

Determinanty chorób i zdrowia

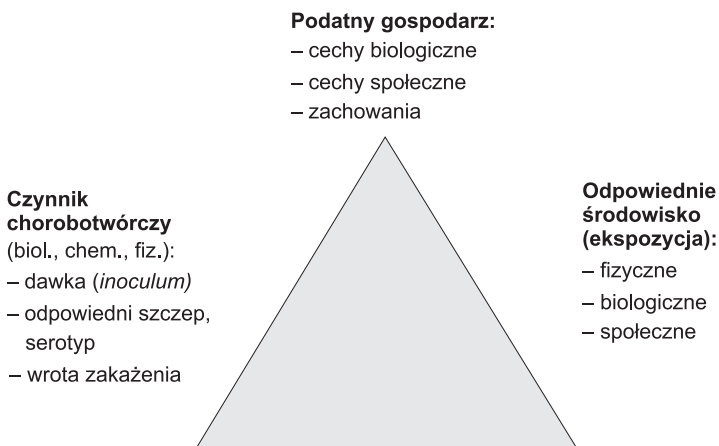
Na przestrzeni dziejów tworzono różne teorie dotyczące przyczyn chorób. Abstrahując od przyczyn duchowych, miazmatów itp., w czasach najnowszych uznawano następujące teorie [8]:

- drobnoustrojów (koniec XIX w.),
- triady (trójkąta epidemiologicznego),
- wieloprzyczynowości (pajęczyna, sieć epidemiologiczna),
- ogólnej podatności (lata 80. XX w.),
- społeczno-środowiskową (lata 80. XX w.),
- ekonomiczno-polityczną (lata 90. XX w.).

Teoria drobnoustrojów wydaje się najbliższa lekarzom i innym zawodom medycznym i nie wymaga omówienia. Może z wyjątkiem tego, że odkrycia Ludwika Pasteura były dość długo podważane przez Justusa von Liebiega, a także Rudolfa Virchowa.

Teoria trójkąta epidemiologicznego, najściślej związana z etiologią chorób zakaźnych, zakłada, że do rozwoju choroby niezbędne jest

współwystępowanie trzech czynników: czynnika chorobotwórczego, podatnego gospodarza oraz odpowiedniego środowiska (rycina 1).



Rycina 1. Trójkąt epidemiologiczny.

Zgodnie z tą teorią, ekspozycja na czynnik chorobotwórczy (w tym zakaźny) nie musi prowadzić do choroby. Zapobieganie chorobie polega przede wszystkim na modyfikacji czynników dotyczących ekspozycji i podatności.

Teoria sieci (pajęczyny) epidemiologicznej jest rozszerzeniem poprzedniej i zakłada, że choroba powstaje jako wynik złożonych interakcji wielu czynników. W podejściu tym dany czynnik chorobotwórczy (czynnik ryzyka) może wywoływać więcej niż jedną chorobę. Zapobieganie polega na modyfikacji czynników ryzyka.

Na marginesie — echem dwóch ostatnich teorii są tzw. **poła zdrowia Marca Lalonde'a**. Koncepcja ta powstała na użytek polityki zdrowotnej i ogłoszono ją w 1974 r. w raporcie nt. nowego spojrzenia na stan zdrowia Kanadyjczyków [9]. Głównym, choć anonimowym, autorem raportu był Hubert Laframboise, który powtórzył w nim swoje wcześniejsze zapatrywania [10]. Jednak to Lalonde, liberał, minister

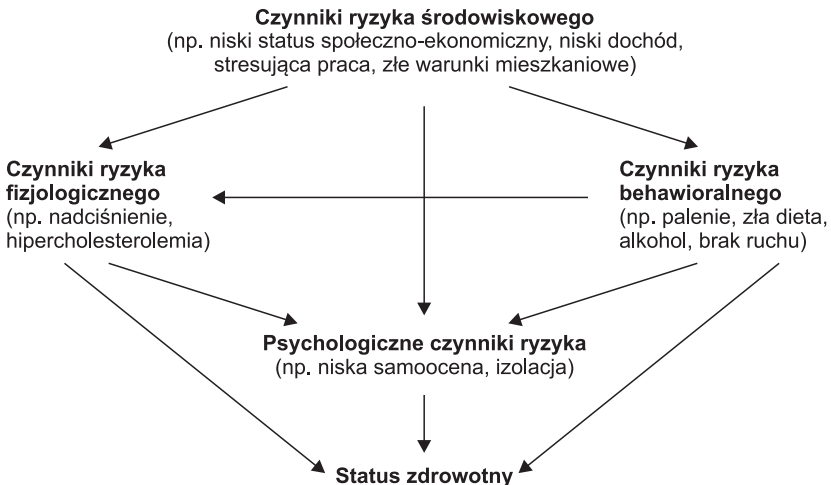
zdrowia bogatego kraju — Kanady, pozyskał uwagę wielu specjalistów. Raport wskazywał, że działania *stricte* medyczne są zaledwie jednym z czterech tzw. pól zdrowia, obok czynników dziedzicznych, warunków środowiskowych i stylu życia. Kontynuatorzy dowodzili, że poczynania medyczne mogą odpowiadać za około 10% całkowitego stanu zdrowia zbiorowości, podczas gdy styl życia warunkuje mniej więcej połowę tej kondycji i dlatego decyduje o zdrowiu. Raport ten uchodzi za pierwszy rzeczowy dokument, który zwrócił uwagę, że interwencje biomedyczne (lekarze, szpitale, leki itd.) nie są całkowicie odpowiedzialne za stan zdrowia jednostek i populacji. Był zacznem nowego sposobu myślenia — planowania dla zdrowia. Chociaż dla wielu polityków i przedstawicieli medycyny naprawczej był całkowitą nowością i zaskoczeniem, to jednak niczym nowym dla środowiska oświaty zdrowotnej, medycyny społecznej i zdrowia publicznego. Grupy te krytykowały nawet raport za powierzchowne, nadmiernie uproszczone ujęcie problematyki stylu życia. Dwanaście lat później kolejny minister zdrowia w Kanadzie, konserwatysta Jake Epp, podkreślał już znaczenie otoczenia i warunków życia ludzi.

Teoria ogólnej podatności opiera się na powtarzalnej obserwacji, że umieralność i chorobowość z powodu ogółu oraz specyficznych przyczyn jest wyższa w niektórych grupach społecznych. Wskazywałoby to na zjawisko wrażliwości, podatności niektórych osób i grup na problemy zdrowotne. Przykładem tego podejścia są dane dotyczące występowania niektórych chorób i zjawisk w społeczeństwie USA (tabela 1) [11].

W późnych latach 80. XX w. teoria ogólnej podatności rozwinęła się i przeobraziła w **podejście społeczno-środowiskowe** (rycina 2). Wprawdzie opisuje ono mechanizmy, które prowadzą do rozwoju chorób, jednak pozwala także na zrozumienie czynników, które budują zdrowie, w tym zdrowie populacji. W świetle tego podejścia choroba i zdrowie są silnie uwarunkowane takimi czynnikami, jak stan środowiska przyrodniczego, społecznego i ekonomicznego. Środowisko *sensu lato* może powodować utratę zdrowia w sposób

Tabela 1. Podatność na niektóre choroby i problemy zdrowotne (wg: Balaban, 1992).

Choroba/problem	Rozpowszechnienie/podatność
Choroba dwubiegunowa	Częściej w wyższej klasie społecznej
Schizofrenia	Większa szansa na powrót do zdrowia w krajach nierozwiniętych
Rak szyjki macicy	Rzadziej u kobiet ze społeczności żydowskiej
Rak jelita grubego	Częściej u osób z wyższym statusem społeczno-ekonomicznym, u rasy białej
Cukrzyca typu II	Częściej u osób z awansu społecznego
POCHP	Częściej w niższych klasach społecznych
Zabójstwo (napastnik i ofiara)	Częściej u osób, które nie radzą sobie z bezrobociem, dyskryminacją, warunkami mieszkaniowymi
Problemy zdrowotne wieku dziecięcego	Częściej w środowiskach niedostarczających stymulacji, jeśli matki są nastolatkami



Rycina 2. Podejście społeczno-środowiskowe (wg: Labonte, 1993, w: Locker, 2008).

bezpośredni (np. zatrucia i urazy) oraz pośredni — przez czynniki ryzyka fizjologicznego, behawioralnego oraz psychologiczne. Z czasem zaczęto podkreślać, że środowisko przyrodnicze, społeczne i ekonomiczne ma ścisły związek z kontekstem politycznym. Dlatego zapobieganie chorobom wymaga działania politycznego, które odpowiednio ukształtuje środowisko naturalne i otoczenie ludzi. Podejście społeczno-środowiskowe stanowi podwaliny promocji zdrowia.

Jeśli przyjąć, że zdrowie jest antynomią choroby, wymienione przyczyny chorób mogą być jednocześnie uznane za uwarunkowania zdrowia. Jeśli jednak rozpatrywać je jako kategorię samoistną i szerszą, można określać inne determinanty, a przynajmniej inaczej je definiować. Dla przykładu Karta Ottawska nt. promocji zdrowia z 1986 r. wymienia **warunki konieczne dla zdrowia** (*prerequisites*), takie jak [6]:

- pokój,
- schronienie,
- edukacja,
- pożywienie,
- dochód,
- stabilny ekosystem,
- podtrzymywane zasoby,
- sprawiedliwość społeczna i równość.

Tak zwana Karta z Toronto z 2002 r. wylicza następujące **uwarunkowania zdrowia społeczeństwa Kanady**, a także innych krajów [12]:

- rozwój w dzieciństwie,
- edukację,

- charakter i warunki pracy,
- bezpieczeństwo żywności,
- świadczenia opieki zdrowotnej,
- warunki mieszkaniowe,
- dochód i jego równą dystrybucję,
- wykluczenie społeczne (rozumiane jako ograniczenie w pełnym uczestnictwie w życiu kulturalnym, ekonomicznym, społecznym i politycznym),
- sieć wsparcia społecznego,
- bezrobocie,
- przynależność do grup uznanych za szczególnie podatne na zagrożenia zdrowia, do których zaliczono kobiety, aborygenów, osoby o odmiennym kolorze skóry i „nowych Kanadyjczyków” (czyli imigrantów).

Na podstawie różnych dokumentów ŚÓZ można wskazać **trzy grupy determinantów o udowodnionym wpływie na zdrowie:**

- środowisko społeczne i ekonomiczne (równy start życiowy od dzieciństwa, dochód, status społeczny, edukacja, sieć wsparcia społecznego, kultura, świadczenia zdrowotne, ochrona socjalna),
- środowisko fizyczne (bezpieczna woda, czyste powietrze, zdrowe warunki pracy i zamieszkania, transport, żywność i rolnictwo, produkcja energii, przemysł, promieniowanie, urbanizacja, odpady),
- indywidualną charakterystykę i zachowania (zadatki genetyczne, płeć, zachowania, umiejętności).

Zestawienia te pokazują, że determinanty zdrowia są wspólne, uniwersalne, odnoszą się do każdego społeczeństwa. Mogą natomiast różnić się pod względem lokalnego natężenia, a więc i siły oddziaływania. Dodatkowo determinanty zdrowia wykazują swoistą „logikę działania” i łączy je wzajemna zależność przyczyn i skutków. Osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym (SSE) mają większe trudności w dbaniu o zdrowie, są więc słabszego zdrowia i dlatego stają się jeszcze mniej uprzywilejowane, a przez to bardziej podatne na zaburzenia zdrowia. Osoby w lepszym położeniu społecznym i materialnym są zdrowsze, co pomaga im realizować plany życiowe, bogacić się i utrzymać lepsze zdrowie. Powiązania występujące między uwarunkowaniami zdrowia dobrze obrazuje tzw. społeczno-ekonomiczny model zdrowia przedstawiony w 1991 r. przez Gorana Dahlgrena i Margaret Whitehead. Model ten — nazywany czasem tęczowym — został opisany w podrozdziale „Społeczne determinanty zdrowia i nierówności w zdrowiu”.