

Cel

Celem projektu jest analiza transmisji stanu zdrowia i ryzyka zdrowotnego w rodzinie ze szczególnym uwzględnieniem transmisji międzypokoleniowej i obecnych efektów moderacji. Mając na uwadze dużą rolę socjalizacji w rodzinie, realizacja projektu ma znaczenie pragmatyczne (aplikacyjne), włączając określenie rekomendacji. Ryzyko zdrowotne jest definiowane jako ogół pozamedycznych, modyfikowalnych czynników, które zwiększają prawdopodobieństwo choroby, przy czym do najważniejszych czynników zalicza się m.in. złą dietę, uzależnienia, brak aktywności fizycznej oraz nadwagę lub otyłość (OECD 2020). Proponowana analiza obejmuje obiektywne i subiektywne mierniki stanu zdrowia (Ngamaba et al. 2017).

Polski Główny Urząd Statystyczny rozszerza Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia o próbkę dzieci w wieku do 14. roku życia. W pierwszej części proponowanego projektu poddane analizie zostaną dane krajowe nt. stanu zdrowia i ryzyka zdrowotnego dzieci ($n = 3\,794$) oraz analogiczne dane nt. stanu zdrowia i ryzyka zdrowotnego ich rodziców. W tej części określono dwie grupy hipotez, które poniżej są prezentowane w zarysie. Po pierwsze, obserwowana jest transmisja międzypokoleniowa ryzyka zdrowotnego od rodziców do dzieci, która znajduje odzwierciedlenie w istotnych statystycznie związkach między cechami rodziców i dzieci, jak: (a) dieta, (b) aktywność fizyczna, (c) korzystanie z opieki zdrowotnej, (d) ignorowanie problemów zdrowotnych. Po drugie, płeć dziecka jest moderatorem związku między subiektywnym a obiektywnym wymiarem stanu zdrowia dziecka, również przy uwzględnieniu charakterystyk społeczno-ekonomicznych.

Podstawą drugiej części projektu będą dane z trzeciej fali Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia bez ograniczenia geograficznego (będą to dane nie tylko z Polski). W tej części na podstawie literatury zostały określone trzy grupy hipotez. Po pierwsze, obserwowana jest luka między ludnością migracyjną a miejscową w zakresie stanu zdrowia i ryzyka zdrowotnego. Poziom tej luki jest zróżnicowany ze względu na pokolenie migrantów (pierwsze i drugie pokolenie migrantów), również uwzględniając w modelu wiek ludności i jej charakterystyki społeczno-ekonomiczne. Wyrównywanie różnic zdrowotnych (asymilacja zdrowotna) ludności napływowej do Unii Europejskiej jest zróżnicowane ze względu na obszar zdrowia, co oznacza, że znany z literatury „efekt zdrowego migranta” nie ma charakteru uniwersalnego. Druga hipoteza stanowi, że obserwowany jest *matching* partnerów życiowych, w tym małżonków, ze względu na stan zdrowia i ryzyko zdrowotne, również przy uwzględnieniu wieku i charakterystyk społeczno-ekonomicznych. Po trzecie, bycie w związku jest w ujemnej relacji z poziomem ryzyka zdrowotnego i w dodatniej relacji ze stanem zdrowia. Z powodu ewolucji życia rodzinnego w Europie analiza związków nie będzie ograniczona do małżeństw.

Znaczenie

Dotychczas nieraz analizowano transmisję międzypokoleniową statusu społeczno-ekonomicznego, ukazując (nie)równość szans jednostek w społeczeństwie. Jednak, jak zaznaczyły Coneus i Spiess (2012, s. 89), „bardzo mało” badań dotyczyło transmisji międzypokoleniowej czynników ryzyka zdrowotnego. Niedawno powyższe zostało potwierdzone również przez Hallidaya i in. (2019, s. 367), którzy stwierdzili, że temat transmisji międzypokoleniowej czynników ryzyka zdrowotnego był dotychczas „zwykle ignorowany”. Zdrowie jest jednym z kluczowych mierników zamożności (Jones i Klenow 2016). To również składowa kapitału społecznego, co konceptualizacji jako pierwszy poddał Grossman (1972).

W projekcie analizowane będą czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia, które mają wysokie znaczenie dla zdrowia publicznego. W stanowiącym kamień milowy raporcie Rządu Kanady (Lalonde 1974) zdefiniowano cztery pola zdrowia: styl życia, narażenie środowiskowe, biologia człowieka oraz system ochrony zdrowia. Raport ten był cytowany dotychczas ponad 5 000 razy i stał się przyczynkiem kolejnych analiz, w tym np. badania czynników ryzyka dziesięciu najczęstszych przyczyn zgonu w Stanach Zjednoczonych w którym stwierdzono, że 50% umieralności związane jest z nieprawidłowym stylem życia, 20% z narażeniem środowiskowym, 20% z biologią człowieka, a 10% z nieodpowiednim systemem ochrony zdrowia (Centres for Disease Control 1977). Czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia oraz dostępem do system ochrony zdrowia są szeroko mierzone w Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia.

Rezultaty

Hipotezy będą testowane na podstawie modeli ścieżkowych cząstkowych najmniejszych kwadratów (PLS-PM). Jak zauważyli Ahlburg (1998) i Halliday (2021), stan zdrowia jest trudny w pomiarze. Dlatego w analizie zostanie przyjęte zasadniczo inne podejście niż w badaniach poprzednich. Wskaźniki będą w większości modelowane jako miary formatywne. We wcześniejszych badaniach z zakresu międzypokoleniowej transmisji zdrowia, np. u Case'a i in. (2002), Coneus i Spiess (2012) oraz Hallidaya i in. (2021) posługiwano się jedną miarą stanu zdrowia.

W ramach projektu zostanie przygotowanych pięć artykułów naukowych. Wyniki zostaną zaprezentowane również na konferencjach naukowych. Część analiz zostanie zrealizowana w INVEST Research Flagship Centre, które jest wspólną inicjatywą Uniwersytetu w Turku oraz Fińskiego Instytutu Zdrowia i Dobrobytu.