralności pomiędzy najbardziej ryzykownymi działami gospodarki (górnictwo i kopalnictwo), a tym najmniej (edukacja) jest kilkunastokrotna. Zróżnicowanie to jest w dużym stopniu związane z przeciętnym, niezbędnym w danym dziale, poziomem kwalifikacji; działy wymagające wyższych kwalifikacji są z reguły bezpieczniejsze.

⁹ M. Podogrodzka, *Zróżnicowanie umieralności według stanu cywilnego*, „Studia Demograficzne”, 1992, nr 3 (109).

¹⁰ *Rocznik Statystyczny Demografii 1996*, GUS, Warszawa 1996, s. 151.

¹¹ P. Martikainen, T. Valkonen, *Mortality after the Death of a Spouse: Rates and Causes of Death in a Large Finnish Cohort*, „American Journal of Public Health”, August 1996, vol. 86, No 8, s. 1087-1093.

Znaczące nierówności występują również w układzie przestrzennym, nie tylko na poziomie mega – pomiędzy poszczególnymi krajami – ale również w ramach mniejszych i bardziej spójnych obszarów. Przykładem może być w tym miejscu zróżnicowanie umieralności w układzie administracyjnym w Polsce (tab. 5).

Tab. 5. Różnice w natężeniu umieralności pomiędzy województwami o ekstremalnych wartościach tego miernika w Polsce w latach 1991-1995 w przeliczeniu na 100 000 ludności stacjonarnej

	Mężczyźni			Kobiety		
	nowotwory	choroby układu krążenia	pozostałe przyczyny	nowotwory	choroby układu krążenia	pozostałe przyczyny
Polska	309	746	440	213	781	326
min	250 siedleckie	609 toruńskie	338 tarnowskie	154 zamojskie	570 toruńskie	225 wrocławskie
max	375 gdańskie	807 krośnieńskie przemyskie wałbrzyskie	542 toruńskie	267 gdańskie	869 skierniewickie	509 toruńskie
min/max	1,5	1,325	1,6	1,73	1,52	2,26

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: *Trwanie życia i umieralność według przyczyn w województwach w latach 1991-1995*, GUS, Warszawa 1997.

Przedstawione powyżej różnice w natężeniu umieralności prowadzą w konsekwencji do znaczących nierówności, jeśli idzie o dalsze przeciętne trwanie życia występujących w ramach układu przestrzenno-administracyjnego (tab. 6).

Tab. 6. Różnica w trwaniu życia pomiędzy województwami o ekstremalnych wartościach tego parametru w latach 1991-1995

	Mężczyźni					Kobiety				
	0	15	30	45	60	0	15	30	45	60
Różnica	4,22	3,94	3,94	3,13	1,66	3,35	3,05	2,93	2,50	2,00

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: *Trwanie życia i umieralność według przyczyn w województwach w latach 1991-1995*, GUS, Warszawa 1997.

Jak widzimy, zróżnicowanie trwania życia jest znacznie mniejsze w przypadku kobiet, co jest kolejnym dowodem potwierdzającym słuszność hipotezy homeorezy. W przypadku mężczyzn zastanawia utrzymywanie się różnicy pomiędzy terenami o ekstremalnych wartościach pomiędzy 15 a 30 rokiem życia na tym samym poziomie. Świadczy to, iż istnieją pewne jednostki administracyjne charakteryzujące się znaczną nadumieralnością mężczyzn w omawianym wieku.

Warto zauważyć, że w układzie przestrzennym widoczne są nierówności dotyczące różnych częstości zgonów pomiędzy mieszkańcami miast i wsi (tab. 1 i 7).

Tab. 7. Średnie dalsze trwanie życia w latach 1991-1995 w Polsce

	Mężczyźni					Kobiety				
	średnia liczba lat dalszego trwania życia dla osób w wieku lat									
	0	15	30	45	60	0	15	30	45	60
Ogółem	69.91	53.44	39.39	26.29	15.53	75.75	62.12	47.44	33.22	20.17
Miasto	66.91	53.41	39.26	26.06	15.31	75.41	61.80	47.11	32.90	19.94
Wieś	66.89	53.45	39.53	26.59	15.82	76.30	62.66	47.98	33.73	20.50
Różnica wieś-miasto	-0.22	0.04	0.27	0.53	0.51	0.89	0.86	0.87	0.83	0.56

Źródło: *Trwanie życia i umieralność według przyczyn w województwach w latach 1991-1995*, GUS, Warszawa 1997.

Powyższe dane tym bardziej przemawiają na korzyść wsi, iż ostatnich 50 lat było w Polsce okresem przyspieszonej urbanizacji, a proces ten odciąga z terenów wiejskich głównie osoby młode, o lepszym stanie zdrowia, pozostawiając na wsi nadreprezentację osób upośledzonych i chorych¹².

Tymczasem, jak widzimy, mieszkańcy wsi średnio mają przed sobą dłuższe trwanie życia, przy czym w przypadku mężczyzn nierówność ta wzrasta na korzyść wsi, w przypadku zaś kobiet z upływem wieku maleje, choć mimo tego jest większa niż dotycząca mężczyzn. W tym miejscu nasuwa się pytanie, jak jest możliwe, aby pomimo niższej umieralności w większości grup wieku w mieście (tab. 1), wieś była uprzywilejowana dłuższym trwaniem życia? Odpowiedź jest prosta: miasta mają niższą umieralność przede wszystkim w tych grupach wieku, w których natężenie umieralności jest niskie. Natomiast w okolicach wieku odpowiadającego normalnemu trwaniu życia (tj. wieku, na który przypada największa liczba zgonów) natężenie umieralności jest niższe na wsi.

Jakie są przyczyny dłuższego trwania życia na wsi? Wskazać należy na dwie grupy czynników: czynniki środowiskowe i czynniki społeczne¹³. Do czynników środowiskowych zaliczymy zarówno większe zanieczyszczenie środowiska miejskiego, jak i występowanie niekorzystnych dla organizmu ludzkiego emisji fal akustycznych, magnetycznych czy drgań mechanicznych. Jednakże odnosić można wrażenie, że wpływ środowiska na zróżnicowanie umieralności jest generalnie przeceniany. Bez wątpienia jest to element ważny, ale społeczne i psychologiczne (styl życia) czynniki mają prawdopodobnie większe znaczenie. Do czynników społecznych zalicza się postępujące w miastach wraz z ich wielkością, wynikające w dużej części ze stłoczenia wielu osób na niedużej przestrzeni, anomie i wyobcowanie, zanik głębszych więzi międzyludzkich oraz atroficzny rozrost stopnia komplikacji stosunków społecznych. Prowadzi to do narastania stresu, a w następnej kolejności do wzrostu zachorowalności (efekt osłabienia odporności długotrwałym stresem) i – ostatecznie – umieralności.

O tym, iż właśnie na obszarach zurbanizowanych narasta odczucie stresu świadczą może fakt, że właśnie w miastach najczęściej występują próby – również udane –

¹² L. Levi, L. Andersson, *Psychosocial Stress: Population, Environment and Quality of Life*, New York 1975, s. 34.

¹³ B. Popłaska-Turyna, *Wybrane determinanty zachorowalności i umieralności według badań empirycznych*, [w:] M. Okólski (red.), *Determinanty umieralności ...*, s. 113-123.

samobójstw, przy czym występuje silna zależność pomiędzy wielkością ośrodka miejskiego a częstością tego typu zdarzeń.

Wspomniana sytuacja miast jest tym bardziej niepokojąca, iż ludność miejska charakteryzuje się większą dbałością o stan swego zdrowia i ma łatwiejszy dostęp do infrastruktury medycznej. Co więcej, miasta są zamieszkiwane przez osoby lepiej wykształcone, osiągające wyższe dochody i zasiedlające mieszkania, które choć posiadają mniejszą powierzchnię, w wyższym stopniu wyposażone są w urządzenia sanitarne i wygody.

Ważną grupę czynników wpływających na powstawanie nierówności stanowią czynniki związane ze stylem życia, to jest preferowanymi wzorcami życia wyrażanymi w postaci zachowań, zainteresowań czy opinii. W dużym stopniu – w przeciwieństwie do prezentowanych dotychczas czynników – wybór stylu życia ma charakter świadomy, intencjonalny. Przejawia się on w interesującej nas dziedzinie w preferencji zachowań podnoszących lub obniżających prawdopodobieństwo zgonu. Do najważniejszych z nich zaliczymy¹⁴: odżywianie się i zachowania zastępcze (nikotynizm, alkoholizm) w połączeniu z ryzykownymi zachowaniami. Należy jednak jeszcze raz podkreślić, iż zagrożenia behawioralne w dużej mierze są zagrożeniami, których urzeczywistnienie się zależne jest od wyboru jednostki, stąd te nierówności mogą być traktowane za najmniej niesprawiedliwe.

Nierówności wobec śmierci wynikające ze statusu ekonomicznego w ciągu ostatnich stu lat znacznie się zmniejszyły. Na początku wieku w Petersburgu stopa umieralności wynosiła w klasach posiadających 12,6 promille, zaś wśród proletariatu 27,2 promille. W latach 1931-1940 różnica w przeciętnym trwaniu życia pomiędzy wyższą warstwą ludności białej a niższą warstwą ludności czarnej w USA wynosiła 17,3 lat¹⁵. Dziś zaś różnice związane ze statusem ekonomicznym są bądź nieznaczne, bądź wręcz statystycznie nieistotne. Zdecydowanie większe znaczenie mają obecnie takie czynniki, jak wykształcenie, warunki mieszkaniowe czy styl życia, choć oczywiście zmienne te są w jakimś stopniu powiązane ze statusem ekonomicznym¹⁶. Oczywiście, różnice zmniejszają się dopiero po osiągnięciu pewnego poziomu rozwoju gospodarczego i objęciu społeczeństwa danego kraju powszechną opieką zdrowotną. Tym niemniej mimo trudności udowodnienia wpływu nierówności ekonomicznych na trwanie życia stwierdzić należy, iż w przypadku pacjentów umierających wyższy status materialny oznacza możliwość lepszej opieki lekarskiej, skuteczniejszych metod zwalczania bólu, zatrudnienia prywatnej pielęgniarki itd. Tym samym pomimo braku dowodów ilościowych na występowanie nierówności związanych ze statusem ekonomicznym, mówić będziemy o występowaniu nierówności wynikłych z różnic w zakresie jakości opieki nad umierającym.

Jak już wspominaliśmy, nierówności występują nie tylko w ramach poszczególnych państw, ale również pomiędzy państwami czy ich grupami (tab. 8). W tym przypadku widzimy – o czym była mowa na początku referatu – iż pomimo, że w poszczególnych krajach (zwłaszcza wysoko rozwiniętych) trudno mówić o wpływie stratyfikacji ekonomicznej na umieralność, o tyle zależność ta istnieje wyraźnie w skali ponadnarodowej.

¹⁴ Tamże, s. 134-156.

¹⁵ E. Ross et, *Trwanie ludzkiego życia*, Wrocław 1979, s. 315, 318.

¹⁶ G. Wunsch, J. Duchene, E. Thiltges, M. Salhi, *Socio-Economic Differences in Mortality. A Life Course Approache*, „European Journal of Population”, 1996, 12, s. 167-185.

Tab. 8. Przeciętne trwanie życia w wielkich regionach świata dla płci obojga

Wyszczególnienie	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1985-1990	1990-1995
Europa	65.4	69.6	71.2	74.4	73.0
b. ZSRR	61.7	70.0	70.4	69.1	66.0 ^a
Azja Wschodnia	46.7	56.5	62.5	70.3	70.0
Azja Południowa	39.1	44.6	48.5	57.0	60.0 (64.0) ^b
Afryka	36.1	40.8	45.0	51.7	52.0
Ameryka Północna	69.0	70.1	71.4	75.2	76.0
Ameryka Łacińska	52.3	57.1	61.4	66.5	68.0
Oceania	60.8	63.9	65.8	71.5	73.0

a – Federacja Rosyjska

b – dane dla Azji Środkowo-Południowej (60) i Południowo-Wschodniej (64)

Źródło: E. R o s s e t, *Trwanie życia ludzkiego*, Wrocław 1979, s. 217; *World, Population Prospects. The 1994 Revision, UN*, N. York 1995; *World Population 1996, UN.*, N. York 1996.

Powyższe nierówności wobec śmierci występujące pomiędzy kontynentami i w ich ramach związane są z wieloma czynnikami. Oprócz tak oczywistych, jak różny dostęp do opieki zdrowotnej, różny – często wyraźnie nie sprzyjający klimat, wykształcenie, poziom rozwoju gospodarczego, do czynników na pierwszy rzut oka nie różnicujących szansy na długie życie należą takie, jak: wierzenia religijne czy dostęp do nadającej się do dalszego wykorzystania wody¹⁷.

Obserwacja tempa zmian e_0 w dłuższym okresie pozwala stwierdzić, że różnice w wartościach tego parametru poszczególnych przedstawionych w tabelicy regionów świata ulegają zmniejszeniu. Przyrost dalszego trwania życia w Europie czy Ameryce Północnej, gdzie jest ono relatywnie najdłuższe, postępował bowiem wolniej niż w Afryce czy Azji Południowej w tym samym czasie (1950-1995). Istniejący dystans (Europa – Afryka 21 lat w połowie bieżącego dziesięciolecia) jest w dalszym ciągu świadectwem luki cywilizacyjnej, wskazującym, że porównywane obszary plasują się w różnych fazach przejścia demograficznego.

Opisywany dystans w skali mega, który traktujemy jako nierówność wobec śmierci, jest jeszcze bardziej wyrazisty i dojmujący, kiedy przedstawiając go posłużymy się wielkościami ekstremalnymi spotykanymi w krajach współczesnego świata. Maksymalne długości przeciętnego dalszego trwania życia noworodka dla płci obojga, sięgające w 1995 r. 79 lat (Japonia, Islandia), były ponad dwukrotnie większe od minimalnych w tym samym czasie (Sierra Leone – 34 lata). Celowo w rozpatrywanym porównaniu pomijamy sytuację w Ruandzie, gdzie w połowie lat dziewięćdziesiątych – w wyniku toczącej się tam wojny domowej i wysokich w związku z tym prawdopodobieństw zgonów – przychodzący na świat noworodek miał szansę przeżycia 23 lat. Jest to wartość parametru e_0 zbliżona do spotykanej w krajach Europy w okresie średniowiecza. Sygnalizowana nierówność widoczna jest zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet. Fundusz lat, jaki miał do przeżycia noworodek płci męskiej w Japonii w roku 1995, wynosił 76, w przypadku płci żeńskiej 82 lata, w Sierra Leone odpowiednio 33 i 35 lat.

Omawiane do tej pory nierówności wynikają z przynależności do subpopulacji o różnym ryzyku zgonu. W demografii taką subpopulację charakteryzującą się wystę-

¹⁷ Ph. C o l l o m b, *Population et ressources en eau*, „Problemes économiques”, 1994, nr 2.421, s. 24-27.

powaniem jakiegoś zdarzenia w tym samym czasie nazywamy kohortą. Przynależność do danej kohorty może powodować większe lub mniejsze narażenie na zgon. Stwierdzenie powyższe nabiera szczególnego znaczenia na przykładzie specyficznej kohorty, jaką jest generacja. Pewne nadzwyczajne wydarzenia czy wręcz zagrożenia wpływają na poziom umieralności. Warto zwrócić się w tym miejscu do przykładu związanego z okupacją hitlerowską na ziemiach polskich. Oprócz wiadomego wszystkim faszystowskiego ludobójstwa, skutki okupacji – jak się okazuje – widoczne są do dziś poprzez nadumieralność, zwłaszcza mężczyzn, którzy w okresie wojny przechodzili okres dojrzewania i kobiet, które w tym samym okresie przechodziły ciążę i poród¹⁸. Innym współczesnym przykładem wpływu wojny na powstawanie nierówności, do którego się wcześniej odwoływaliśmy, jest sytuacja w Ruandzie, gdzie w ciągu 5 lat przeciętne dalsze trwanie życia obniżyło się o ponad połowę (z 47 lat w okresie 1985-1990 do 23 lat w następnym pięcioleciu).

* * *

Jeśli zgodzimy się z Johnem Ruskinem, iż „jedynym prawdziwym bogactwem jest życie”, musimy zgodzić się ze stwierdzeniem, że sprawiedliwość wymagałaby, aby każdy z nas miał równe szanse na przeżycie długiego życia. Tymczasem szanse te są mocno zróżnicowane. O ile nie budzą w nas sprzeciwu różnice wynikające z odmiennego dziedzictwa genetycznego (czynnik biologiczny), pewne elementy wpływu środowiska (klimat) czy zróżnicowanie wynikające ze świadomych zachowań jednostek dotyczące tychże jednostek, o tyle niepokój budzą różnice związane z oddziaływaniem czynników społecznych, nierówności ekonomicznych oraz konsekwencji zachowań innych osób czy instytucji.

Rozpatrywaliśmy nierówności wobec śmierci wynikające z różnych prawdopodobieństw przeżycia, prowadzących w konsekwencji do różnej długości trwania życia. Nierówności te związane są na ogół z przynależnością do różnych kohort. Oprócz tradycyjnie pojmowanych kohort uwarunkowanych wystąpieniem jakiegoś zdarzenia lub zdarzeń w pewnym okresie (np. zawarcia małżeństwa, wydania na świat dziecka, urodzenia się, zamieszkiwania na terenach miejskich), wyszczególnić należy kohorty mentalne. Skupiają one osoby posiadające wspólne poglądy w pewnych kwestiach. Członkowie kohort mentalnych odznaczają się zatem wspólnymi upodobaniami (preferencjami) i w konsekwencji wspólnymi elementami stylu życia, przejawiającymi się w zachowaniach mających wpływ na ryzyko zgonu.

Oczywiście w przypadku konkretnej jednostki trudno autorytatywnie stwierdzić, czy będzie ona rzeczywiście upośledzona czy uprzywilejowana, albowiem każdy należy równocześnie do wielu kohort – tradycyjnie pojmowanych i mentalnych, podlega zatem oddziaływaniu licznych czynników związanych z przynależnością do konkretnej wiązki kohort. Zgoda na tak sformułowaną tezę wskazuje na dużą złożoność przyczyn nierówności wobec śmierci, o czym wspomniano na wstępie tego referatu.

¹⁸ L. B o l e s ł a w s k i, *Różnice w umieralności między generacjami jako skutek wojen światowych*, „Studia Demograficzne”, 1985, nr 4 (82).