

Zofia Słońska, Jacek Koziarek

SPOŁECZNE NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU – EFEKT MEDYKALIZACJI PROMOCJI ZDROWIA?

Słowa kluczowe: medykalizacja, promocja zdrowia, utrzymywanie się społecznych nierówności w zdrowiu

Rozważania na temat roli społecznych nierówności w różnicowaniu szans zdrowotnych powinny być poprzedzone refleksją na temat istoty i sposobu funkcjonowania pozycji zajmowanej przez jednostkę w życiu społecznym. Pozycje te jako składowe i przejaw struktury społecznej odgrywają bowiem kluczową rolę w procesie powstawania nierówności społecznych.

Co w praktyce oznacza oddziaływanie pozycji społecznej? Nawiązując z pewnym uproszczeniem do czterech wymiarów struktury społecznej autorstwa Piotra Sztompki [1], możemy powiedzieć, że zajmowana przez jednostkę pozycja określa zakres zinstytucjonalizowanych jej powinności, wpływa na jej przekonania, sądy i oceny związane z rzeczywistością społeczną, decyduje o możliwościach i rodzajach interakcji z innymi ludźmi – i to, co nas tu najbardziej interesuje – wyznacza zakres indywidualnego dostępu do znaczących dóbr. Za ten ostatni wymiar oddziaływania odpowiada główny wymiar pozycji społecznej, tj. status społeczno-ekonomiczny. Pojęcie statusu społeczno-ekonomicznego zawiera wiele desygnatów, poczynając od wykształcenia, poprzez dochód, zawód, kończąc na warunkach życia oraz wiele innych związanych ze społeczno-ekonomicznymi aspektami życia. Poszczególni badacze koncentrują się zazwyczaj na jednym lub kilku wskaźnikach statusu społeczno-ekonomicznego. W badaniach epidemiologicznych przyjęło się wykorzystywać w tym celu poziom wykształcenia.

Co łączy pozycję społeczną ze zdrowiem? Tak się składa, że zasoby, do których dostęp wyznacza pozycja społeczna, mają niebagatelny wpływ nie tylko na ogólnie pojęte szanse życiowe, ale także na szanse zdrowotne. Trudno wyobrazić sobie właściwe dbanie o zdrowie, jeśli zakres dóbr, do których mamy dostęp, uniemożliwia realizację zaleceń związanych ze zdrowym stylem życia, ogranicza korzystanie z usług medycznych oraz leków niezbędnych do utrzymania zdrowia. Z pewnością prozdrowotne zachowania, których obecność jest tak istotna w procesie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji, są

możliwe jedynie wtedy, gdy jednostki dysponują odpowiednim poziomem wiedzy, w tym zdrowotnej, mieszkaniem, pracą niezagrażającą zdrowiu, dochodem, który pozwala na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych oraz dostępem do usług medycznych w zakresie gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne – czyli tym wszystkim, co daje znaczny obszar autonomii w procesie podejmowania indywidualnych decyzji związanych z dbaniem o zdrowie.

Trzeba oczywiście pamiętać i o tym, że relacja między pozycją społeczną a zdrowiem nie jest jednokierunkowa. Pozycja społeczna może wyznaczać poziom zdrowia, ale także poziom zdrowia może wpływać na indywidualną lokalizację w strukturze społecznej, tj. na to, jakie zajmujemy w niej miejsce. Powyższa dwukierunkowa zależność wynika z faktu, że pozycja społeczna może być przypisana (dziedziczona) albo osiągnięta. Z przypisaną pozycją społeczną „dziedziczone” są nie tylko szanse życiowe, ale także szanse zdrowotne [2]. Stąd niskie zasoby zdrowia w połączeniu z niską pozycją społeczną mogą ograniczać bądź uniemożliwiać sięganie po wyższe pozycje społeczne, co daleko rzadziej ma szansę zdarzyć się w przypadku osób o niskich zasobach zdrowia zajmujących wysoką pozycję społeczną.

1. Społeczne nierówności w zdrowiu

Zróżnicowanie pozycji społecznych pociąga za sobą strukturalne zróżnicowanie stanu zdrowia. Istnieje ogromna ilość dowodów empirycznych potwierdzających związek pozycji społecznej ze stanem zdrowia oraz czynnikami zagrażającymi zdrowiu. Wiadomo dziś, że niski status społeczno-ekonomiczny, będący główną składową pozycji społecznej, pozostaje w istotnym związku z chorobowością i umieralnością [3]. Szacuje się, że osoby zajmujące niskie pozycje w strukturze społecznej wykazują co najmniej dwukrotnie większe ryzyko zachorowania na poważną chorobę i przedwczesny

zgon [4]. Ponadto status społeczno-ekonomiczny sprzyja występowaniu czynników ryzyka chorób [3]. Jego wpływ na zdrowie tłumaczy się także m.in. związkiem z antyzdrowotnymi stylami życia [5], wyższą ekspozycją na działanie stresu [6], niskim poziomem wsparcia społecznego [7], niższym poziomem wiedzy zdrowotnej [8], a także ograniczonym dostępem do usług zdrowotnych, szczególnie specjalistycznych [9]. Można przyjąć tezę, że wszystko, co droższe i bardziej deficytowe, staje się trudniej osiągalne dla osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym.

Z pojęciem „społeczne nierówności” integralnie związane jest pojęcie „społeczne determinanty”. Do języka i teorii zdrowia publicznego pojęcie to zostało wprowadzone w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku [2] w celu zaakcentowania niedocenianego przez przedstawicieli tego obszaru znaczenia warunków społecznych dla rozwoju i ochrony zdrowia. W zależności od tego, kto definiuje, w zakres społecznych determinantów zdrowia wchodzi różne czynniki, wśród których pojawia się pozycja społeczna, cechy położenia społecznego oraz zasoby, do których dostęp wyznacza pozycja społeczna [10–12].

Ciekawych informacji na temat relacji między czynnikami społecznymi a zdrowiem dostarczyły badania porównawcze obejmujące populację Stanów Zjednoczonych i Kanady [13]. Między innymi z badań tych jednoznacznie wynika, że w poszczególnych populacjach te same czynniki społeczne mogą oddziaływać na zdrowie z różną siłą. Na przykład dostęp do opieki zdrowotnej oraz psychospołeczne i behawioralne czynniki ryzyka bardzo silnie wpływały na zdrowie zarówno Amerykanów, jak i Kanadyjczyków, ale w każdym z omawianych krajów konsekwencje zdrowotne ich oddziaływania różniły się istotnie: otyłość, palenie tytoniu oraz niski poziom satysfakcji życiowej wywoływały silniejszy negatywny wpływ na zdrowie Amerykanów, a niski poziom aktywności fizycznej oraz niezaspokojone potrzeby zdrowotne na zdrowie Kanadyjczyków.

Kwestię relacji między społecznymi determinantami a zdrowiem odnieść można do socjologicznego modelu, będącego odpowiedzią na pytanie o to, jak dochodzi do zaburzeń zdrowia w wyniku oddziaływania czynników społecznych. W ramach tego modelu określanego mianem modelu „ekspozycji i zasobu” [14] utrzymuje się, że społeczeństwo determinuje zdrowie jednostek głównie poprzez narażanie ich na szkodliwe dla zdrowia czynniki, przy równoczesnym dawaniu możliwości zdobywania zasobów do ich zwalczania. Obecnie wyróżniane [14] są dwie, skądinąd powiązane z sobą, wersje tego modelu: „materialna” i „psychospołeczna”. W przypadku „materialnej” wersji modelu zagrożeń poszukuje się najczęściej wśród znanych czynników fizycznych, chemicznych lub biologicznych. Czynniki społeczne uznawane są tutaj za istotne tylko w takim stopniu, w jakim determinują występowanie ekspozycji na czynniki szkodliwe, czas ich trwania i intensywność oddziaływania. W ramach tej perspektywy zagrażające zdrowiu środowisko obejmuje m.in. niski standard mieszkań, zanieczyszczenie powietrza, duży ruch uliczny, niewłaściwe warunki sanitarne

itp. Przykładem zmiennych społecznych mieszczących się w tej wersji modelu są długotrwałe bezrobocie oraz najczęściej związane z nim ubóstwo. Czynniki te, które z jednej strony zwiększają ryzyko narażenia na wymieniane zagrożenia, z drugiej ograniczają dostęp do zasobów, które mogłyby umożliwić poradzenie sobie z zagrożeniami. Badania pokazują, że osoby zajmujące wysokie pozycje w strukturze społecznej wiedzą zazwyczaj więcej o ryzyku zdrowotnym i mają więcej zasobów, by mu przeciwdziałać [7].

Wersja psychospołeczna [14] modelu „ekspozycja i zasoby” za kluczowy proces uznaje obciążanie autonomicznego układu nerwowego za sprawą stresujących doświadczeń. Punktem wyjścia jest tutaj narażenie na długotrwałe przebywanie w środowisku społecznym powodującym doświadczanie negatywnych emocji, takich jak lęk, złość, bezradność. Pobudzony autonomiczny układ nerwowy powoduje reakcje niezależne od naszej woli, takie jak wydzielanie soku żołądkowego, zwężanie naczyń krwionośnych powodujące wzrost ciśnienia tętniczego czy przyspieszenie czynności serca. Jeśli sytuacja taka trwa zbyt długo, może doprowadzić do schorzeń. Indywidualny poziom radzenia sobie ze stresującymi doświadczeniami zależy od dostępności do takich zasobów, jak wsparcie społeczne, a także umiejętności natury psychologicznej, takich jak samowystarczalność.

Najistotniejsze z punktu widzenia nierówności społecznych jest to, że zarówno narażenia, jak i zasoby wymieniane w materialnej i psychologicznej wersji modelu „ekspozycja i zasoby” w praktyce rozkładają się nierównomiernie w strukturze społecznej. Ulrich Beck [15] w swojej słynnej pracy *Społeczeństwo ryzyka* wyraźnie zaakcentował fakt współwystępowania częstych narażeń i ograniczonych zasobów u jednostek zajmujących niskie pozycje społeczne oraz relatywnie rzadszych narażeń oraz znacznych zasobów u osób z górnych szczebli drabiny społecznej.

Znaczącą rolę w ujawnieniu niskiej skuteczności tradycyjnych metod rozwiązywania problemów zdrowotnych, nieuwzględniających problemu oddziaływania na zdrowie czynników społecznych, odegrała sztandarowa, historyczna już praca z zakresu społecznych nierówności, znana jako *The Black Report*. Dokument ten opracowany w Wielkiej Brytanii pod kierownictwem sir Douglasa Blacka, ówczesnego przewodniczącego Royal College of Physician [16], ujawnił zjawisko znacznego klasowego różnicowania chorobowości i umieralności w społeczeństwie brytyjskim, ze znacznym uprzywilejowaniem klas wyższych, tym samym ujawniając niską skuteczność usług zdrowotnych i społecznych w niwelowaniu tych różnic. W 1990 roku, tj. dziesięć lat po opublikowaniu raportu, dokonano ponownej oceny sytuacji dzięki pojawieniu się nowych możliwości pozyskiwania informacji w sferach: pomiaru pozycji społeczno-ekonomicznej, danych o chorobowości, porównania danych o nierównościach w zdrowiu z terenu Wielkiej Brytanii z danymi z innych krajów uprzemysłowionych, a także przyczyn społecznych różnicowań w zdrowiu. Uzyskane wyniki ukazały sytuację w jeszcze gorszym świetle [17]. Okazało się, że wraz z upływem czasu, przy braku zmiany

podejścia do rozwiązywania problemów zdrowotnych, społeczne różnice w umieralności na terenie Wielkiej Brytanii powiększyły się. Zastosowanie doskonalszych miar pozycji społeczno-ekonomicznej wskazało nawet na pogłębione zróżnicowanie nierówności w zakresie umieralności. Porównania międzynarodowe potwierdziły występowanie społecznych nierówności w zdrowiu także w innych krajach uprzemysłowionych. Stwierdzono również, że społeczne nierówności w zdrowiu dotyczą nie tylko całego ludzkiego życia, ale także prowadzą do jego skrócenia.

Analizowanie zjawisk zdrowotnych w ujęciu strukturalnym pozwala identyfikować kategorie ludności, których zdrowie jest szczególnie zagrożone z przyczyn społecznych. Stanowi to pierwszy krok do identyfikacji, a następnie oddziaływania na społeczne determinanty zdrowia związane z zagrażającymi zdrowiu pozycjami społecznymi. Problem polega na tym, że w dążeniach do analizy zjawisk i procesów zdrowotnych w ujęciu strukturalnym, a następnie aplikacji uzyskanych wyników w praktyce, napotyka się istotne przeszkody. Jest ich co najmniej kilka.

2. Jak redukować nierówności w zdrowiu poprzez wpływ na czynniki społeczne?

Punktem wyjścia dla procesu redukcji nierówności w zdrowiu jest istnienie woli i poparcia politycznego w celu podjęcia środków zaradczych w tym obszarze. Oczywiście poparcie polityczne nie wystarczy, gdy nie idą za nim działania. Uruchomienie wielosektorowych działań na rzecz redukcji społecznych nierówności w zdrowiu nie jest sprawą prostą. Stąd w większości państw mają miejsce zasadnicze rozbieżności między politycznymi deklaracjami mówiącymi o woli zwalczania społecznych nierówności w zdrowiu a praktycznym działaniem na rzecz realizacji tego celu. Argumentem przemawiającym za powyższą tezę jest m.in. sytuacja panująca w Kanadzie. Jak powszechnie wiadomo, Kanada jest kolebką promocji zdrowia. Jednym z głównych jej priorytetów jest redukcja społecznych nierówności w zdrowiu poprzez oddziaływanie na społeczne determinanty zdrowia. Należałoby się spodziewać, że kraj ten będzie świecił przykładem w sferze systemowego ograniczania negatywnego wpływu czynników społecznych na zdrowie. Niestety, jak wynika z doniesień dotyczących tego kraju [18], mimo jednoznacznych deklaracji politycznych opowiadających się za ograniczaniem negatywnego wpływu czynników społecznych na zdrowie rzeczywiste działania z zakresu zdrowia publicznego bardzo sporadycznie podporządkowane są rozwiązywaniu tego problemu. W okresie pierwszych 25 lat funkcjonowania w Kanadzie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego doszło co prawda do znaczącego zmniejszenia nierówności w zdrowiu spowodowanych nierównościami w dochodach. Poprawa dotyczyła jednak głównie stanów chorobowych zależnych przede wszystkim od terapii medycznej [19]. Zgodnie z oceną kanadyjskich ekspertów obecna sytuacja w dziedzinie redukcji nierówności w zdrowiu, wymagająca oddziaływania na społeczne determinanty zdrowia, przy jednoczesnym kontrolowaniu zakresu oraz jakości świadczonych usług

medycznych i dostępu do nich, nie wygląda zbyt optymistycznie.

Dane dotyczące zmian od 1980 roku w obrębie pięciu obszarów związanych ze społecznymi determinantami zdrowia, m.in. takich jak polityka mieszkaniowa czy zapewnienie edukacji i opieki we wczesnym dzieciństwie, świadczą zdaniem cytowanych ekspertów [19] o zmniejszeniu się możliwości Kanady w redukowaniu nierówności w zdrowiu.

W ostatnich latach do krajów cechujących się konsekwentną postawą wobec nierówności w zdrowiu zaczęła się zaliczać Wielka Brytania [20], która obecnie w sposób bardzo planowy stara się podchodzić do kwestii zapewnienia systemowego oddziaływania na społeczne determinanty zdrowia. Należy jednak zaznaczyć, że gotowość Wielkiej Brytanii do zwalczania społecznych nierówności w zdrowiu nie narodziła się od razu. Państwo to, za sprawą raportu Blacka, jako pierwsze już w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku posiadało dokładne dane na temat społecznych nierówności w zdrowiu oraz wypływających z nich zaleceń. Musiało jednak upłynąć wiele lat, zanim wnioski płynące z raportu mogły być poważnie wzięte pod uwagę na poziomie rozwiązań systemowych.

Coraz częściej pojawiają się głosy pochodzące m.in. z Kanady [19] i ze Stanów Zjednoczonych [21], mówiące o niekorzystnym wpływie polityki neoliberalnej na szanse redukcji społecznych nierówności w zdrowiu. Uważa się, że neoliberalizm, który bywa utożsamiany z ideologią klas panujących [21], stwarza niesprzyjające warunki z jednej strony do podniesienia poziomu jakości zasobów decydujących o warunkach życia, np. zasobów finansowych, mieszkaniowych czy zasobów pracy, z drugiej zaś do zapewnienia ich względnie równomiernej dystrybucji.

Istotnym posunięciem dającym szansę osiągnięcia sukcesu w redukcji społecznych nierówności w zdrowiu, a jednocześnie będącym wskaźnikiem zaangażowania państwa w rozwiązywanie tego problemu, jest zapewnienie dostępu do danych statystycznych, których zakres i stopień zagregowania pozwala na strukturalne analizy zjawisk zdrowotnych [22], np. analizy trendów umieralności w grupach wykształcenia, pozycji społeczno-zawodowej czy dochodu. Należy dodać, że identyfikacja związków i łańcuchów przyczynowych, prowadzących do nierówności w zdrowiu, wymaga jeszcze daleko bardziej zdezagregowanych danych, wykraczających poza cechy położenia społecznego i sięgających do poziomu społecznych determinantów związanych bezpośrednio z warunkami życia. Bez powyższej wiedzy trudno wyobrazić sobie skuteczne monitorowanie nierówności w zdrowiu w perspektywie ich społecznych uwarunkowań. Niestety, tego typu szczegółowe analizy są prowadzone głównie w krajach o wysokich dochodach.

Postępowa część międzynarodowego środowiska eksperckiego reprezentującego zdrowie publiczne bardzo mocno podkreśla konieczność właściwego pomiaru zjawisk zdrowotnych w perspektywie społecznych nierówności w zdrowiu. Między innymi przejawem podzielenia tej opinii jest jedna z głównych rekomendacji autorstwa The Commission on Social Determinants [22] powołanej kilka lat temu przez Światową Organizację Zdrowia

w celu gromadzenia danych oraz stymulowania rozwoju globalnego ruchu na rzecz osiągnięcia równości w zdrowiu. Rekomendacja ta dotyczy konieczności dokonywania na poziomie krajowym i międzynarodowym rutynowego pomiaru nierówności w zdrowiu i ich społecznych determinantów, a także oceny skutków realizowanej polityki i podejmowanych działań w tym kierunku.

Posiadanie i analizowanie danych statystycznych umożliwiających badanie związków między zjawiskami zdrowotnymi a społecznymi daje możliwość właściwego rozumienia krajowego i międzynarodowego kontekstu rodzenia się nierówności społecznych, a także stwarza warunki dla kontroli efektywności podejmowanych przedsięwzięć zaradczych.

W ramach biomedycznego podejścia do determinantów zdrowia z zasady nie uwzględnia się tych determinantów zdrowia, które mają swój początek w czynnikach makrospołecznych, takich jak legislacja czy system podatkowy. Stąd przeciwdziałanie społecznym nierównościom w zdrowiu wymaga specjalnych działań rządów. Wiodące środowiska eksperckie, na podstawie dogłębnych analiz sytuacji krajowych wskazują na trzy obszary rządowych działań niezbędnych w tym zakresie [23]:

1. Zapewnienie, poprzez bardziej sprawiedliwą dystrybucję podstawowych świadczeń, ochrony i promocji ludzkich praw, w tym prawa do opieki zdrowotnej i edukacji oraz prawa do godziwych warunków życia. Istnieją przykłady pochodzące zarówno z krajów bogatych, jak i biednych, wskazujące na bardzo dobre efekty podejmowanych w tym zakresie działań. W cytowanej pracy [22] podawany jest m.in. przykład krajów zamożnych, takich jak Francja i Szwecja, którym dzięki wszechstronnej polityce udało się obniżyć poziom ubóstwa dzieci do jednych z najniższych na świecie, oraz krajów ubogich, takich jak Brazylia czy Tajlandia, gdzie w bardzo trudnych warunkach udało się zrealizować innowacyjne projekty z korzyścią dla grup zmarginalizowanych.
2. Stworzenie i utrzymywanie ram prawnych regulujących i umożliwiających działania na rzecz równości w zdrowiu, wspierających m.in. współpracę międzysektorową.
3. Monitorowanie stanu zdrowia różnych grup społecznych, skutków zdrowotnych nierówności społecznych, a także rezultatów działań mających na celu redukcję nierówności oraz wykorzystywanie uzyskanych informacji w ramach prowadzonych interwencji.

Istotne działania w obszarze oddziaływania na makrospołeczne determinanty zdrowia powierzane są nie tylko rządowi, ale także społeczeństwu obywatelskiemu, w ramach którego oczekiwania związane są nie tylko z nieformalnymi grupami działającymi w obrębie społeczności, ale także formalnymi organizacjami społecznymi, takimi jak związki zawodowe czy dużymi ruchami społecznymi. Istnieją dowody na to, że rzeczywisty udział przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego w procesie opracowywania strategii i metod przeciwdziałania nierównościom społecznym w określonych społecznościach zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania decyzji oraz działań odpowiadających potrzebom

tych społeczności, a tym samym rozwiązania problemu zdrowotnego. Wiele przykładów na powyższą tezę znaleźć możemy w pracy z 2008 roku autorstwa Erika Blasa i współautorów [23].

3. Społeczne nierówności w zdrowiu a antyzdrowotne style życia

Kategoria stylu życia, utożsamiana z behawioralnymi czynnikami ryzyka chorób, zagościła w medycynie na dobre w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku za sprawą raportu Lalonda [10], w którym jednoznacznie uznano styl życia za główną determinantę zdrowia. Nadal mimo upływu lat uważa się, że styl życia wyznacza ponad 50% zmienności w stanie zdrowia. Rangę tego czynnika potwierdzają nie tylko badania o charakterze historycznym, ale także dane współczesne, m.in. pochodzące z przeprowadzonego w ostatnich latach międzynarodowego badania IMPACT, obejmującego także Polskę [24].

Można przyjąć, że do momentu narodzenia się promocji zdrowia antyzdrowotne style życia, choć zaakceptowane przez świat medyczny jako istotna przyczyna epidemii chorób przewlekłych, jednocześnie były traktowane jak zawieszony w społecznej próżni. Nie brano wówczas pod uwagę faktu, że style życia są tworem społecznym i poddawane są społecznym wpływom, a rodzaj i natężenie tych wpływów wynika z zajmowanych przez jednostki pozycji społecznych. To właśnie pozycje społeczne, jak już wcześniej wspomniano, wyznaczają poziom ekspozycji na zagrożenia zdrowia oraz regulują dostęp do zasobów istotnych z punktu widzenia rozwoju zasobów zdrowia oraz radzenia sobie z jego zagrożeniami. W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że sposób indywidualnego zachowania w sferze zdrowia i choroby jest wypadkową możliwości jednostki, przede wszystkim tych wyznaczanych przez zajmowane pozycje społeczne. Mimo złożoności związków między indywidualnymi możliwościami, podejmowanymi decyzjami o konkretnych zachowaniach i samymi zachowaniami w praktyce odpowiedzialnością za antyzdrowotne zachowania obarczane były, i w wielu miejscach w dalszym ciągu są, przede wszystkim jednostki, jako bezpośredni ich sprawcy, a nie wady krajowych systemów, w tym systemu opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego.

Jako że styl życia jest kategorią społeczną a nie medyczną, upowszechnienie prozdrowotnych stylów życia nie może być osiągnięte poprzez działania podporządkowane paradygmatowi biomedycznemu, na wzór działań klinicznych (**Tabela I**).

W ramach tego modelu obowiązuje bowiem, od lat krytykowane przez wiele środowisk eksperckich [25, 26], indywidualne podejście do rozwiązywania makrospołecznych problemów zdrowotnych. Jego mała przydatność wynika z faktu, że w praktyce skutkuje on dążeniem do minimalizacji negatywnego wpływu zachowań na zdrowie przede wszystkim za pomocą skierowanej do jednostek edukacji zdrowotnej, przy braku oddziaływania na środowiskowe determinanty tych zachowań.

Z racji bardzo rozległych wpływów społecznych, którym podporządkowane są ludzkie zachowania, pró-

Paradygmat biomedyczny	Paradygmat socjoekologiczny
Negatywna definicja zdrowia: zdrowie to brak choroby lub kalectwa	Pozytywna definicja zdrowia: zdrowie to zasób dla jednostek, zbiorowości i społeczeństw
Orientacja na biomedyczne determinanty zdrowia	Orientacja na czynniki promujące zdrowie i wyznaczające podatność na choroby
Marginalizacja roli czynników behawioralnych i środowiskowych	Rozpatrywanie stylu życia w kontekście wpływów środowiskowych, w tym społecznych
Orientacja indywidualna: osoby chore i grupy ryzyka	Orientacja populacyjna: osoby zdrowe i chore
Centralizacja zarządzania	Decentralizacja zarządzania
Kadry medyczne	Kadry interdyscyplinarne
Sektor zdrowia	Współpraca międzysektorowa – priorytet zmniejszenia społecznych nierówności w zdrowiu
Społeczeństwo pasywnym odbiorcą świadczeń	Uczestnictwo społeczne w działaniach na rzecz zdrowia

Tabela I. Porównanie paradygmatów biomedycznego i socjoekologicznego.

Źródło: Z. Słońska – opracowanie własne 2010 rok.

by ich zmiany nie mogły ograniczać się, jak to często się dzieje, jedynie do przekonywania o słuszności zachowań zdrowotnych oraz informowania o zagrożeniach związanych z zachowaniami antyzdrowotnymi. Ten rodzaj oddziaływania opiera się na założeniu o nieograniczonej autonomii jednostek przy podejmowaniu decyzji o własnym zachowaniu w sferze zdrowia i choroby. Mimo że bezpośrednio dokonuje jej konkretna osoba, trzeba pamiętać o tym, że rodzaj tej decyzji jest – jak wcześniej wspomniano – wynikiem wpływu wielu czynników związanych z zajmowaną pozycją społeczną, w tym przede wszystkim kulturowych, społecznych i ekonomicznych. W przypadku niepodejmowania działań międzysektorowych, przyczyniających się do budowania w społeczeństwie egalitarnego dostępu do zasobów niezbędnych dla przestrzegania korzystnych dla zdrowia norm zachowania, nie należy oczekiwać równomiernej poprawy stanu zdrowia we wszystkich grupach ludności. Z góry wiadomo, że w rezultacie wynikającego z różnic społecznych nierównego dostępu do zasobów decydujących o zdrowiu, takich jak warunki mieszkaniowe, praca, wykształcenie, infrastruktura sportowo-rekreacyjna, edukacja zdrowotna, usługi medyczne itp., beneficjentami wszelkich pozytywnych zmian obserwowanych w skali makrosocjalnej staną się przede wszystkim osoby zajmujące górne szczeble drabiny społecznej, a więc o największym dostępie do zasobów, a tym samym mające szansę na prozdrowotne style życia. Mimo że nierówności społeczne w zdrowiu istniały, istnieją i będą istniały, nie mogą być traktowane jako zjawisko naturalne. Choć nie jest możliwe ich wyeliminowanie, z pewnością możliwa jest ich częściowa redukcja.

4. Promocja zdrowia jako narzędzie redukcji społecznych nierówności w zdrowiu

Powodem stworzenia i rozwoju promocji zdrowia – nowoczesnej strategii i obszaru rozwiązywania problemów zdrowotnych – była i jest obiektywna konieczność wyznaczenia ram dla procesu reorientacji międzynarodowych i krajowych polityk zdrowotnych, tak aby

umożliwiały one zarówno w skali indywidualnej, jak i makrosocjalnej oddziaływanie przyczynowe na zdrowie i style życia oraz redukcję społecznych nierówności w zdrowiu, poprzez budowanie zasobów dla zdrowia oraz zapewnienie ich egalitarnej dystrybucji. Konieczność rozwoju i realizacji polityki prozdrowotnej m.in. poprzez rozwój współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia oraz redukcję nierówności w zdrowiu jest ściśle związany z ideą promocji zdrowia. Zgodnie z założeniami leżącymi u jej podstaw promocja zdrowia ma doprowadzić, poprzez międzysektorowe budowanie zasobów dla zdrowia oraz egalitarną ich dystrybucję, do redukcji społecznych nierówności w zdrowiu. Cel ten ma szansę być osiągnięty pod warunkiem nadania promocji zdrowia statusu krajowej strategii umożliwiającej, w myśl paradygmatu socjoekologicznego (Tabela I), rozwiązywanie poprzez wielosektorową współpracę współczesnych problemów zdrowotnych zależnych od cech struktury społecznej.

Zadanie to nie jest jednak proste ze względu na medykację [27] promocji zdrowia w ramach systemów zdrowia, występującej zarówno w krajach o relatywnie gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej, jak i w krajach bardzo zamożnych. W bogatej Australii szcycącej się wieloma osiągnięciami z zakresu promocji zdrowia obserwuje się zjawiska bardzo podobne do występujących w Polsce. Z eksperckich relacji pochodzących z tego kraju wynika [28], że po okresie sukcesów promocji zdrowia zapoczątkowanych w latach osiemdziesiątych XX wieku kiedy renesans przeżywało zdrowie publiczne – pod koniec lat dziewięćdziesiątych rozpoczął się proces znacznego osłabienia pozycji promocji zdrowia w australijskim systemie zdrowia z powodu jej medykacji. Jeśli przyjąć, że aktualne są informacje pochodzące z 2007 roku, w Australii nie istnieje krajowy program promocji zdrowia oraz krajowa strategia zwalczania nierówności w zdrowiu. Raczej jest obserwowana tendencja do lokowania odpowiedzialności za rozwój promocji zdrowia w małych jednostkach organizacyjnych bez próby włączania rozproszonych działań w główny nurt usług zdrowotnych. Mimo że zasadność stosowania podejścia

międzysektorowego w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jest akcentowana we wszystkich oficjalnych dokumentach z zakresu zdrowia publicznego i stanowi niezbędny element programów krajowych, w istocie przejawiany w konkretnych działaniach stosunek do profilaktyki ma niewiele wspólnego z promocją zdrowia. Tak jak w okresie poprzedzającym powstanie promocji zdrowia ma miejsce koncentracja na indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie, a prowadzone działania profilaktyczne są podporządkowane modelowi biomedycznemu. Oczywiście są prowadzone także programy zgodne z zaleceniami wypływającymi z Karty Ottawskiej [29], ale bez bezpośredniego odnoszenia do Karty oraz promocji zdrowia.

Obecnie za sprawą The Commission on Social Determinants, odgrywającej kluczową rolę w obszarze zwalczania społecznych nierówności w zdrowiu na świecie, tematyka społecznych determinantów zdrowia powróciła z ogromną siłą, ale już nie jako zadanie promocji zdrowia. Rekomendacje prezentowane w publikacjach Komisji są zgodne z założeniami promocji zdrowia, ale nie odwołują się do promocji zdrowia jako takiej [30]. Powyższa sytuacja może nasilić szkodzący redukcji nierówności w zdrowiu, obserwowany od lat, proces medykalizacji i marginalizacji promocji zdrowia, zarówno w systemach opieki zdrowotnej, jak i zdrowiu publicznym.

5. Redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia w Polsce

Promocja zdrowia, choć akceptowana formalnie przez kolejne rządy, w tym resort zdrowia, nigdy nie była traktowana jako strategia i obszar działań o kluczowym znaczeniu dla polityki zdrowotnej i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako takiego. Nigdy też nie była ona uznawana za strategię możliwą do wykorzystania w roli narzędzia reformy tego systemu – funkcjonowała w przeszłości i funkcjonuje nadal przede wszystkim jako jeden z działów systemu opieki zdrowotnej, w dodatku raczej o marginalnym znaczeniu. Dodatkowo sytuację utrudnia brak zapisów ustawowych pozwalających na spójne i kompleksowe rozwiązania systemowe dotyczące promocji zdrowia w opiece zdrowotnej.

Do chwili obecnej promocja zdrowia nie dysponuje wystarczającą infrastrukturą. Nie ma stabilnych i wystarczających źródeł finansowania. Od samego początku była także pozbawiona pełnego zaplecza prawnego. Prowadzona w ujęciu historycznym analiza obowiązujących w Polsce aktów prawnych prowadzi do wniosku o niespektowaniu w ramach działalności legislacyjnej konieczności stworzenia systemu promocji zdrowia. Umieszczane w różnych aktach prawnych zapisy dotyczące wdrażania promocji zdrowia, tak w obszarze opieki zdrowotnej, jak i zdrowia publicznego, cechowała i cechuje zbyt często nadmierna ogólnikowość, fragmentaryczność i niespójność. Szanse na legislację spełniającą wymogi rozwiązań systemowych wiązać należałoby z odpowiadającą współczesnym wymogom ustawą o zdrowiu publicznym. W Polsce jak dotąd nie powstała taka ustawa.

Poziom finansowania zdrowia publicznego i jego składowej promocji zdrowia jest wysoce niewystarza-

jący. Wydaje się również bardzo symptomatyczne, że nie ma legislacyjnych rozwiązań jednoznacznie określających miejsca i warunki zatrudniania absolwentów wydziałów o zdrowiu uniwersytetów medycznych – przyszłych kadr dla promocji zdrowia.

Od samego początku ramy formalne dla promocji zdrowia stanowić miał Narodowy Program Zdrowia (NPZ), oficjalnie traktowany jako podstawowy dokument określający priorytety w zakresie ochrony zdrowia, a przy tym uwzględniający element współpracy międzysektorowej. Mimo że pierwsze trzy edycje NPZ z 1990, 1993 i 1996 roku przyjmowały za punkt wyjścia ideę promocji zdrowia, a zapisy wchodzące w skład tych dokumentów podkreślały jej rolę w przekształcaniu systemów społecznych w kierunku prozdrowotnym, ostatecznie nie doprowadziły do uruchomienia krajowego systemu współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia. Dokonana w 2000 roku próba nowelizacji NPZ na lata 1996–2005 oraz wzmocnienia jego rangi poprzez stworzenie i zatwierdzenie ustawy o realizacji jego założeń nie powiodła się. Podobnie dzieje się z obowiązującą obecnie czwartą już edycją NPZ na lata 2007–2015. Nadal nie ma ustawy o zdrowiu publicznym ani tym samym możliwości ustawowego umocowania NPZ. Podstawowym zagrożeniem dla realizacji współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia w ramach NPZ jest brak wystarczających podstaw prawnych dla takiego działania, zarówno w odniesieniu do wymagalności działań na rzecz zdrowia w różnych sektorach, jak i źródeł i zasad finansowania wspólnych, międzysektorowych przedsięwzięć. Wydaje się, że jeśli zabraknie istotnych uregulowań prawnych w tym zakresie, w dalszym ciągu NPZ będzie, tak jak poprzednie jego edycje, dokumentem do pewnego stopnia martwym. Jest wysoce prawdopodobne, że realizowane będą przede wszystkim te cele, których osiągnięcie będzie mogło się oprzeć na już istniejącym trwałym zapleczu prawnym i finansowym, jak np. związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych. W ramach oceny realizacji NPZ w 2007 roku stwierdzono, że najczęściej przeprowadzany był program profilaktyki alkoholowej posiadający, jak powszechnie wiadomo, uregulowane zaplecze prawne i finansowe [31].

Dotychczasowe doświadczenie pokazuje, że brak zaplecza legislacyjnego i finansowego dla współpracy międzysektorowej prowadzi do koncentracji odpowiedzialności za promocję zdrowia w sektorze zdrowia, przede wszystkim w opiece zdrowotnej. W praktyce oznacza to wzmocnienie roli edukacji zdrowotnej oraz nadawanie jej biomedycznego charakteru, a także marginalizację współpracy międzysektorowej, a tym samym marginalizację kwestii społecznych nierówności w zdrowiu.

Fakt zdominowania polskiego systemu ochrony zdrowia przez medycynę naprawczą nadal skutkuje niską pozycją zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia. Efektem tej dominacji jest niedocenywanie zarówno w sektorze zdrowia, jak i poza nim, rangi współpracy międzysektorowej jako efektywnego, przypisanego promocji zdrowia sposobu kontroli społecznych determinantów zdrowia, a tym samym nierówności w zdrowiu.

Jak wynika z informacji płynących z resortów [32], działania na rzecz zdrowia podejmowane w Polsce w ramach współpracy międzysektorowej są związane przede wszystkim z przeciwdziałaniem bezpośrednim zagrożeniom, a nie budowaniem środowiskowych zasobów dla zdrowia. Ponadto istnieją przesłanki, by twierdzić, że w ramach aktywności na rzecz zdrowia podejmowanych przez różne sektory zdrowie sprowadzane jest najczęściej do jego wymiaru fizycznego, co nie sprzyja upowszechnieniu związanego z promocją zdrowia, holistycznego podejścia do problemów zdrowotnych, a także traktowaniu zdrowia jako zasobu indywidualnego i społecznego.

Jak wiemy, od co najmniej 20 lat pod nazwą „promocja zdrowia” prowadzi się w kraju przede wszystkim intensywne działania z zakresu edukacji zdrowotnej. Dzieje się tak zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym. Edukacji najczęściej nie towarzyszą, choć zdarzają się wyjątki, międzysektorowe działania zorientowane na kontrolę oddziaływania społecznych determinantów zdrowia. Nic też dziwnego, że w ramach większości realizowanych programów nie bierze się także pod uwagę konieczności oceny prowadzonych przedsięwzięć z punktu widzenia ich efektywności w redukcji społecznych nierówności w zdrowiu. Jednym z dowodów na brak wystarczającego zainteresowania w kraju problematyką wyrównywania nierówności społecznych jest niemożność prowadzenia w sposób rutynowy analizy zjawisk zdrowotnych według cech położenia społecznego. Brakuje bowiem krajowego systemu monitorowania społecznych nierówności w zdrowiu, a dane GUS, z wyjątkiem danych pochodzących ze spisów powszechnych, są do tego celu wysoce niewystarczające. W rezultacie ten stan rzeczy czyni bardzo trudnym analizę zmian zjawisk zdrowotnych w czasie w odniesieniu do kategorii ludności zajmujących różne pozycje społeczne.

6. Konsekwencje zdrowotne medykalizacji promocji zdrowia w Polsce

W ciągu ostatnich 20 lat doszło w naszym kraju do spektakularnego spadku umieralności przedwczesnej z powodu wszystkich przyczyn (**Wykres 1**), głównie za sprawą obniżenia poziomu umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia (**Wykres 2**).

Z punktu widzenia redukcji społecznych nierówności w zdrowiu ważna jest odpowiedź na pytanie, jak ten sukces rozłożył się w strukturze społecznej. W sytuacji właściwego oraz efektywnego wykorzystania promocji zdrowia, tj. z uwzględnieniem skutecznych działań międzysektorowych obliczonych na redukcję społecznych nierówności w dostępie do zasobów decydujących o zdrowiu, należałoby oczekiwać znaczących redukcji różnic zdrowotnych wynikających ze zróżnicowania struktury społecznej. Dostępne dane pochodzące ze spisu powszechnego przeprowadzonego w 2002 roku jednoznacznie wskazują, że mimo kilkunastu lat intensywnych działań realizowanych pod nazwą promocji zdrowia w Polsce istnieją ogromnie nasilone społeczne nierówności w zdrowiu (**Wykres 3**).

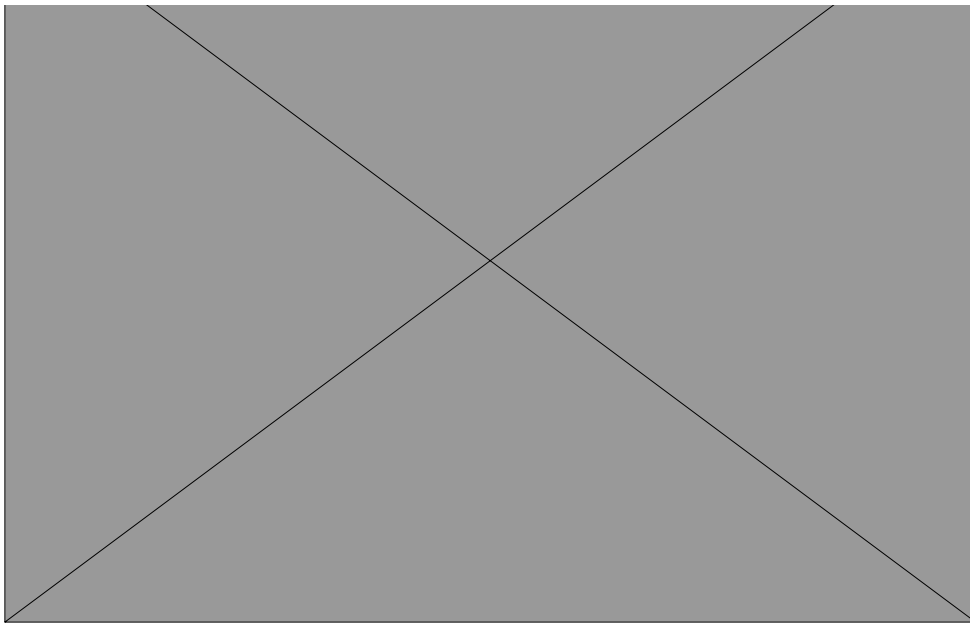
Z danych zamieszczonych na Wykresie 3 wynika, że różnice standaryzowanych współczynników przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia ogółem, w grupach poszczególnych kategorii pozycji społecznej mierzonej poziomem wykształcenia, były bardzo duże. Na szczególną uwagę zasługują spektakularne różnice między skrajnymi poziomami wykształcenia. Standaryzowane współczynniki dla mężczyzn i kobiet w wieku 25–59 lat z wykształceniem podstawowym były bowiem czterokrotnie wyższe niż dla osób z wykształceniem wyższym.

Stwierdzenie nasilonych nierówności społecznych w zdrowiu mimo poprzedzających, długotrwałych działań zapobiegawczych ma bardzo istotne znaczenie dla zwrócenia uwagi na ten problem. To jednak o wiele za mało, by ocenić poziom efektywności działań prowadzonych w ramach promocji zdrowia na rzecz redukcji społecznych nierówności w zdrowiu. Do realizacji tego celu potrzebna jest możliwość obserwacji trendów zmian zdrowotnych w strukturze społecznej. Chodzi o odpowiedź na pytanie, czy działania w zakresie promocji zdrowia, w dłuższym okresie przyczyniły się do utrzymania na stałym poziomie, zmniejszenia czy też powiększenia bardzo dużych różnic w umieralności przedwczesnej między grupami o określonej pozycji społecznej, potwierdzonych w 2002 roku. Nie jest to zadanie łatwe.

Trudność w obliczeniu standaryzowanych współczynników przedwczesnej umieralności z powodu wszystkich przyczyn i z powodu chorób układu krążenia ogółem w grupach wykształcenia i w kolejnych latach związana jest z brakiem, w okresach międzyspisywanych, danych GUS o udziałach poszczególnych grup wykształcenia w grupach wieku dla poszczególnych lat. Jedyne dane GUS, jakie mówią o strukturze grup wykształcenia w populacji według wieku i kolejnych lat w okresie 2002–2008, to zagregowane według wieku dane dla populacji w wieku 13+.

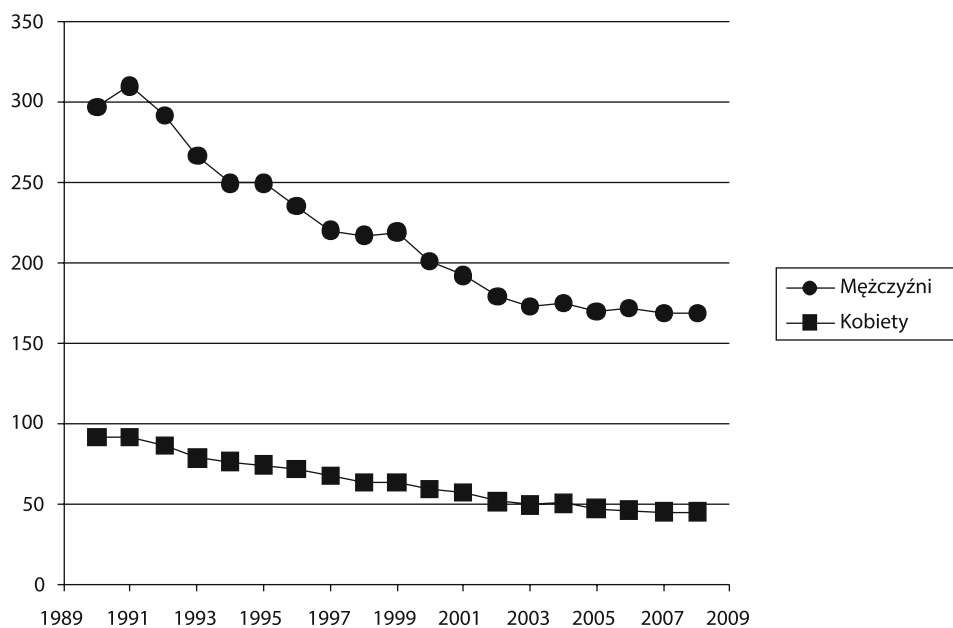
W celu umożliwienia oceny trendów przedwczesnej umieralności z powodu wszystkich przyczyn ogółem oraz chorób układu krążenia ogółem, na podstawie specjalnie do tego celu opracowanego algorytmu¹, oszacowano liczebności niezbędne do obliczenia współczynników umieralności przedwczesnej z powodu wszystkich przyczyn ogółem oraz chorób układu krążenia ogółem dla osób w wieku 25–59 lat w latach 2002–2008.

Z uzyskanych danych szacunkowych wynika (**Wykres 4**), że w przypadku umieralności przedwczesnej z powodu wszystkich przyczyn ogółem dla grupy wieku 25–59 lat w analizowanym okresie 2002–2008 doszło do zatarcia różnicy jedynie w poziomie umieralności kobiet z wykształceniem podstawowym i zawodowym, przy czym umieralność w przypadku tych dwóch kategorii wykazywała niewielką tendencję wzrostową – wiadomośc nie jest więc dobra. W mniejszym nasileniu zjawisko zbliżania się trendów wystąpiło także w przypadku mężczyzn z wykształceniem podstawowym i zasadniczym. W przypadku mężczyzn i kobiet ze średnim i wyższym wykształceniem zaznaczył się bardzo dyskretny wzrost różnicy w poziomach umieralności przedwczesnej z powodu wszystkich przyczyn.



Wykres 1. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu ogółu przyczyn na 100 000 osób w wieku 25–59 w Polsce w latach 1990–2008.

Źródło: Z. Słońska i J. Koziarek – opracowanie własne na podstawie danych GUS.



Wykres 2. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu chorób układu krążenia na 100 000 osób w wieku 25–59 w Polsce w latach 1990–2008.

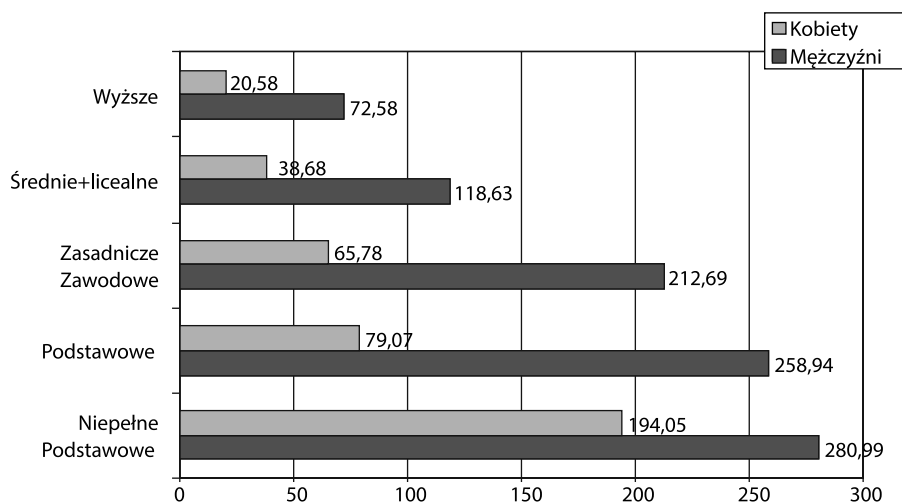
Źródło: Z. Słońska i J. Koziarek – opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Należy podkreślić, że w całym analizowanym okresie utrzymywała się, a nawet w odniesieniu do osób z zasadniczym wykształceniem nasilała, różnica w poziomie przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia ogółem kobiet i mężczyzn o najniższym i najwyższym poziomie wykształcenia.

W przypadku umieralności przedwczesnej osób w wieku 25–59 lat spowodowanej chorobami układu krążenia dla lat 2002–2008 (Wykres 5) występują analogiczne zależności, jak w przypadku opisanej wcześniej umieralności z powodu wszystkich przyczyn. Fakt ten nie

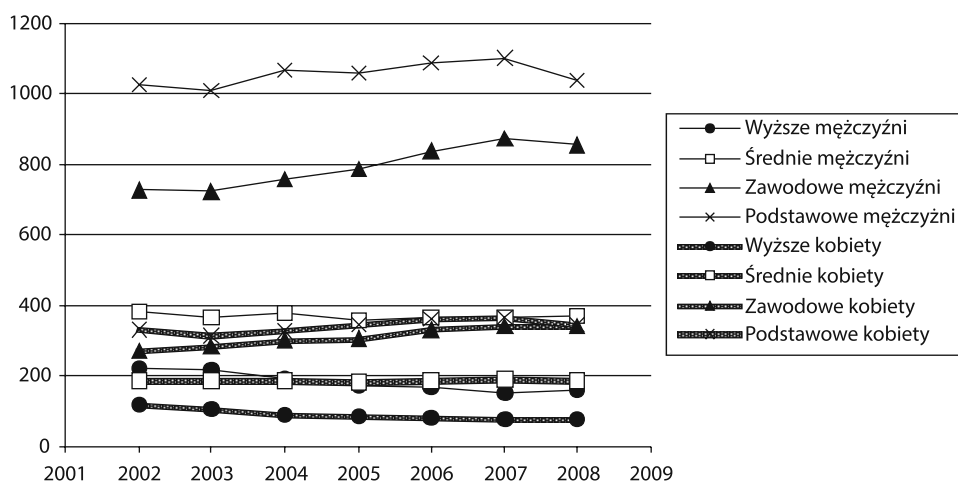
dziwi, ponieważ spadek umieralności ogólnej zawdzięczamy głównie zmianom w sytuacji epidemiologicznej chorób układu krążenia.

Z uzyskanych danych szacunkowych wynika (Wykres 5), że w przypadku umieralności przedwczesnej z powodu chorób układu krążenia ogółem, dla grupy wieku 25–59 lat, w okresie 2002–2008 doszło do zatarcia różnicy jedynie w poziomie umieralności kobiet z wykształceniem podstawowym i zawodowym, przy czym umieralność z powodu chorób układu krążenia ogółem w przypadku tych dwóch kategorii osób wykazywała



Wykres 3. Standardyzowane współczynniki umieralności z powodu chorób układu krążenia według płci i wykształcenia w roku 2002. Populacja mieszkańców Polski w wieku 25–59 lat.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.



Wykres 4. Standardyzowane współczynniki umieralności* z powodu wszystkich przyczyn na 100 000 osób w wieku 25–59 według płci i wykształcenia.

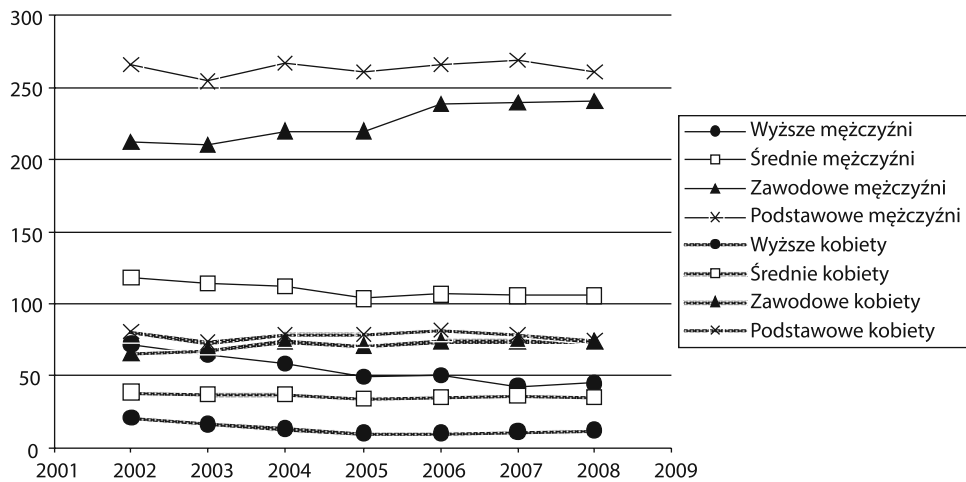
* Dane szacunkowe.

Źródło: Z. Słońska, J. Koziarek we współpracy z B. Jasińskim – opracowanie własne z wykorzystaniem danych GUS.

niewielką tendencją wzrostową. W mniejszym nasileniu zjawisko zbliżania się trendów wystąpiło także w przypadku mężczyzn z wykształceniem podstawowym i zasadniczym. W przypadku mężczyzn i kobiet ze średnim i wyższym wykształceniem zaznaczył się bardzo dyskretny wzrost różnicy między umieralnością przedwczesną z powodu wszystkich przyczyn.

Podobnie jak w przypadku umieralności ogólnej w całym analizowanym okresie utrzymywała się, a nawet w odniesieniu do osób z zasadniczym wykształceniem nasilała, różnica w poziomie umieralności z powodu chorób układu krążenia ogółem kobiet i mężczyzn o najniższym i najwyższym poziomie wykształcenia.

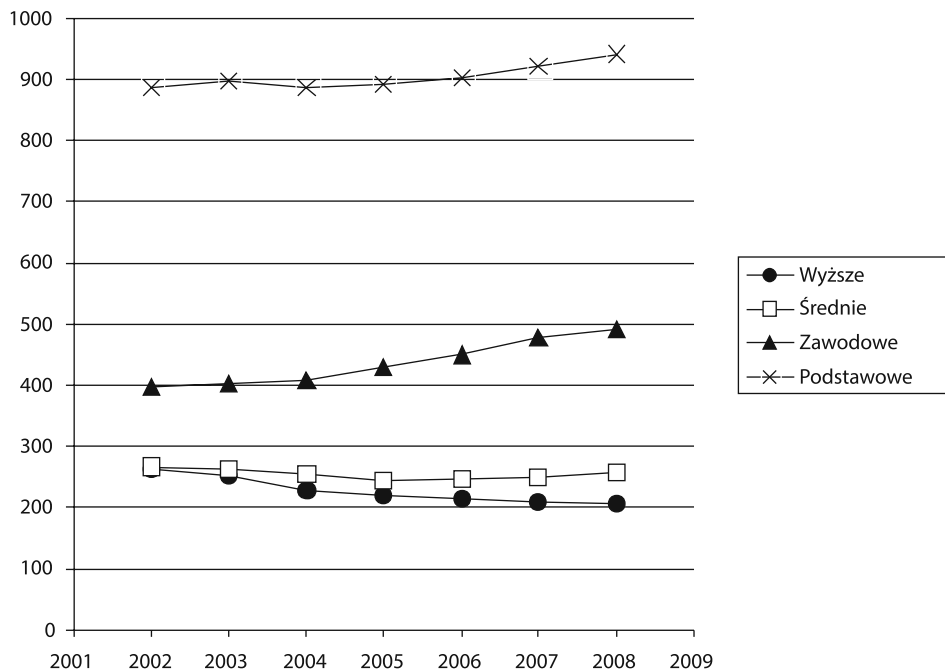
W celu oceny wiarygodności dokonanych szacunków obliczono na podstawie danych GUS rzeczywiste współczynniki umieralności z powodu chorób układu krążenia ogółem dla populacji w wieku 13+ oraz płci. Dane te jednoznacznie pokazują bardzo zbliżony do trendów oszacowanych kierunek trendów umieralności w grupach wykształcenia, co ilustruje m.in. rycina zawierająca rzeczywiste współczynniki umieralności z powodu chorób układu krążenia ogółem dla mężczyzn w wieku 13+ (Wykres 6).



Wykres 5. Standaryzowane współczynniki umieralności* z powodu chorób układu krążenia ogółem na 100 000 osób w wieku 25–59, w Polsce w latach 2002–2008, według płci i wykształcenia.

* Dane szacunkowe.

Źródło: Z. Słońska, J. Koziarek we współpracy z B. Jasińskim – opracowanie własne z wykorzystaniem danych GUS.



Wykres 6. Rzeczywiste współczynniki umieralności mężczyzn w wieku 13+ w Polsce w latach 2002–2008 według wykształcenia.

Źródło: Z. Słońska i J. Koziarek – opracowanie własne na podstawie danych GUS.

7. Podsumowanie

Zważywszy na fakt utrzymywania się na świecie znacznych nierówności w zdrowiu, mimo zaangażowania wielu państw i organizacji międzynarodowych w rozwój promocji zdrowia, można z dużym prawdopodobieństwem postawić hipotezę, że obserwowany w większości krajów, nie tylko w Polsce, proces medykalizacji promocji zdrowia leży u źródeł niskiego poziomu wyko-

rzystania promocji zdrowia jako systemowego narzędzia redukcji społecznych nierówności w zdrowiu i stanowi tym samym istotną przyczynę utrzymywania się takiego stanu rzeczy.

Beneficjentami pozytywnych zmian społecznych i związanych z postępem medycyny są i będą, jeśli nic się nie zmieni, kategorie osób zajmujących wysokie pozycje w strukturze społecznej.

Mimo że również w Polsce istnieje szansa wykorzystania znakomitych doświadczeń Szwecji [33] w zastosowaniu promocji zdrowia w procesie zmniejszania społecznych różnic w zdrowiu, zaczynają pojawiać się niepokojące głosy, które usiłują rekomendować powrót do utożsamiania promocji zdrowia ze zindywidualizowanym podejściem behawioralnym [34], które jednak w ubiegłym wieku doprowadziło do sytuacji kryzysowej w systemach zdrowia oraz poważnych konsekwencji społeczno-ekonomicznych.

Jak wcześniej wspomniano, za sprawą The Commission on Social Determinants tematyka społecznych determinantów zdrowia stała się przedmiotem międzynarodowej debaty, ale już nie jako zadanie promocji zdrowia. Brak odwoływania się do promocji zdrowia, przy okazji dyskusji, formułowania rekomendacji oraz podejmowania decyzji i działań związanych ze społecznymi nierównościami w zdrowiu, potencjalnie sprawiać może fałszywe wrażenie, że kwestie te nie należą do promocji zdrowia, a więc nie są zadaniem tych, którzy za nią odpowiadają.

W okresie ostatnich 20 lat za sprawą promocji zdrowia, mimo różnych, często poważnych niedostatków, zbudowane zostały na świecie, w tym w naszym kraju, ogromne zasoby, przede wszystkim związane z kapitałem ludzkim i społecznym. Zasoby te są gotowe do wykorzystania w procesie redukcji nierówności w zdrowiu, zarówno w obszarze zdrowia publicznego, jak i opieki zdrowotnej. Myśląc więc o konieczności redukcji społecznych nierówności w zdrowiu, trzeba pamiętać i o tym, żeby tego dorobku nie utracić.

Przypisy

¹ Algorytm został opracowany przez mgr. matematyki Bogdanę Jasińską. Główna część wykonanych obliczeń dotyczy: 1) otrzymania rozkładów liczebności populacji względem poziomu wykształcenia dla kolejnych grup wieku, odpowiednio w każdym roku, dla okresu lat 2002–2008 na podstawie danych dostępnych dla 2002 roku oraz rozkładu znanego dla roku 200X dla populacji 13+; 2) na podstawie uzyskanych rozkładów obliczenia dla roku 200X standaryzowanych na wiek współczynników umieralności osobno dla kolejnych poziomów wykształcenia przy zachowaniu maczyzy takiej jak w 2002 roku. Algorytm obejmuje 9 grup wieku: 13–14, 15–19, 20–24, 25–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69, 70+. Algorytm jest oparty na następujących założeniach: a) zachowania frakcji danego typu wykształcenia w każdym roku zgodnej z danymi GUS dla populacji 13+; b) zachowania rzeczywistych liczebności w grupach wieku w każdym z analizowanych lat; c) zachowanie bliskiego liniowemu charakteru zmian trendów obliczonych frakcji populacji według rodzajów wykształcenia zarówno w latach, jak i w grupach wieku.

Abstract

Social inequalities in health – the result of the medicalization of health promotion?

Key words: health promotion, medicalization, sustaining of social inequalities in health

Differentiation of social positions leads to the differentiation of health status in the social structure. This relationship results in the phenomenon of social inequalities in health. Health promotion has been created to improve health status and reduce the social inequalities in populations through building resources for health and healthy lifestyles and ensuring their egalitarian distribution. Taking into account the tasks of health promotion we can premise that the implementation of it creates opportunities for the reduction in social inequalities in health, but on condition that health promotion is not being medicalized. In this article we attempt to substantiate the hypothesis speaking that there is the relationship between the medicalization of health promotion and the sustaining of social inequalities in health over time.

Piśmiennictwo:

1. Sztompka P., *Pojęcie struktury społecznej: próba uogólnienia*, „Studia Socjologiczne” 1989; 3: 51.
2. Graham H., *Social determinants and public health policy in the UK*, w: Killoran A., Swann C., Kelly M.P. (red.), *Public health evidence. Teaching health inequalities*, Oxford University Press, Oxford 2006, 63.
3. Kaplan G.A., Keil J.E., *Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. AHA Medical/Scientific Statement*, Special Report, „Circulation” 1993; 88; 4, 1: 1973–1988.
4. Wilkinson R., Marmot M., *Social determinants of health*, World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen 1998.
5. Lynch J.W., Kaplan G.A., Salonen J.T., *Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behavior and psychosocial characteristics by stages of socioeconomic life-course*, „Social Science and Medicine” 1997; 44: 809–819.
6. Wamala S.P., Mittleman M.A., Horsten M., Schenck-Gustafsson K., Orth-Gomer K., *Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women. The Stockholm Female Coronary Risk Study*, „Social Science and Medicine” 2000; 51: 481–489.
7. Droomers M., Schrijvers C.T.M., Mackenbach J.P., *Why do lower educated people continue smoking? Explanation from the longitudinal GLOBE study*, „Health Psychology” 2000; 21, 3: 263–272.
8. Anderson P., Leppert J., *Men of low socio-economic and educational level possesses pronounced deficient knowledge about risks factors related to coronary heart disease*, „Journal of Cardiovascular Risk” 2001; 8: 371–377.
9. Pell J.P., Pell A.C.H., Norrie J., Ford I., Cobbe S.M., *Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study*, „British Medical Journal” 2000; 320: 15.
10. Lalonde M., *A new perspective on the health of Canadians: a working document*, Health and Welfare Canada, Ottawa 1974.
11. Epp J., *Achieving health for all: a framework for health promotion*, Health and Welfare Canada, Ottawa 1986.
12. Raphael D., Bryant T., Curry-Stevens A., *Toronto charter outlines future health policy direction for Canada and elsewhere*, „Health Promotion International” 2004; 19: 269–273.
13. Prus S.G., *Comparing social determinants of self-rated health across the United States and Canada*, „Social Science and Medicine” 2011; 73: 50.

14. Siegrist J., *The social causation of health and illness*, w: Albrecht G.L., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (red.), *Handbook of social studies in health and medicine*, Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi 2003, 100.
15. Beck U., *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2002.
16. Townsend P., Davidson N., *The Black Report*, Penguin Books, London/New York, Victoria/Ontario/Auckland 1988.
17. Smith G.D., Bartley M., Blane D., *The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on*, „British Medical Journal” 1990; 301: 373–377.
18. Raphael D., *Escaping from Phantom Zone: social determinants of health, public health units and public policy*, „Health Promotion International” 2009; 24, 2: 193–198.
19. Bryant T., Raphael D., Schrecker T., Labonte R., *Canada: A land of missed opportunity for addressing the social determinants of health*, „Health Policy” 2011; 101: 44–58.
20. *Strategic review of health inequalities in England post 2010*, Marmot Review: First Phase Report, 2009.
21. Navarro V., *What we mean by social determinants of health?*, „International Journal of Health Services” 2009; 39, 3: 423–441.
22. Marmot M., Friel S., Bell R., Haoveling T.A., Taylor S., *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, „The Lancet” 2008; 372, 8: 1661–1669.
23. Blas E., Gilson L., Kelly M.P., Labontè R., i in., *Addressing social determinants of health inequalities: what can the state and civil society do?*, „The Lancet” 2008; 372: 1684–1689.
24. Bandosz P., Flaherty M.O., Drygas W., i in., *Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Poland between 1991 and 2005*, „European Heart Journal” 2010; 31(abstr. supl.): 167.
25. Lawrence W., Lawrence R.G., *Talking about public health: Developing America's "second language"*, w: Hofrichter R., Bhatia R., (red.), *Tackling health inequities through public health practice*, Oxford University Press, New York 2010, 495.
26. Breslow L., *From disease prevention to health promotion*, „Journal of the American Medical Association” 1999; 281, 11: 1030–1033.
27. Ziglio E., Hagard S., Griffiths J., *Health promotion development in Europe: achievements and challenges*, „Health Promotion International” 2000; 15, 2: 143–154.
28. Lin V., Fawkes S., *Health promotion in Australia: twenty years on from the Ottawa Charter*, „Promotion and Education” 2007; 4: 203–208.
29. *The Ottawa Charter for Health Promotion*, World Health Organization, Health and Welfare Canada Canadian Public Health Association, Ontario 1986.
30. Marmot M. i in., *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*, World Health Organization, Copenhagen 2010.
31. Halik R., *Wyniki monitorowania Narodowego Programu Zdrowia*. Wystąpienie na Wojewódzkiej Konferencji Szkoleniowej „Narodowy Program Zdrowia oraz Krajowy Program zwalczania AIDS Zapobiegania Zakażeniom HIV”, Białystok 27 kwietnia 2010.
32. Informacje o zamierzeniach dotyczących realizacji rekomendacji wynikających z Raportów RRL: 2004, 2005–2006 i 2006–2007 przez wskazanych w rekomendacji wykonawców, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2011.
33. Pettersson B., *Transforming Ottawa Charter Health promotion concepts into Swedish public policy*, „Promotion and Education” 2007; 14, 4: 244–249.
34. Panagopoulou E., Montgomery A., Benos A., *Health promotion as a behavioural challenge: are we missing attitudes?*, „Global Health Promotion” 2011; 18, 2: 54–57.

O autorach

Zofia Stońska — dr n. hum., adiunkt, zastępca Kierownika Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa.

Jacek Koziarek — mgr matematyki, Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa.