

BARTOSZ OGÓREK

Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie

WYBRANE MIARY ZDROWIA PRZESZŁYCH POPULACJI JAKO ELEMENT BADAŃ NAD BIOLOGICZNYM STANDARDEM ŻYCIA*

Abstract

The aim of the paper is to shed light on the theoretical background of the inclusion of health in the standard of living studies, and the use of two of its specific measures — life expectancy at birth and body height. Hence, the article describes the idea of capabilities and functionings developed by Amartya Sen as a proposed solution to the limitations of the classic measurement of the standard of living.

Key words: health, biological standard of living, Amartya Sen, body height, life expectancy at birth

Słowa kluczowe: zdrowie, biologiczny standard życia, Amartya Sen, wysokość ciała, przewidywana dalsza długość życia w momencie urodzenia

„Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”¹. Ta wciąż obowiązująca w przestrzeni międzynarodowej definicja zdrowia, zaczerpnięta z konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, wzbudzała i wzbudza wiele kontrowersji głównie za sprawą powiązanych zarzutów o nadmierny holizm czy zbytnią ogólnikowość². Wydaje

* Dziękuję dr. Radosławowi Poniatowi za celne wskazówki pozwalające na udoskonalenie niniejszego tekstu.

¹ *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r.*, (Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477).

² Zob. m.in. numer specjalny czasopisma „The Hastings Center Studies” poświęcony w całości koncepcjom zdefiniowania zdrowia: „The Hastings Center Studies” 1/3, 1973, a także: L. B r e -

się jednak, że z punktu widzenia nauk społecznych definicja ta zwraca uwagę na to, co wymykać się może samej medycynie jako nauce empirycznej, a więc subiektywizm stanu zdrowia, zależny nie tylko od czynników biologicznych, ale również społeczno-gospodarczych i psychologicznych³. Warto zwrócić uwagę, że spór o to, czym jest zdrowie i choroba i jak postrzegać te zjawiska w badaniach naukowych przeniknął również do dyskusji nad historią medycyny i zdrowia publicznego. Na szerszy, społeczny kontekst tego rodzaju dociekań zwracała uwagę m.in. Linda Bryder, pisząc: „Historia zdrowia i choroby nie jest wyłącznie przedmiotem antykwarycznych zainteresowań historyków medycyny; jest ona nieodzowna by zrozumieć oddziaływanie społecznych i gospodarczych polityk rządów”⁴.

Relatywność zdrowia i choroby sprawiać może szczególne problemy badaczom przeszłości, w tym również historykom medycyny, stąd warto przypomnieć dlaczego i w jaki sposób przyjęło się mierzyć poziomy zdrowia w badaniach kwantytatywnych. Takie ujęcie problemu może bowiem pomóc osadzić analizę rozwoju nauk medycznych czy zdrowia publicznego w szerszym, społeczno-ekonomicznym kontekście. Jest to istotne tym bardziej, gdy badacz odnosi się do pojęć konstruowanych społecznie. Problemy konceptualizacji ważnych z punktu widzenia badań naukowych pojęć pojawiają się także w przypadku innych aniżeli zdrowotność dziedzin życia ludzkiego, nic więc dziwnego, że dotyka on również zrozumienia, czym jest jakość i standard życia oraz prób ich parametryzacji.

W klasycznym ujęciu przyjęło się definiować stopę życiową jako „stopień zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych ludności”, „ekonomiczną składową ludzkiego dobrobytu” czy nawet „całkowitą użyteczność, jaką jednostka czerpie z konsumpcji dóbr uzyskanych w wyniku pracy, inwestycji i transferów”⁵. Tradycyjnymi zaś jej miarami w historii gospodarczej są analizy produktu krajowego brutto, ruchu cen i płac, a w szczególnych przypad-

słow, *A Quantitative Approach to the World Health Organization Definition of Health: Physical, Mental and Social Well-being*, „International Journal of Epidemiology” 1/4, 1972, s. 347–355; Ch. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, „Philosophy of Science” 44/4, 1977, s. 542–573; M. Huber *et al.*, *How Should We Define Health?*, „BMJ: British Medical Journal” 343, 2011, doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4163>; w języku polskim przede wszystkim: J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 40/1, 2013, s. 5–29.

³ J. Domaradzki, *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*, „Hygeia” 48/4, 2013, s. 408–419.

⁴ L. Bryder, *The First World War: Healthy or Hungry?*, „History Workshop Journal” 24, 1987, s. 141.

⁵ Zob. hasło: „stopa życiowa”, w: *Mała Encyklopedia Ekonomiczna*, Warszawa 1961, s. 661; hasło: „standard życia”, w: *Słownik ekonomii*, Warszawa 2008, s. 451; T. Bengtsson, *Living Standards and Economic Stress*, w: *Life Under Pressure: Mortality and Living Standards in Europe and Asia, 1700–1900*, red. T. Bengtsson *et al.*, Cambridge 2004, s. 27–59, cytat i tłumaczenie za: P. Guzowski, R. Poniat, *Standardy i jakość życia w historiografii światowej. Przegląd badań i problemów*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych” 76, 2016, s. 10.

kach budżetów gospodarstw domowych⁶. Przekonanie o tym, że wartość ogółu wytworzonych przez dane społeczeństwo dóbr w odniesieniu do jego liczebności daje dobre wyobrażenie o zaspokojeniu potrzeb materialnych pojawiło się już w pracach ojca klasycznej ekonomii, a więc Adama Smitha, który w *Badaniach nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*, przekonywał iż: „Roczna praca każdego narodu jest funduszem, który zaopatruje go we wszystkie rzeczy konieczne i przydatne w życiu, jaki ten naród rocznie konsumuje [...]. Zależnie więc od tego, czy ten produkt — lub to, co się zań nabywa — jest większy lub mniejszy w stosunku do liczby tych, którzy go mają konsumować, naród będzie lepiej lub gorzej zaopatrzony we wszystkie rzeczy konieczne i przydatne, których potrzebuje”⁷. Po dziś dzień Produkt Krajowy Brutto *per capita* pozostaje podstawową miarą rozwoju ekonomicznego społeczeństw (zarówno przeszłych, jak i obecnych) i choć wciąż sprawdza się jako narzędzie globalnych porównań, to jednak w opinii wielu ekonomistów jest metryką niewystarczającą⁸. Krytyka swego rodzaju monopolu PKB w studiach nad poziomem życia wiąże się z odnową w drugiej połowie ubiegłego wieku nurtu *welfare economics*⁹. Zjawisko to wynikało również z trudności porównań przez organizacje międzynarodowe (głównie WHO oraz ONZ i jej agendy FAO, ILO, UNESCO) poziomu życia w krajach rozwiniętych i rozwijających się. Próba wypracowania wspólnych i aplikowalnych w różnych populacjach miar zaowocowała nawet opublikowanym w 1961 roku podręcznikiem pt. *International Definition and Measurement of Levels of Living*, gdzie wśród proponowanych składowych poziomu życia, obok konsumpcji i wyżywienia, edukacji, pracy, sytuacji mieszkaniowej, bezpieczeństwa socjalnego, ubioru, rozrywki i wolności, znalazło się również zdrowie¹⁰.

⁶ W. Kula, *Problemy i metody historii gospodarczej*, Warszawa 1983, s. 273–317; P. Guzowski, R. Poniat, *Standardy i jakość życia...*; M. Malinowski, *Zmierzyć zacofanie. Zestawienie najważniejszych szacunków materialnych standardów życia w Polsce przedprzemysłowej*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych” 76, 2016, s. 61–91; J.L. Van Zanden, *Wages and the Standard of Living in Europe, 1500–1800*, „European Review of Economic History” 3/2, 1999, s. 175–197.

⁷ A. Smith, *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*, t. 1, Warszawa 2007, s. 3.

⁸ J.L. van Zanden, et al., *How Was Life?: Global Well-being since 1820*, 2014, s. 24; R.H. Steckel, *Standards of Living (Historical Trends)*, w: *The New Palgrave Dictionary of Economics*, red. S.N. Durlauf, L.E. Blume, 2008; *The New Palgrave Dictionary of Economics Online*, Palgrave Macmillan, 01 December 2017, http://www.dictionaryofeconomics.com/article?id=pde2008_S000533, doi:10.1057/9780230226203.1606; J. Godłowski-Legiędź, *Kontrowersje wokół pomiaru dobrobytu społecznego*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” Rok LXX, z. 4, 2008, s. 91–108.

⁹ Zob. J.E. Stiglitz, *The Invisible Hand and Modern Welfare Economics*, No. w3641. National Bureau of Economic Research, 1991.

¹⁰ *International Definition and Measurement of Levels of Living (An Interim Guide)*, E, No. CN.3/270/Rev.1, https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesE/SeriesE_cn3_270_rev1E.pdf [dostęp: 01.12.2017].

Ogromny wkład w poszerzenie rozumienia standardu i jakości życia wniosł swoimi pracami laureat nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii Amartya Sen. Według Sena rozwój gospodarczy, a co za tym idzie i standard życia, jest już nie tyle rezultatem zaspokajania konkretnych potrzeb, co swoście pojmowaną wolnością (*freedom*)¹¹. Oczywiście wzrost zamożności jest ważnym środkiem do osiągnięcia celu, jakim jest poszerzenie wolności jednostki i społeczeństw, nie jest jednak celem samym w sobie¹². Jako wolność, standard życia nie może więc być już pojmowany czysto materialnie. W zamian Sen zaproponował rozumienie jakości życia w dwóch aspektach ludzkiego życia, nazwanych przez niego możliwościami (*capabilities*) i funkcjonowaniami (*functionings*)¹³. Argumentację przemawiającą za takim postępowaniem warto przytoczyć szerzej. Sen podkreśla, jak zmieniające się warunki mogą wpływać na standard życia, nawet jeżeli posiadane towary nabierają większej wartości: „wyobraźmy sobie”, pisze Sen, „że funkcja użyteczności koszyka dóbr znacząco obniżyła się z powodu zanieczyszczenia powietrza, zbirów na ulicach i szpicli podglądających przez okna. Zakupione dobra mogą mieć wyższą wartość [aniżeli wcześniej], ale osoba nie może wykonywać wielu czynności, które wykonywała wcześniej. Nie może oddychać świeżym powietrzem (ani uniknąć chorób płuc), nie może swobodnie poruszać się po zmroku i nie może zachować prywatności. W takim wypadku byłoby absurdem twierdzenie, że standard życia owej osoby wzrósł tylko dlatego, że zakupiony pakiet dóbr jest cenniejszy niż w poprzednim okresie”¹⁴. W tej sytuacji zarówno podejście operujące funkcjami użyteczności, jak i indeksami towarowymi mogą być mylącym wyznacznikiem poziomu życia¹⁵. Posługując się przykładem chleba, Sen wyjaśnia, że „użytykarysta zajmie się tylko faktem, iż chleb tworzy użyteczność — szczęście lub zaspokojenie dążenia poprzez jego konsumpcję. To oczywiście prawda, lecz tworzenie użyteczności nie jest jedyną funkcją chleba. Przyczynia się on również do wyżywienia [...]. Chleb posiada własności odżywcze (kalorie, proteiny itd.), ale również inne właściwości, np. zapewnianie stymulacji, spełnianie norm społecznych, uła-

¹¹ A. Sen, *The Living Standard*, Oxford Economic Papers, New Series, vol. 36, Supplement: *Economic Theory and Hicksian Themes*, Nov. 1984, s. 83–84.

¹² *Idem*, *Development as Freedom*, New York 2000, s. 3–4.

¹³ A. Sen, *The Living Standard...; Idem*, *Nierówności. Dalsze rozważania*, tłum. I. Topińska, M. Kochanowicz, Kraków 2000, s. 54–56. Termin *capabilities* w polskiej literaturze naukowej tłumaczy się częstokroć jako „zdolności”, w niniejszym artykule proponuję jednak tłumaczenie „możliwości”, gdyż moim zdaniem lepiej oddaje ono intencje Sena. Przyjmuję tu równocześnie argumentację przedstawioną w artykule T. Kwarciański, *Równość i korzyść. Amartyi Kumar Sena koncepcja sprawiedliwości dystrybtywnej*, Kraków 2011, s. 114–119.

¹⁴ A. Sen, *The Living Standard...*, s. 82.

¹⁵ *Ibidem*.

twianie spotkań [...]. Posiadanie chleba daje mi możliwość funkcjonowania (*capability of functioning*) na określone sposoby, np. bycia wolnym od głodu czy niedoborów substancji odżywczych¹⁶. Wolność osoby, a więc standard jej życia, wiąże się tu z pewną swobodą wyboru przez jednostkę konkretnych funkcjonowań z całego potencjalnego ich wachlarza (możliwości). Jest to swoboda wyboru, „by żyć tak, a nie inaczej”¹⁷. Upraszczając, możliwości mają odpowiedzieć na pytanie, co osoba może robić, zaś funkcjonowanie — co robi¹⁸? Rozróżnienie to uwidacznia się bardzo wyraźnie w przypadku analizy zjawisk związanych z kontekstami, wydawałoby się, dość oczywistej kwestii żywienia. Sen zwraca uwagę na ograniczony sens bezpośredniego porównywania zasobu kalorii przyjmowanych przez osoby, których standard życia chcielibyśmy zestawić bez uwzględnienia kontekstu jaki towarzyszy życiu tych osób. Autor podaje przykład postu, który jest czymś diametralnie różnym od głodowania wynikłego z braku żywności¹⁹. I odwrotnie, jakość życia człowieka opływającego w produkty żywnościowe, ale chorobliwie otyłego bądź skolonizowanego przez pasożyty, może być niższa od jakości życia osoby, która niedojada, ale jest wolna od tych dolegliwości²⁰. W następstwie tych rozważań musi pojawić się pytanie o implikacje praktyczne założeń Sena. Jak postaram się wykazać poniżej, idee Amartyi Sena stanowią inspirację zarówno dla wielu badań ilościowych, jak i jakościowych, choć oczywiście autor ten świadom był trudności związanych z wcieleniem w praktykę badawczą jego rozumienia standardu życia, a to głównie za sprawą ograniczeń źródłowych. Mimo tych problemów noblista zachęcał jednak badaczy do próby uwzględnienia szerszego kontekstu stopy życiowej, pisząc: „Nawet więc jeśli ograniczenia w dostępie do danych zmuszają nas, z przyczyn pragmatycznych, do spuszczenia z tonu i rezygnacji z pełnego odtwarzania zbiorów zdolności, ważne jest, by nie zapominać o motywach podejmowanych analiz i by zrobić w danych warunkach tyle ile się da”²¹.

Filozofia Amartyi Sena dalece wykracza jednak poza badania gospodarcze czy pytania o rozwój ekonomiczny społeczeństw, na co wskazują prace amerykańskiej filozof Marthy Craven Nussbaum. W etycznym ujęciu autorki, wypracowanym po części niezależnie od dociekań Sena, możliwości stają się bowiem nie tylko kontekstem jakości życia, ale również podstawowymi kategoriami

¹⁶ *Ibidem*, s. 84.

¹⁷ *Idem*, *Nierówności...*, s. 56.

¹⁸ *Idem*, *The Living Standard...*, s. 84; A. Sen et al., *The Standard of Living*, Cambridge 1987, s. 36–37.

¹⁹ A. Sen, *Nierówności...*, s. 69.

²⁰ A. Sen et al., *The Standard of Living...*, s. 15.

²¹ *Idem*, *Nierówności...*, s. 70.

rozumienia ludzkiej godności, sprawiedliwości społecznej czy równości płci²². Nussbaum proponuje przyjąć dziesięć centralnych możliwości: życie, zdrowie cielesne, cielesną integralność, zmysły, wyobraźnię i myśl, emocje, praktyczny rozum, przynależność, relację do innych gatunków, zabawę, polityczną i materialną kontrolę nad własnym środowiskiem²³. Podobnie jak we wspomnianej powyżej definicji jakości życia wysuniętej przez ONZ, odnajdziemy tu obszary bezpośrednio bądź pośrednio związane ze zdrowiem. Postawiona na pierwszym miejscu listy możliwość opisana jako „życie” jest w rozumieniu autorki zdolnością doczekania przez człowieka końca życia „normalnej długości”, uniknięcia przedwczesnej śmierci lub śmierci zanim życie „będzie tak ograniczone, że niewarte życia”. Z kolei „zdrowie cielesne” definiowane jest jako możliwość posiadania dobrego zdrowia (w tym zdrowia reprodukcyjnego), odpowiedniego wyżywienia i schronienia. Zaś „cielesna integralność” polegać ma z jednej strony na swobodzie przemieszczania się, ale również na suwerenności własnej strefy cielesnej — bezpieczeństwie przed napaścią (w tym napaścią seksualną i wykorzystywaniem), przemocą domową oraz możliwością osiągania satysfakcji seksualnej i dokonywania wyborów w sferze reprodukcji²⁴.

Swego rodzaju zwieńczeniem walki o dostrzeżenie pozaekonomicznych determinant standardu życia można nazwać publikację raportu *Mismeasuring Our Lives. Why GDP Doesn't Add Up* w roku 2010²⁵. Prace nad raportem trwały od roku 2008, kiedy to ówczesny prezydent Francji, Nicolas Sarkozy, poprosił trójkę wybitnych ekonomistów *welfare economics* — Josepha Stiglitz, wspomnianego już Amartyę Sena oraz Jeana-Paula Fitoussiego o przeprowadzenie nowoutworzonej Komisji ds. Pomiaru Wydajności Ekonomicznej i Postępu Społecznego²⁶. Zlecenie to wiązać się miało z obawą polityków o obciążenie decyzji politycznych, społecznych i gospodarczych błędem pomiaru wynikającym z posługiwania się PKB jako miarą dobrobytu. Warto przypomnieć, że przesłanki te rychło okazały się słuszne wraz z dość niespodziewanym upadkiem banku Lehman Brothers i globalnym kryzysem finansowym²⁷.

²² M.C. Nussbaum, *Creating Capabilities*, Cambridge–London, 2011, s. 18–20; *eadem*, *Women and Human Development: The Capabilities Approach*, vol. 3, Cambridge 2001, s. 70–72; w języku polskim zob. K. Sawicki, *Koncepcja zdolności ludzkich Marthy C. Nussbaum a koncepcje możliwości i aktu Arystotelesa, M. A. Krapca i K. Wojtyły. Próba porównania*, „Rozprawy Społeczne” VII/1, 2013, s. 37–44.

²³ M.C. Nussbaum, *Women and Human Development...*, s. 77–80.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ J. Stiglitz, A. Sen, J.-P. Fitoussi, *Mismeasuring Our Lives: Why GDP Doesn't Add Up*, New York–London 2010; wydanie polskie: J.E. Stiglitz, A. Sen, J.-P. Fitoussi, *Błąd pomiaru. Dlaczego PKB nie wystarcza, Raport Komisji ds. Pomiaru Wydajności Ekonomicznej i Postępu Społecznego*, Warszawa 2013.

²⁶ *Ibidem*, s. XVII–XIX.

²⁷ *Ibidem*, s. XXVIII.

Z punktu widzenia niniejszej analizy warto zwrócić uwagę na bardzo dużą wagę, jaką autorzy raportu przywiązują do kwestii związków między dobrobytem ekonomicznym a zdrowiem, już we wstępie zaznaczając, iż „PKB *per capita* jest powszechnie używaną metryką; rządy są zadowolone, kiedy mogą ogłosić wzrost tego miernika, powiedzmy o 5%. Ale inne liczby mogą nam dać zupełnie inny obraz. Malejąca oczekiwana długość życia w Rosji może sugerować zasadnicze problemy, mimo że PKB *per capita* rośnie”²⁸. Odpowiedzialność za tego rodzaju rozbieżności należy przypisać w pierwszym rzędzie nierównościom społecznym, które sprawiają, że niektóre grupy społeczne w dużo mniejszym stopniu niż inne partycypują w wypracowanych przez gospodarkę zyskach. Innym problemem bezkrytycznego przywiązania do PKB jest zdaniem autorów raportu trudność wyceny usług świadczonych bezpłatnie. Również tutaj na pierwszy plan wysuwają się kwestie zdrowia publicznego. Tradycyjnie bowiem szacunek usług pozarynkowych świadczonych przez państwo odbywa się na podstawie zliczania środków zużytych na pokrycie kosztów takich usług (np. nakłady na zdrowie). Podejście to ignoruje jednak kwestię wydajności tych nakładów, która będzie różnić się w czasie i przestrzeni w zależności od systemu służby zdrowia, produktywności jego pracowników czy różnic infrastrukturalnych²⁹. Aby zobrazować ten problem warto przytoczyć tu obszerniejszy fragment wyводу Komisji:

Rozważmy następujący przykład: USA wydaje więcej *per capita* na usługi medyczne niż wiele państw europejskich, a jednak w kategoriach typowych mierników zdrowia wyniki USA są gorsze. Czy oznacza to, że Amerykanie mają mniejszy dostęp do służby zdrowia? Czy może, że ich służba zdrowia jest bardziej kosztowna i/lub jej usługi są mniej efektywne? Czy może oznacza to, że wydajność tej usługi zależy również od czynników specyficznych dla społeczeństwa amerykańskiego, innych niż wydatki na służbę zdrowia? Aby znaleźć odpowiedź na te pytania, musimy zdekomponować zmianę w wydatkach na służbę zdrowia na cenę usługi i jej wynik. Ale czym dokładnie jest wielkość wyniku, o który pytamy? Chciałoby się mierzyć go poprzez ocenę stanu zdrowia społeczeństwa. Problem polega na tym, że powiązanie między wydatkami na służbę zdrowia a stanem zdrowia jest co najmniej słabe: wydatki odnoszą się do zasobów, które wędrują do instytucji świadczących usługi medyczne, podczas gdy stan zdrowia społeczeństwa zależy od wielu czynników [...]. Na przykład styl życia ludzkiego wpłynie na stan zdrowia [...]. Przypisywanie zmian stanu zdrowia czy wykształcenia jedynie szpitalom lub szkołom i wydatkom na nie pomija wszystkie te dodatkowe czynniki i może być mylące³⁰.

Aby zredukować tego rodzaju tendencyjność, w badaniach nad standardem życia i rozwojem ekonomicznym autorzy raportu postulują przyjęcie wielowy-

²⁸ *Ibidem*, s. XXVII.

²⁹ *Ibidem*, s. 33.

³⁰ *Ibidem*.

miarowej koncepcji dobrobytu, mieszczącej się w ramach zidentyfikowanych przez Komisję ośmiu wymiarów kluczowych:

- „1. Materialny poziom życia (dochód, konsumpcja, majątek)
2. Zdrowie
3. Wykształcenie
4. Zajęcia jednostki, w tym praca
5. Głos polityczny i wpływ na decyzje polityczne
6. Powiązania społeczne i związki
7. Środowisko naturalne (warunki obecne i przyszłe)
8. Niepewność natury ekonomicznej i materialnej”³¹.

Warto zwrócić uwagę, że ponownie czynniki związane ze zdrowiem zostały uznane za najistotniejsze tuż po materialnych warunkach życia, gdyż zdaniem Komisji „zdrowie jest najważniejszym aspektem wpływającym zarówno na długość, jak i na jakość ludzkiego życia”³². Co ważne, autorzy raportu podkreślają, iż każdy z tych aspektów można rozpatrywać w wymiarze obiektywnym bądź subiektywnym, a więc w przypadku zdrowia zarówno przez pomiary w skali makro (umieralność, długość życia [w zdrowiu], zachorowalność), jak i mikro (ankiety samooceny stanu zdrowia czy samopoczucia)³³.

Przedstawione powyżej rozważania teoretyczne są istotne o tyle, że badacze usiłujący w całościowy sposób analizować standard i jakość życia, zarówno społeczeństw historycznych, jak i współczesnych, niejednokrotnie wprost odwołują się do przywołanych idei. Wywód ten ma również na celu ukazanie filozoficzno-teoretycznej natury tych koncepcji standardu życia, które wykraczają poza wartości ekonomiczne. Jak widzimy, nie są one zestawem instrukcji, wskazówek czy technik pomiaru, a jedynie zbiorem inspiracji i pojęć mogących stanowić ramę rozważań nad konkretnymi poziomami stopy życiowej.

DŁUGOŚĆ ŻYCIA I WYSOKOŚĆ CIAŁA — ZAŁOŻENIA

Wraz z przyjęciem postulatu wyjścia „poza PKB” w badaniach nad jakością życia muszą pojawić się pytania o miary odzwierciedlające poszczególne sfery ludzkich możliwości i funkcjonowania. Dotyczy to również zdrowia, którego ujęcie, jak już wyżej zaznaczono, dalekie jest od jednoznaczności. Niemniej jednak w przypadku badań nad populacjami historycznymi i społeczeństwami

³¹ *Ibidem*, s. 14.

³² *Ibidem*, s. 66.

³³ *Ibidem*, s. 15–17 oraz 63–65.

państw rozwijających się pojawiają się podobne problemy źródłowe, co, po części szczęśliwie, ogranicza badaczom pole wyboru konkretnych miar zdrowia. Należy również pamiętać, iż zawsze istnieje możliwość całkowicie subiektywnego podejścia do stanu zdrowia badanych jednostek, czy to przez badania ankietowe, w przypadku populacji żyjących, czy przez analizy oparte o egodokumenty w przypadku tych przeszłych. W niniejszym artykule zostaną jednak przedstawione dwie miary, które możemy uznać za szacunek obiektywnego stanu zdrowia populacji, a więc przewidywana dalsza długość życia w momencie urodzenia (e_0) oraz średnia wysokość ciała.

PRZEWIDYWANA DALSZA DŁUGOŚĆ ŻYCIA

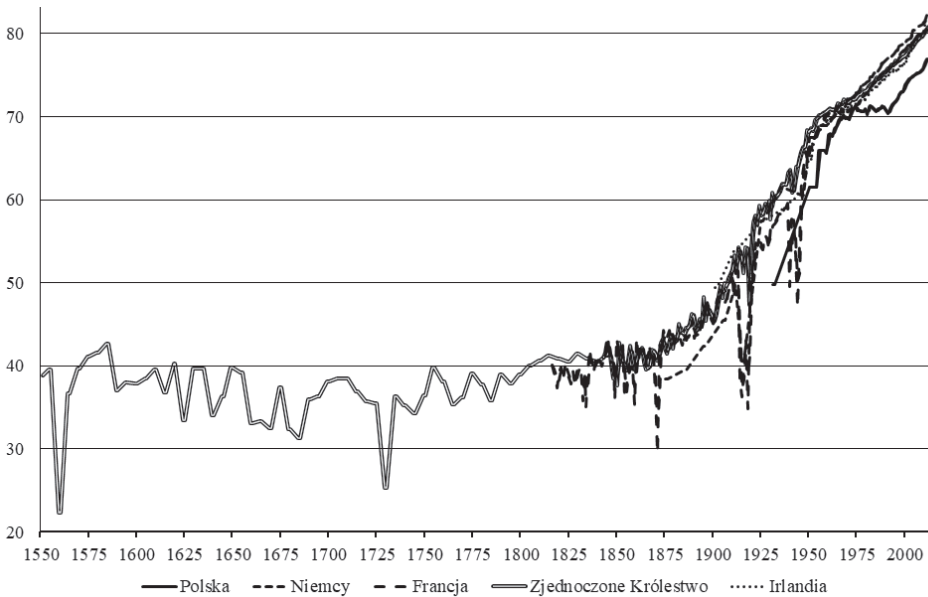
Przewaga pomiarów umieralności nad próbą uchwycenia statystyk dla poszczególnych chorób bądź przypadłości (takich jak śmiertelność, zapadalność i chorobowość) polega na prostocie identyfikacji faktu śmierci i jego nieodwracalności. W związku z tym, w populacjach, dla których nie dysponujemy zaawansowaną statystyką medyczną, przyjęło się uznawać miary umieralności, a więc i długość życia, za aproksymantę stanu zdrowia badanej ludności. Warto zdawać sobie sprawę z tego, czym jest e_0 , gdyż pojmowanie intuicyjne jest tu zwykle mylące. Przewidywana dalsza długość życia w momencie urodzenia jest miarą hipotetyczną opartą o bieżące wzorce umieralności uchwycone w przekrojowych tablicach wymieralności. Pokazuje ona, ile lat średnio żyłby człowiek urodzony w danym roku, gdyby w każdym kolejnym roku swego życia doświadczał identycznej umieralności, jak ludzie w poszczególnych klasach wieku w roku jego urodzenia³⁴. Oczywiście założenie o stałości wzorca umieralności przez wszystkie lata życia danej kohorty nie znajduje odbicia w rzeczywistości, jest jednak koniecznym uproszczeniem. Warto dodać, że w badaniach nad zdrowiem populacji współczesnych oraz nad efektywnością systemów opieki zdrowotnej wykorzystuje się cały szereg zbliżonych do e_0 miar, często poszerzonych lub korygowanych o inne czynniki jakości życia³⁵.

Zaletą e_0 jest prostota obliczeń i niskie wymagania źródłowe (liczba ludności i rozkład zgonów wg wieku) oraz możliwość porównań, gdyż jest to

³⁴ Por. Z. Holzer, *Demografia*, s. 225–229; E. Kocot, *Jak mierzymy zdrowie? Zarys historii i metody pomiaru*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 13/4, 2015, s. 304–315.

³⁵ M. Burzyńska *et al.*, *Life Expectancy i Healthy Life Years jako podstawowe miary oceny sytuacji zdrowotnej ludności*, „Probl. Hig. Epidemiol.” 91(4), 2010, s. 530–536; K. Ryć, Z. Skrzypczak, *Przewidywana długość życia jako podstawowy miernik efektywności systemu ochrony zdrowia*, „Problemy Zarządzania” 33/3, 2011, s. 27–41.

miara syntetyczna, niepodatna na różnice w strukturze populacji wg wieku (w odróżnieniu choćby od surowego współczynnika zgonów)³⁶. Jako miara średnia e_0 wrażliwe jest na obserwacje skrajne, a więc poziom miary długości życia bardzo silnie determinowany jest umieralnością niemowląt. Sprawia to jednak, że e_0 jest dość czułą miarą zdrowotności całej populacji i może gwałtownie reagować na nawet krótkookresowe zjawiska takie jak wojny, epidemie czy głód. Zmiany przewidywanej dalszej długości życia w momencie urodzenia w czasie należałoby więc analizować w dwóch ujęciach — długo- i krótkookresowym. Przykładowe dane zaprezentowane na wykresie 1 dobrze obrazują różnicę pomiędzy wzrostowym trendem długoookresowym, którego początki przypadają na połowę XIX wieku i wiążą się z transformacją demograficzną i epidemiologiczną, a krótkookresowymi wahaniami wynikłymi z bieżącej sytuacji gospodarczej, epidemiologicznej czy politycznej.



Wykres 1. Przewidywana dalsza długość życia w momencie urodzenia w wybranych krajach europejskich (granice współczesne) w latach 1550–2015

Źródło: R. Zijdemann, F. Ribeira da Silva, *Life Expectancy at Birth (Total)*, 2015, <http://hdl.handle.net/10622/LKYT53>, accessed via the Clio Infra website [dostęp: 08.12.2017].

³⁶ Z. Holzer, *Demografia*, s. 225–229.

Uderzają szczególnie mocne spadki wartości e_0 podczas dwóch wojen światowych. Zaczerpnięte z bazy Clio Infra dane dla Polski stanowią bardzo krótki szereg, gdyż rozpoczynają się dopiero w roku 1931. Nie oznacza to bynajmniej, że dla wcześniejszego okresu nie posiadamy żadnych szacunków długości życia, jednak syntetyczny charakter bazy zdecydował o umieszczeniu w niej wyłącznie szacunków dla całej populacji danego kraju z pominięciem studiów lokalnych³⁷.

Zgodnie z prezentowanym wyżej, poszerzonym rozumieniem standardu życia, długość życia jest nie tylko miarą zdrowia, ale i podstawowym wymiarem, w którym człowiek doświadcza swobody wyboru między możliwościami i wciela je w życie w formie funkcjonowań³⁸.

WYSOKOŚĆ CIAŁA

Wprawdzie badania nad zmianami i uwarunkowaniami wysokości ciała w ujęciu historycznym mają dość długą tradycję, to rozumienie tego, o czym informują nas wyniki tych badań, podlegało gruntownym przemianom³⁹. Dla Emmanuela Le Roy Laduriego, który pod koniec lat sześćdziesiątych XX wieku analizował wysokość ciała poborowych francuskich zrekrutowanych do armii w roku 1868, nie było do końca jasne, czy zidentyfikowane różnice w budowie ciała pomiędzy poszczególnymi grupami społecznymi i zawodowymi wynikają ze stopy życiowej, czy też są wynikiem odmiennych stylów życia⁴⁰. Z kolei Robert Fogel proponował uznanie ostatecznej wysokości ciała za odzwierciedlenie stanu odżywienia człowieka netto (*net nutritional status*), a więc wyniku zarówno czynników środowiskowych, jak i żywieniowych⁴¹. Wreszcie, najbar-

³⁷ Przewidywaną dalszą długość życia dla populacji ziem polskich szacowali m.in. M. Kę d e l s k i, *Umieralność i trwanie życia ludności Wielkopolski w XIX wieku*, Poznań 1996; E. P i a s e c k i, *Ludność parafii bejskiej (woj. kieleckie) w świetle ksiąg metrykalnych z XVIII–XX w. Studium demograficzne*, Warszawa–Wrocław 1990; B. O g ó r e k, *Populacja Krakowa w kontekście długofalowych procesów demograficznych na przełomie XIX i XX wieku*, „Przeszłość Demograficzna Polski” 32, 2013, s. 25–87.

³⁸ L. v a n Z a n d e n *et al.* (red.), *How Was Life? Global Well-being since 1820*, Paris 2014, doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264214262-en>, s. 28 oraz 102–103.

³⁹ Zob. M. K o p c z y Ń s k i, *Wielka transformacja: badania nad uwarstwieniem społecznym i standardem życia w Królestwie Polskim 1866–1913 w świetle pomiarów antropometrycznych poborowych*, Warszawa 2006, s. 7–36; *idem*, *Auksologia historyczna: nowa droga czy manowce historii gospodarczej?*, „Przegląd Historyczny: dwumiesięcznik naukowy” 90/4, 1999, s. 525–540.

⁴⁰ B. H a r r i s, *Health, Height, and History: An Overview of Recent Developments in Anthropometric History*, „Social History of Medicine” 7/2, 1994, s. 297–320.

⁴¹ *Ibidem*. Zob. również R.W. F o g e l, *The Escape From Hunger and Premature Death, 1700–2100: Europe, America, and the Third World*, Cambridge 2004, s. 8–19.

dziej chyba dziś utartym terminem opisującym istotę używania wysokości ciała w badaniach nad rozwojem społeczeństw jest „biologiczny standard życia” (*biological standard of living*), rozpropagowany przez Johna Komlosa i Richarda Steckela⁴². Ten drugi badacz bezpośrednio wiązał zresztą tego rodzaju ujęcie z koncepcją możliwości i funkcjonowań, stworzoną przez Sena⁴³. Dlaczego więc wysokość ciała możemy uznać zarówno ogólnie za miarę standardu życia, jak i szczegółowo za miarę zdrowia? Zdaniem autorów opracowania *The Changing Body: Health, Nutrition, and Human Development in the Western World since 1700* dzieje się tak, gdyż informuje nas ona o zasobie energii jednostki, „która została wykorzystana do wzrostu organizmu, po tym jak potrzeby utrzymania czynności życiowych, odporności przeciw chorobom, zabawy i pracy zostały zaspokojone”⁴⁴. Relacja ta bazuje na prostym, ale potwierdzonym badaniami medycznymi i antropologicznymi mechanizmie, zgodnie z którym „ludzkie ciało ogranicza swój wzrost, gdy sytuacja żywieniowa pogarsza się poniżej określonego minimum lub gdy choroby redukują ilość dostępnych substancji odżywczych”⁴⁵. Średnia wysokość ciała populacji wydaje się więc dobrym przybliżeniem jej ogólnej kondycji zdrowotnej w szerokim rozumieniu tego słowa. Warto zwrócić tu uwagę, że ostateczna wysokość ciała osoby ma świadczyć nie tyle o jej bieżącym stanie zdrowia, co raczej o warunkach (w tym epidemiologicznych), w jakich przyszło jej wzrastać⁴⁶. W taki też sposób należy interpretować wykres 2, na którym przedstawiono średnią wysokość ciała dorosłych mężczyzn według dekady urodzenia. Podobnie jak w przypadku e0, tak i tutaj możemy wyodrębnić tendencję rozwojową (trend sekularny), a więc np. konsekwentne podnoszenie się średniej wysokości ciała od początków wieku XIX oraz wahania krótkookresowe. Te drugie widoczne są szczególnie wyraźnie w przypadku wielkiego głodu w Irlandii (1845–1849) — osoby urodzone i dojrzewające w tym okresie (1840–1849) osiągnęły o niemal osiem centymetrów niższą wysokość ciała aniżeli Irlandczycy urodzeni dekadę wcześniej (1830–1839). Analiza odchyleń średniej wysokości ciała od trendu sekularnego, spowodowanych forsowną industrializacją, przemianami społecznymi czy różnego rodzaju kryzysami, pozwala dostrzec i uwymiernić zmiany standardu życia i sytuacji

⁴² B. Harris, *op. cit.*, s. 300; J. Komlos, *The Height and Weight of West Point Cadets: Dietary Change in Antebellum America*, „The Journal of Economic History” 47/4, 1987, s. 897–927; R.H. Steckel, *Stature and the Standard of Living*, „Journal of Economic Literature” 33/4, 1995, s. 1903–1940.

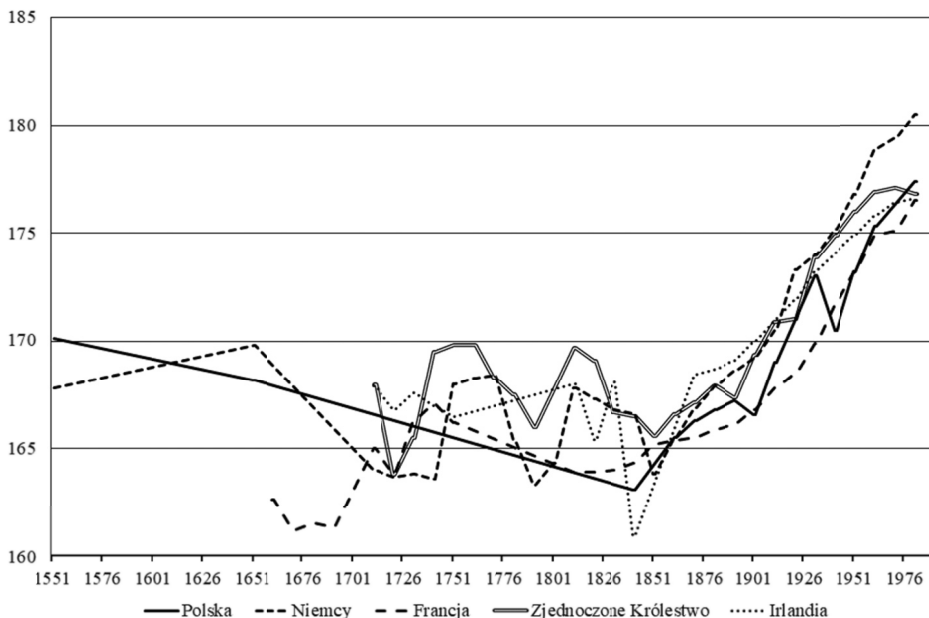
⁴³ R.H. Steckel, *Stature and the Standard of Living*, *op. cit.*, s. 1905–1906 oraz 1917–1919.

⁴⁴ R. Floud *et al.*, *The Changing Body: Health, Nutrition, and Human Development in the Western World since 1700*, New York 2011, s. 11.

⁴⁵ J.L. van Zanden *et al.* (red.), *How Was Life? Global Well-being since 1820*, OECD Publishing, Paris 2014, doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264214262-en>, s. 118.

⁴⁶ Por. M. K o p c z y ń s k i, *Body Height as a Measure of the Standard of Living: Europe, America and Asia*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych” 76, 2016, s. 39–60.

zdrowotnej badanych populacji, często nieuchwytnie przez analizę źródeł jakościowych. Warto dodać, że bezpośrednie porównywanie poziomów wysokości ciała w różnych populacjach ma bardzo ograniczoną wartość badawczą, choćby ze względu na niemożność kontrolowania różnic w potencjale genetycznym porównywanych zbiorowości⁴⁷.



Wykres 2. Średnia wysokość ciała mężczyzn wg dekady urodzenia w wybranych krajach europejskich (granice współczesne) w latach 1550–1980

Źródło: J. B a t e n, M. B l u m, *Height*, 2015, <http://hdl.handle.net/10622/IAEKLA>, accessed via the Clio Infra website [dostęp: 08.12.2017].

Ogromną zaletą tej miary jest jej prostota teoretyczna i interpretacyjna, a także możliwość porównań w czasie i przestrzeni. Wreszcie źródła do ustalenia wysokości ciała przeszłych społeczeństw są relatywnie łatwo dostępne, co więcej, odpowiednie informacje można pozyskać nie tylko z tradycyjnie używanych przez historyków rejestrów poborowych, rekrutów i żołnierzy, pomiarów uczniów i więźniów czy archiwalnych badań antropologicznych,

⁴⁷ R. Steckel proponuje nie przywiązywać zbyt dużej wagi do różnic genetycznych, gdyż jego zdaniem „geny są istotną determinantą indywidualnej wysokości ciała, ale różnice genetyczne zostają w przybliżeniu zniesione przy porównaniu średnich wysokości pomiędzy większością populacji, i w tej sytuacji wysokość ciała stanowi dokładne odbicie stanu zdrowia”, zob. R.H. Steckel, *Stature and the Standard of Living*, *op. cit.*, s. 1903, 1910, 1918–1919.

ale również z materiału kostnego dla populacji przedstatystycznych czy nawet przedhistorycznych⁴⁸.

RELACJA MIĘDZY e_0 I WYSOKOŚCIĄ CIAŁA

W związku z faktem, że, jak zaznaczono powyżej, zarówno e_0 , jak i wysokość ciała są miarami używanymi do opisu stanu zdrowia badanej populacji, nasuwać się musi pytanie o związek pomiędzy tymi dwiema zmiennymi. Intuicyjną odpowiedzią byłoby tu stwierdzenie, że skoro niską wysokość ciała interpretujemy jako symptom nieosiągnięcia pełnego potencjału rozwojowego wywołany trudnymi warunkami życia bądź stanami chorobowymi, to osoby niższe powinny średnio charakteryzować się wyższą umieralnością i krótszym życiem. Odpowiedź taką, choć oczywiście bardziej zniuansowaną i rozbudowaną prezentuje Robert Fogel na kartach książki *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700–2100: Europe, America, and the Third World*⁴⁹. Autor korzysta tu jednak nie tyle z własnej intuicji, co z empirycznie stwierdzonych zależności między budową ciała a umieralnością zaobserwowanych w kilku historycznych i współczesnych zbiorowościach ludzkich. Kluczową rolę odgrywają tu tzw. powierzchnie Waalera (*Waalera's surfaces*), bazujące na stwierdzonej przez tego badacza zależności między rozmiarami ciała (wysokością i masą) a podatnością na zachorowania i umieralnością⁵⁰. Fogel stawia na tej podstawie kolejne wnioski: „Słaba budowa ciała oznacza zwiększoną podatność na choroby, i to nie tylko choroby zakaźne, ale również chroniczne”, zależność ta została potwierdzona w historycznej populacji żołnierzy Unii z czasów wojny secesyjnej oraz we współczesnych badaniach *National Health Interview Surveys*⁵¹. Tym samym potwierdzeniu uległo przypuszczenie wyrażone już przez Thomasa McKeowna, że najistotniejszą rolę w historycznym procesie ograniczania umieralności odegrała poprawa warunków żywieniowych, szczególnie w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości⁵². Obserwacje bliskiego związku obu zmiennych, tj. długości życia i wysokości ciała oraz ich

⁴⁸ Zob. I. Barbiera, M. Castiglioni, G. Dalla Zuanna, *Why Paleodemography?*, w: K. Matthijs *et al.* (red.), *The Future of Historical Demography. Upside Down and Inside Out*, Leuven–Den Haag 2016, s. 22–27.

⁴⁹ R.W. Fogel, *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700–2100: Europe, America, and the Third World*, Cambridge 2004.

⁵⁰ H. Waaler, *Height, Weight and Mortality. The Norwegian Experience*, „Acta Medica Scandinavica” 1984, Supplementum 679, s. 1–56.

⁵¹ R.W. Fogel, *The Escape From Hunger...*, s. 27–28.

⁵² T. McKeown, R.G. Brown, R.G. Record, *An Interpretation of the Modern Rise of Population in Europe*, „Population Studies” 26/3, Nov. 1972, s. 345–382.

gwałtownych przemian w ostatnich wiekach, skłoniły badaczy do ukucia pojęcia ewolucji techno-fizjologicznej⁵³. Termin ten ma sugerować, iż ogromne zmiany, które dokonały się w fizjologii człowieka od początków XVIII wieku, wcześniej mogłyby być wynikiem jedynie trwającego całe tysiąclecia procesu ewolucji biologicznej, zaś dzięki znacznemu podporządkowaniu sobie środowiska naturalnego przez *homo sapiens*, osiągniętemu dzięki postępowi technologicznemu, dokonały się w zaledwie trzysta lat⁵⁴.

PRZYKŁADY PROJEKTÓW, BADAŃ I BAZ DANYCH

Warto przyjrzeć się kilku kluczowym projektom bazującym na opisanych szeroko powyżej podwalinach teoretycznych, jak i pokrótce przedstawionych warunkowaniach poszczególnych miar zdrowia. Wyniki tych projektów oraz wyliczone poniżej bazy danych dają badaczowi możliwość przywołania konkretnych wartości długości życia i wysokości ciała dla wybranych populacji i okresów.

Najistotniejszą bodaj inicjatywą zmierzającą do parametryzacji jakości życia na świecie, utrzymaną w duchu możliwości i funkcjonowań, jest prowadzona przez Organizację Współpracy i Rozwoju Gospodarczego (OECD) Better Life Initiative⁵⁵. Do tej pory ukazały się cztery tomy (2011, 2013, 2014, 2017) publikacji pod nazwą *How's Life? Measuring Well-being*, które zestawiają i analizują dane dotyczące jakości życia w krajach zrzeszonych w OECD i partnerskich⁵⁶. Istnieje również możliwość przeglądania zgromadzonych w ramach projektu danych i generowania porównawczego, wieloaspektowego wskaźnika jakości życia (*Better Life Index*) bądź jego modyfikacji przez zawężenie podstawy obliczeń wyłącznie do wybranych przez użytkownika aspektów standardu życia⁵⁷. Wynikiem współpracy pomiędzy OECD a badaczami związanymi z projektem CLIOInfra jest z kolei tom poświęcony jakości życia w przeszłości zatytułowany *How Was Life?*⁵⁸. Również tutaj czytelnik ma możliwość ekstrakcji konkretnych danych z bardzo

⁵³ R.W. Fogel, D.L. Costa, *A Theory of Technophysio Evolution, With Some Implications for Forecasting Population, Health Care Costs, and Pension Costs*, „Demography” 34/1, 1997, s. 49–66.

⁵⁴ Por. R. Floud, et al. *The Changing Body...*, s. 15–40; J. Godłowski-Legiędź, *O naturze zjawisk gospodarczych i pożytkach płynących z interdyscyplinarności w naukach społecznych*, „Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych” 78, 2018, s. 356–358.

⁵⁵ <http://www.oecd.org/statistics/better-life-initiative.htm> [dostęp: 12.12.2017].

⁵⁶ http://www.oecd-ilibrary.org/economics/how-s-life_23089679 [dostęp: 12.12.2017].

⁵⁷ <http://www.oecdbetterlifeindex.org/> [dostęp 12.12.2017].

⁵⁸ J.L. van Zanden et al. (red.), *How Was Life?* Zob. recenzję książki: B. Ogórek, *Dobrobyt, edukacja, zdrowie, bezpieczeństwo, nierówności i środowisko — wieloaspektowe ujęcie standardu życia ludzkiego w przeszłości*, „Historyka. Studia Metodologiczne” 46, 2016, s. 461–466.

szerokiej ich bazy⁵⁹. W przypadku zdrowia, poza długością życia i wysokością ciała możemy zestawić dane na temat umieralności niemowląt (IMR), a także informacje o natężeniu konfliktów zbrojnych czy zabójstw w konkretnych krajach. Bardzo często dane te zaczerpnięte zostały z konkretnych zbiorów zebranych przez indywidualnych badaczy i wykorzystanych uprzednio do przygotowania monografii bądź artykułu. Tak stało się w przypadku dużego, wspomnianego już wyżej opracowania *The Changing Body: Health, Nutrition, and Human Development in the Western World since 1700*⁶⁰, a także wielu prac dotyczących konkretnych państw i regionów⁶¹. Ogromny przełom mogą stanowić publikacje trwającego wciąż European Health Project, który poszerzy naszą wiedzę o informacje na temat budowy ciała Europejczyków uzyskane z badań szczątków kostnych⁶².

Jeżeli chodzi o dane dotyczące długości życia niezastąpionym i najpełniejszym źródłem pozostaje prowadzona wspólnie przez Uniwersytet Kalifornijski w Berkeley i Instytut Maxa Plancka dla Badań Demograficznych w Rostocku *Human Mortality Database*⁶³. Baza zawiera dane na temat liczby zgonów i liczby ludności pochodzące z oficjalnych źródeł administracyjnych, a także kompletne tablice wymieralności wraz z informacją o przewidywanej dalszej długości życia. W gronie 39 państw znajdziemy również Polskę, dla populacji której wymienione parametry dostępne są w perspektywie przekrojowej od 1958 roku, zaś w kohortowej od generacji urodzonej w roku 1878. Dużą ilość danych, w tym historycznych, dotyczących zdrowia populacji można uzyskać również z baz projektu *Gap Minder* oraz *Our World in Data*⁶⁴.

⁵⁹ <https://www.clio-infra.eu/#datasets> [dostęp: 12.12.2017].

⁶⁰ R. F l o u d, et al. *The Changing Body: Health, Nutrition, and Human Development in the Western World since 1700*, Cambridge University Press, New York 2011, zob. Recenzję książki: B. O g ó r e k, *Wysokość i masa ciała a dobrobyt pokoleń*, „Historyka. Studia Metodologiczne” 44, 2014, s. 147–152.

⁶¹ Doskonały przegląd prac dotyczących wysokości ciała dają: R.H. S t e c k e l, *New Perspectives on the Standard of Living*, „Challenge” 38(5), 1995, s. 12–18 (do 1995); R.H. S t e c k e l, *Heights and Human Welfare: Recent Developments and New Directions*, „Explorations in Economic History” 46/1, 2009, s. 1–23, <https://doi.org/10.1016/j.eeh.2008.12.001> (po 1995). W polskiej nauce na szczególną uwagę zasługują prace Michała Kopczyńskiego, m.in. M. K o p c z y Ń s k i, *Wielka transformacja: badania nad uwarstwieniem społecznym i standardem życia w Królestwie Polskim 1866–1913 w świetle pomiarów antropometrycznych poborowych*, Warszawa 2006 oraz prace antropologów fizycznych, np. O. N o w a k, *Wysokość i masa ciała młodych mężczyzn w okresie przemian historycznych i społeczno-gospodarczych drugiej połowy XIX i początku XX wieku na ziemiach polskich*, Poznań 2011.

⁶² R.H. S t e c k e l, *Research project: A History of Health in Europe from the Late Paleolithic Era to the Present*, „Economics & Human Biology” 1/1, 2003, s. 139–142; R.H. S t e c k e l et al., *The History of European Health Project: A History of Health in Europe from the Late Paleolithic Era to the Present*, „Acta Universitatis Carolinae. Medica. Monographia” 156, 2009, s. 19–25.

⁶³ <http://www.mortality.org/> [dostęp: 12.12.2017].

⁶⁴ <https://www.gapminder.org/data/>; <https://ourworldindata.org/>.

PODSUMOWANIE

Zastanawiając się nad wykorzystaniem opisywanych uwarunkowań teoretycznych i pomiarowych w praktyce badań historycznych, nietrudno zauważyć, że prezentowane powyżej podejście znacząco poszerza spektrum prac naukowych, które możemy określić jako dotyczące standardu życia czy zdrowia przeszłych populacji. Możliwości i funkcjonowań populacji dotyczą bowiem nie tylko prace z zakresu historii zdrowia publicznego i historii medycyny, ale również po części te z dziedziny historii społecznej i gospodarczej, a także demografii historycznej czy auksologii historycznej. Rzecz jasna obszary te naturalnie nakładają się na siebie i warto odwoływać się tu do wzajemnych doświadczeń. Należy mieć nadzieję, że historycy medycyny, zdrowia i choroby czy stosunków społecznych zwrócą baczniejszą uwagę na przedstawione powyżej proponowane miary zdrowia, które stanowić mogą bardzo istotny kontekst do ich badań jakościowych dotyczących stanu wiedzy medycznej czy społeczno-kulturowego postrzegania medycyny i lekarzy. Należy się zastanowić, na ile i jak recepcja wskazówek medycznych i higienicznych sprzęgnięta jest ze stanem odżywienia i długością życia. Wydaje się bowiem, że nawet zjawiska obserwowane w dzisiejszym świecie wskazują na zależność między rzeczywistym stanem zdrowia populacji a jej zaufaniem do lekarzy i ich wiedzy. Świadczyć może o tym choćby rosnący opór społeczny przed szczepieniami i rosnąca liczba odmów szczepień⁶⁵. Z drugiej strony również demografowie i ekonomiści coraz częściej dostrzegają potrzebę poszerzenia swoich badań o analizę wiedzy medycznej. Jak pisze holenderska historyczka demograficzna Isabelle Devos, „badania historyczne nad umieralnością szeroko ignorowały jak dotąd literaturę i badania medyczne [...] Jakkolwiek czynniki biologiczne i środowiskowe są trudno uchwytnie w kontekście historycznym, czasopisma medyczne, podręczniki, kodeksy postępowania, korespondencja i raporty lokalnych instytucji medycznych i innych agend rządowych zapewniają im odpowiednie ramy. W połączeniu z wiedzą ekspertów biomedycznych, wspomniane materiały tekstowe mogą pozwolić na o wiele bardziej dogłębną interpretację medyczną stanu zdrowia w przeszłości”⁶⁶.

⁶⁵ B. Wojtyński, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*, Warszawa 2016.

⁶⁶ I. Devos, *Not Everything That Counts Can Be Counted, and Not Everything That Can Be Counted Counts*, w: K. Matthijs et al. (red.), *The Future of Historical Demography: Upside Down and Inside Out*, Leuven–Den Haag 2016, s. 156–159.

Summary

The aim of the paper is to shed light on the theoretical background of the inclusion of health in standard of living studies, and the use of two of its specific measures — life expectancy at birth and body height. Hence, the article describes the Amartya Sen's idea of capabilities and functionings, as well as its development by Martha C. Nussbaum and the famous *Mismeasuring Our Lives: Why GDP Doesn't Add Up* report. A brief technical discussion of life expectancy and body height as indicators of health is accompanied by an example of data. Finally, the paper discusses recent projects and databases allowing the researchers scrutinising the health of the population of the past to easily access the data and points out the potential intersection between studies of health and social and economic history.