

MOST IMPORTANT FACTORS MODELLING HEALTH STATUS OF AN INDIVIDUAL AND THE POPULATION. PART 1

NAJWAŻNIEJSZE CZYNNIKI MODELUJĄCE STAN ZDROWIA JEDNOSTKI I POPULACJI. Cz. 1

Anna Sobieszcańska¹, Jarosław Sobieszcański², Halina Pieciewicz-Szczęśna³, Aleksandra Słpiecka⁴, Walery Zukow⁵, Irena Dorota Karwat^{3,6}

¹Katedra i Zakład Ortopedii Szczękowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;

²Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;

³Katedra i Zakład Epidemiologii i Badań Klinicznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;

⁴Pracownia Pedagogiki i Dydaktyki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach;

⁵Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy;

⁶Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

MOST IMPORTANT FACTORS MODELLING HEALTH STATUS OF AN INDIVIDUAL AND THE POPULATION. PART 1

Abstract

Introduction

Human state of health is determined by so many factors that despite numerous studies conducted in many countries worldwide it is not possible to define them unequivocally. Health and diseases are conditioned in various parts of the world in different ways, both of the total population and the individual. Undoubtedly, these are strong premises to continue studies in the direction of unification of the definitions of health, disease, and disability.

In every country there is a different level of recognition of health problems of the population, their dimensions, causes and consequences, which should constitute knowledge to determine projects, strengthening and improvement of the quality of health care. Modern actions in the domain of health promotion, prophylaxis, as well as health education, are of primary importance in the modelling of the state of health.

Objective

The objective of the study was presentation of widely understood health and social factors, which may effectively influence the improvement of the state of health, both of an individual and the population, as evaluated in the sphere of health behaviours, availability and level of the health services offered, and the state of advancement of epidemiological knowledge while assessing positive and negative health measures.

Description of the state of knowledge

The data published in many scientific studies, mainly by the agendas of the World Health Organization, demonstrate that the factors shaping the level of human health include: incorrect life style, hazards within the physical environment, widely understood geographic factors (natural, climatic, which are specific in some latitudes), and the quality of care provided by health services. Many researchers have no doubt that from each of the large groups of factors it is possible to select smaller groups, the number and quality of which are characteristic or highly specific to various groups of people. Frequently, many factors shaping the level of health are underestimated, which exerts a negative effect on the quality improvement of widely understood health care over the individual and the population. Such factors include, among others, climatic processes, long-lasting body exposure to solar radiation, sunless weather, interpersonal communication, domains of human functioning especially threatened by long-term stress. Efforts oriented towards an improvement of the quality of health by individuals themselves will be insufficient without a systemic support provided for them through activities of health care teams functioning in the local environment. Good availability, not only of the actions classified into restorative medicine, but primarily preventive medicine, is a guarantee of the effective health promoting behaviours of large social groups. This is one of the factors which may determine a better state of health of the population within future years. Many epidemiological data and studies of the availability of health services indicate that the Polish system of health care requires profound reorganization. This is also confirmed by low positions in the ranking by the Euro Health Consumer Index, where in 2014, Poland occupied the 31st position among the 37 investigated health care systems, while in 2015, it dropped to the 35th position.

Summary

Beneficial actions conducted towards modelling the state of health of an individual and the population may be obtained based on systematic achievements in clinical, epidemiological, environmental and sociological studies. They impose changes in defining public health, which, as a science, appropriates a growing number of new domains of knowledge and tasks supporting the improvement of many elements of life style. The character of health needs of an individual and the population changes, among others, as a result of progressing civilisation changes and unfavourable demographic or environmental changes. For years, inequalities in health have constituted a great problem in the improvement of the state of health. The main element in the struggle with this problem is the implementation of modern prevention programmes, which contribute to the reduction of morbidity and mortality due to many diseases, mainly of the cardiovascular system and cancer.

Key words: factors modelling state of health, public health, health behaviours, health needs

NAJWAŻNIEJSZE CZYNNIKI MODELUJĄCE STAN ZDROWIA JEDNOSTKI I POPULACJI. Cz. 1 Streszczenie

Wprowadzenie

Stan zdrowia człowieka determinuje tak dużo czynników, że mimo licznych badań przeprowadzonych w wielu krajach świata, nie ma możliwości ich jednoznacznego określenia. Zdrowie i choroby warunkowane są w różnych częściach świata w odmienny sposób, zarówno całej populacji, jak i jednostki. Niewątpliwie są to mocne przesłanki do kontynuowania prac w kierunku ujednoczenia definicji zdrowia, choroby i niepełnosprawności.

W każdym kraju różny jest poziom rozpoznawania rodzajów problemów zdrowotnych populacji, ich rozmiarów, przyczyn i następstw, które powinny stanowić wiedzę do określania projektów wzmacniania i poprawy jakości opieki zdrowotnej. Na modelowanie stanu zdrowia podstawowe znaczenie mają nowoczesne działania w dziedzinie promocji zdrowia i profilaktyki a także edukacji zdrowotnej.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie znaczenia szeroko rozumianych czynników zdrowotnych i społecznych, które mogą mieć skuteczny wpływ na poprawę stanu zdrowia, zarówno jednostki, jak i populacji, oceniane w sferze zachowań zdrowotnych, dostępności i poziomu świadczeń oferowanych przez służbę zdrowia oraz stanu zaawansowania wiedzy epidemiologicznej w ocenie pozytywnych i negatywnych mierników zdrowia.

Opis stanu wiedzy

Z danych opublikowanych w licznych pracach naukowych, głównie przez agendy Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że na czynniki kształtujące poziom zdrowia człowieka składają się: wadliwy styl życia, zagrożenia w obrębie środowiska fizycznego, szeroko rozumiane czynniki geograficzne (przyrodnicze, klimatyczne, które w niektórych szerokościach geograficznych są specyficzne) oraz jakość opieki świadczonej przez służbę zdrowia. Wielu badaczy nie ma wątpliwości, że w każdej z dużych grup czynników jest możliwość wyosobnienia mniejszych, których liczba i jakość jest charakterystyczna lub wysoce specyficzna dla różnych grup ludzi. Często, wiele czynników kształtujących poziom zdrowia jest niedocenianych, co ma negatywny wpływ na jakościową poprawę szeroko rozumianej opieki zdrowotnej nad jednostką i populacją. Do takich należą, m.in. procesy klimatyczne, długotrwała ekspozycja ciała na promieniowanie słoneczne, pogoda bezsłoneczna, komunikacja między ludźmi, obszary funkcjonowania człowieka szczególnie zagrożone długotrwałymi stresami. Wysiłki kierowane na poprawę jakości zdrowia przez samą jednostkę będą niewystarczające bez systemowego wspierania jej przez działania zespołów służby zdrowia, funkcjonujących w środowisku lokalnym. Dobra dostępność nie tylko do działań zaliczanych do medycyny naprawczej ale przede wszystkim do medycyny zapobiegawczej jest gwarantem skutecznych zachowań prozdrowotnych dużych grup społecznych. Jest to problem, który stanowić może o lepszym stanie zdrowia populacji w mniej i bardziej odległych latach. Wiele danych epidemiologicznych i badania dostępności do służby zdrowia wykazują, że system polskiej opieki zdrowotnej wymaga gruntownego przeorganizowania. Potwierdzają to także niskie miejsca w rankingu Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (Euro Health Consumer Index), gdzie Polska w roku 2014 zajęła 31 miejsce na 37 badanych systemów zdrowia, a w 2015, dopiero 35.

Podsumowanie

Korzystne działania w kierunku modelowania stanu zdrowia jednostki i populacji można uzyskać w oparciu o systematyczne osiągnięcia w badaniach klinicznych, epidemiologicznych, środowiskowych i socjologicznych. Wymuszają one zmiany w definiowaniu zdrowia publicznego, które jako nauka zawłaszcza coraz to nowe obszary wiedzy i zadań wspomagających poprawę wielu elementów stylu życia. Charakter potrzeb zmienia się m.in. na skutek postępujących zmian cywilizacyjnych, niekorzystnych zmian demograficznych, czy często wybierany antyzdrowotny styl życia. Od lat dużym problemem w poprawie stanu zdrowia populacji są nierówności w zdrowiu. Podstawowym elementem walki z tym problemem jest wdrażanie nowoczesnych programów prewencyjnych, które przyczyniają się do redukcji chorobowości oraz umieralności z powodu wielu chorób, głównie układu krążenia i chorób nowotworowych.

Słowa kluczowe: czynniki modelujące stan zdrowia, zdrowie publiczne, zachowania zdrowotne, potrzeby zdrowotne

Wstęp

Znaczenie stanu zdrowia jednostki i populacji jest problemem, który jest badany w Polsce i w wielu krajach, głównie rozwiniętych. Nie ma wątpliwości, że od tego zależy poziom rozwoju gospodarki, poziom wydatków na służbę zdrowia, na każdym jej poziomie funkcjonowania oraz potrzeby szeroko rozumianej opieki na różnymi grupami osób (m.in. osobami niepełnosprawnymi, osobami starszymi, dziećmi osieroconymi), głównie w środowisku ich życia. Stan zdrowia człowieka determinuje tak dużo czynników, że mimo licznych badań przeprowadzanych w wielu krajach świata przez doświadczone zespoły badawcze, nie dopracowano się jednoznacznego jego określenia. Być może wielość tych czynników, różny stopień ich współdziałania i różne metody oceny jeszcze długo albo wcale nie pozwolą na opracowanie ujednoczonych definicji zdrowia, choroby i niepełnosprawności. Oczywiście, wiele jest badań dokumentujących rodzaje czynników, których dowiedzenie wpływu na poziom zdrowia człowieka wymagało wielu lat pracy. Jednak określenie ich w kategoriach, jako pewne czy prawdopodobne ma raczej charakter płynny, bowiem czynniki zagrożenia kształtujące poziom zdrowia zmieniają się na tyle, że niezwykle trudno jest je sklasyfikować w kategorii występujących samodzielnie, w kategorii współwystępujących i w jakim stopniu i obszarze zazębiają się ze sobą. Zatem, wielość grup czynników i ich znane i nieznanne zależności mają znaczenie a nawet wpływ na poziom zdrowia i jakość funkcjonowania jednostki w społeczeństwie, a zidentyfikowanie udziału (proporcji) tych składowych wymaga wieloletnich prospektywnych, populacyjnych badań epidemiologicznych i klinicznych.

Na stan zdrowia, tak w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym, mają wpływ także indywidualne cechy biologiczne, zarówno te dziedziczne, jak i kształtowane w toku jednostkowo zdobywanych doświadczeń. Istotną rolę odgrywają indywidualne biografie zdrowotne, warunki życia i epizody chorobowe osłabiające organizm, ale także te wspomagające odporność. Systematycznie występująca w społeczeństwach wspólnota złych i dobrych doświadczeń sumujących się w poszczególnych biografiach prowadzi do powstawania, trwania i redukcji nierówności zdrowotnych [1].

Wartość stanu zdrowia od dawna stanowiła zainteresowania ekonomistów, w wielu zakresach funkcjonowania człowieka, głównie na poziomie jakości, innowacyjności i organizacji wykonywanej pracy. Zasób zdrowia, obok wiedzy i umiejętności jest jedną z form

kapitału człowieka (ludzkiego), którą można nazwać kapitałem zdrowia [2]. Duże znaczenie, często niedoceniane, ma jakość odziedziczonego aparatu genetycznego. Każdy człowiek rodzi się z określonym zasobem kapitału zdrowia, który początkowo rośnie, a po przekroczeniu pewnego wieku w dorosłości (jest to skłonność dość osobnicza) zaczyna ulegać deprecjacji w procesie starzenia się organizmu. Kapitał zdrowia danej osoby jest kształtowany tak różnymi warunkami, że tylko sam człowiek potrafi, choćby w przybliżeniu, określić poziom obciążenia, który może rzutować na jego stan zdrowia w bliższych lub dalszych latach życia. Dlatego właśnie w określaniu, czy definiowaniu stanu zdrowia powinien być brany pod uwagę element subiektywnej oceny. Zatem uwarunkowania genetyczne muszą być wspierane działaniami zewnętrznymi, a ich jakość zależy od poziomu wiedzy zdrowotnej i świadczeń realizowanych po dokonaniu oceny potrzeb, zarówno tych zdrowotnych, jak i społecznych. Wpływ na jakość działań wspierających, z jednej strony mają te pozytywne, m.in. inwestycje w opiekę zdrowotną, edukację zdrowotną, profilaktykę, a z drugiej strony antyzdrowotny styl życia samych osób zainteresowanych, np. palenie tytoniu, zażywanie narkotyków, lekomania, alkoholizm itp.

Dla każdego kraju poziom zdrowia populacji ma duże znaczenie w budowaniu gospodarki państwa. Próba określenia wartości pieniężnej życia i zdrowia budzi wiele zastrzeżeń natury moralnej i etycznej, dlatego też ekonomiści nie starają się oceniać wartości ludzkiego życia, a raczej wyceny redukcji ryzyka zgonu. Ponieważ nie można określić jednoznacznej ceny rynkowej zdrowia, ekonomiści szacują wartość, jaką sami ludzie mu przypisują oraz badają decyzje podejmowane przez organy ustawodawcze, rodziny oraz pacjentów, aby udowodnić, iż wszyscy oni wyceniają raczej długość i jakość życia, na które może mieć wpływ poziom opieki zdrowotnej. Z reguły nie interesują się wartością samego zdrowia, a tym w jakim stopniu zdrowsi pracownicy przyczyniają się do rozwoju gospodarki [2].

Opis stanu wiedzy

Na temat określania istoty zdrowia, jego poziomu, utrzymania i poprawiania, choroby i niepełnosprawności, promocji zdrowia i profilaktyki a także edukacji zdrowotnej zostało napisane wiele. Są to prace naukowe, informacje statystyczne (w tym demograficzne), prace popularno -naukowe oraz publikacje informacyjne dla osób chorych i zdrowych. Problem stanowi uporządkowanie wiedzy, którą można by uznać za arbitralną. W oparciu o wyniki badań publikowanych od wielu lat w kraju i za granicą należy stwierdzić, że nie ma możliwości wyraźnego wydzielenia czynników sprawczych niskiego poziomu stanu zdrowia.

Powodów tego jest wiele, a do głównych należą przenikające się (współdziałające) czynniki obniżające jakość zdrowia, które pochodzą z różnych grup przyczyn skupiających się w kilku dużych kategoriach.

Do głównych grup czynników kształtujących poziom zdrowia człowieka należą: 1. antyzdrowotny styl życia; 2. zagrożenia w obrębie środowiska fizycznego; 3. zagrożenia w obrębie czynników genetycznych; 4. szeroko rozumiane czynniki geograficzne (przyrodnicze, klimatyczne, które w niektórych szerokościach geograficznych są specyficzne); 5. poziom opieki zdrowotnej [3,4].

Bardziej szczegółowe, należące do podstawowych uwarunkowań stanu zdrowia opublikowali eksperci Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), do których zaliczyli: - korzystanie z praw i swobód obywatelskich, - zatrudnienie, - warunki pracy, - warunki mieszkaniowe, kondycja psychofizyczna stosowana do płci i wieku, - poziom wykształcenia, - zaopatrzenie w żywność i odpowiedni stan odżywienia, - poczucie bezpieczeństwa, - możliwość oszczędzania, - komunikacja i łączność z innymi ludźmi, możliwość wypoczynku, regeneracji sił i rozrywki, - dostępność odpowiedniej odzieży [5]. Wielość i charakter tematyczny wyżej wymienionych czynników i uwarunkowań stanu zdrowia świadczy o stałym poszerzaniu się grona specjalistów zajmujących się problemami zdrowia, zarówno jednostki, jak i populacji. Obecnie trudno mówić o problemach zdrowia bez takich specjalistów, jak pielęgniarka, psycholog, rehabilitant, dietetyk, ratownik medyczny, socjolog, prawnik, fizjoterapeuta, czy pedagog. Pomimo licznych osiągnięć naukowych w tym zakresie w kraju i na poziomie międzynarodowym przeważnie nie ma między zespołami badawczymi platformy współpracy, przez co wiele programów badawczych jest powtarzanych lub stosowane są różne metody badawcze, co nie zapewnia porównywalności wyników.

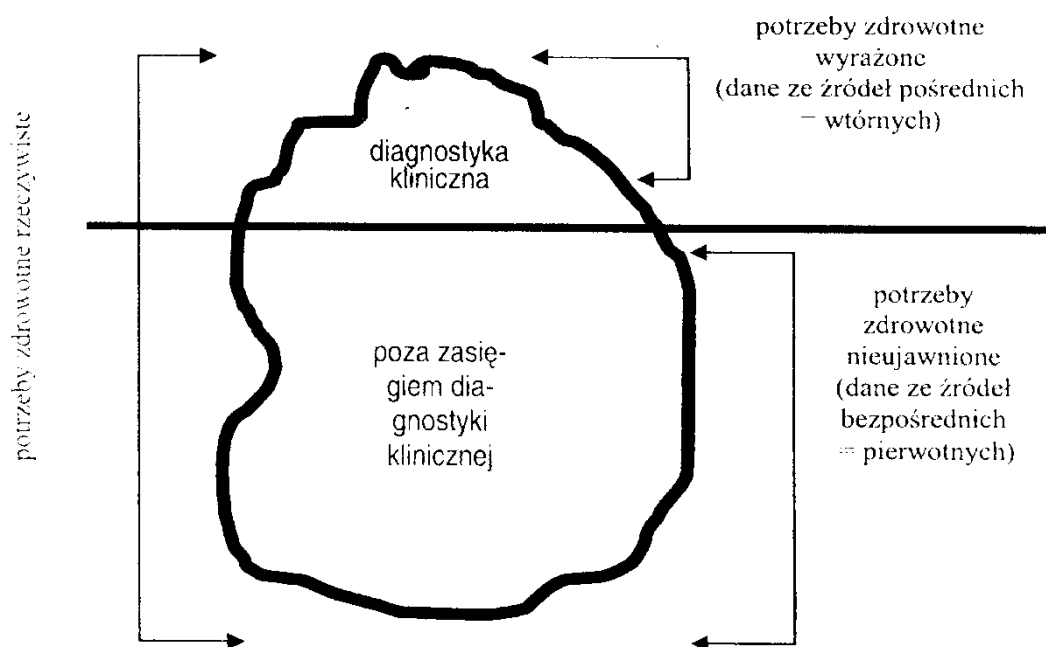
Znaczenie rozpoznawania potrzeb zdrowotnych

W celu stosowania działań poprawiających stan zdrowia konieczne jest wykorzystywanie nowoczesnych metod i sposobów rozpoznawania (diagnozowania) potrzeb zdrowotnych. Jest to zadanie niezwykle trudne, głównie pod względem metodologicznym, dlatego ważne jest na etapie przygotowywania, a potem w procesie badania tego problemu, wykorzystywanie wiedzy z dziedziny epidemiologii i biostatystyki.

W piśmiennictwie występuje wiele definicji potrzeb zdrowotnych, których autorzy omawiają różne aspekty, zależnie od rodzaju tych potrzeb i celów badawczych, np. potrzeby leczenia, potrzeby pielęgnowania, potrzeby opieki w środowisku, potrzeby opieki instytucjonalnej, potrzeby psychologiczne, potrzeby rehabilitacyjne. Ogólnie można

powiedzieć, że potrzeby zdrowotne są to takie odchylenia w stanie zdrowia pacjenta lub jego środowiska, które wymagają podjęcia niezbędnych, najbardziej korzystnych dla niego działań, aby nie dopuścić do negatywnych skutków dla zdrowia. Rzeczywiste potrzeby zdrowotne dzieli się na: 1. potrzeby zdrowotne wyrażone, czyli te, znane z dokumentacji służby zdrowia, danych demograficznych i zgłaszanych przez pacjenta i/lub jego członków rodziny; 2. potrzeby niewyrażone, czyli te, które nie są znane pracownikom ochrony zdrowia, głównie ze względu na niską wiedzę zdrowotną pacjentów, także z powodu oporu przed pójściem do lekarza, czasem ze względów ekonomicznych, rodzinnych, czy środowiskowych. Niektórzy autorzy dzielą jeszcze potrzeby niewyrażone na potrzeby: uświadomione, tj. takie, z których występowania człowiek zdaje sobie sprawę, lecz z różnych powodów ich nie zgłasza i nieuświadomione, czyli takie, które nie są zgłaszane dlatego, że człowiek o ich istnieniu nie wie [6,7].

Już od wielu lat potrzeby zdrowotne identyfikowane są z teorią, tzw. góry lodowej, według której tylko około 20% stanowią potrzeby wyrażone, czyli znane, a z powodu niskiego odsetka utożsamiane są z wierzchołkiem tej góry. Natomiast pozostałe aż 80%, to potrzeby niezidentyfikowane, nierejestrowane, czyli niewyrażone - ryc. 1 [8,9].



Rycina 1. Model góry lodowej [9].

Rodzaje i zakres tych potrzeb można określić poprzez bardzo dobrze zorganizowane badania przesiewowe (przełądowe). Strategicznym celem badania przełądowego jest

ograniczenie chorobowości na określoną jednostkę chorobową w populacji poddanej tym badaniom. Najważniejszym jednak celem tych badań jest wykrycie chorób w ich najwcześniejszym stadium, co wiąże się z dużymi możliwościami niedopuszczenia do pełnego rozwoju zmian chorobowych [10]. Badania przesiewowe dotyczą przede wszystkim tych chorób, na które w populacji nasila się zapadalność, tj. choroby nowotworowe, choroby układu krążenia, wady wrodzone, choroby metaboliczne, czy przewlekłe choroby zwyrodnieniowe.

Odzwierciedleniem potrzeb zdrowotnych jest zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną w różnych wymiarach oraz oczekiwaniem ze strony jednostki i społeczeństwa ich zaspokojenia w sposób planowy i skuteczny. Należy podkreślić, że zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną uwarunkowane jest wieloma czynnikami, m.in. socjo-ekonomicznymi, kulturowymi, poziomem wiedzy na temat zdrowia, czy dostępnością do świadczeń. Koszt wykrycia choroby w badaniach przesiewowych raczej nie przewyższa ewentualnych skutków jej niewykrycia.

Potrzeby opracowywania map potrzeb zdrowotnych

Ze względu na to, że bardzo trudne jest diagnozowanie potrzeb zdrowotnych, zasadne jest opracowywanie map potrzeb zdrowotnych w celu długofalowego określania obszarów czy rejonów kraju, które powinny być doinwestowywane pod względem medycznym i socjalnym. Ze względów organizacyjnych obszary te powinny dotyczyć terenów każdego województwa, bowiem daje to możliwości badania różnych cech, nie tylko zdrowotnych ale także demograficznych, czy innych charakterystycznych dla danego rejonu. Potrzeby te powinny być oparte o ocenę takich cech, jak już istniejąca infrastruktura, wyposażenie placówek medycznych i wskaźników zapadalności na najczęściej występujące choroby cywilizacyjne i zakaźne a także inne pomiary epidemiologiczne w celu określenia rzeczywistych potrzeb dotyczących dostępności do świadczeń medycznych. Potrzeby te powinny być podzielone na potrzeby indywidualne, zwłaszcza jeśli chodzi o osoby niepełnosprawne i w starszych kategoriach wieku, i potrzeby populacji. Mapy potrzeb zdrowotnych realizowane są już w wielu krajach Unii Europejskiej, a główne korzyści, to unikanie powtórnych inwestycji medycznych na danym terenie. Unia zażądała także od Polski opracowywania map zdrowotnych, których publikacja jest wymogiem do uruchomienia unijnych funduszy. W Polsce na przełomie 2013 i 2014 roku zostały opracowane przez NIZP-PZH pierwsze mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa mazowieckiego, jako badanie pilotażowe. Jakość ich została wysoko oceniona przez MZ i KE [11]. Są już dostępne pierwsze publikacje o charakterze map potrzeb zdrowotnych dla Polski, z tym, że dotyczą one

przede wszystkim bazy łóżkowej w poszczególnych województwach i mapy zdrowotne dla 30 grup chorób [12]. Skupienie uwagi na indywidualne potrzeby zdrowotne daje duże możliwości ukierunkowania programów edukacji zdrowotnej na najbardziej newralgiczne rodzaje problemów zdrowotnych i społecznych. Im wyższa wiedza zdrowotna, tym większe ma chory (lub zdrowy) możliwości wpływu (modulowania) na poziom swojego zdrowia.

Opracowywanie map potrzeb zdrowotnych nie jest łatwym zadaniem, ani pod względem organizacyjnym ani metodologicznym, przy czym wymagają dużych kosztów finansowych. Z tego powodu to trudne przedsięwzięcie musi być prowadzone przez doświadczony wielodyscyplinarny zespół, którego kierownikiem powinien być epidemiolog z dużą wiedzą w dziedzinie metodologii badań naukowych i biostatystyki.

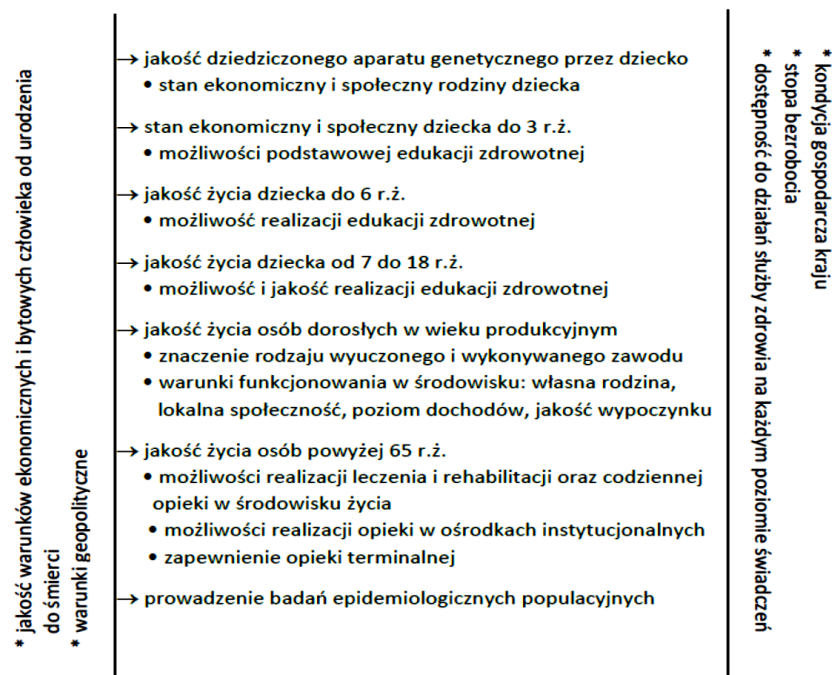
Edukacja zdrowotna

Do najskuteczniejszych metod zapobiegania chorobom i różnym zdarzeniom, np. urazom, jest wysoki poziom wiedzy zdrowotnej, która powinna być nabywana przez jednostkę od najmłodszych lat. Wiek rozpoczęcia edukacji zdrowotnej ma podstawowe znaczenie w modelowaniu zdrowia w późniejszych latach życia człowieka. Edukacja zdrowotna, jako pojęcie funkcjonuje w przestrzeni zdrowia publicznego od niedawna. Koncepcja edukacji zdrowotnej została przedstawiona przez S. Smith'a w 1989 roku, która jest oparta na szeroko rozumianym pojęciu zdrowia i niewątpliwie stanowi proces stałego podtrzymywania i odtwarzania dobrego samopoczucia w wymiarze społecznym, psychicznym i fizycznym. Ponadto mieszczą się tu także pozytywne relacje międzyludzkie i z fizycznym środowiskiem, co stanowi o równowadze między człowiekiem a otoczeniem. Natomiast według T. Williams'a edukacja zdrowotna jest to proces, w którym ludzie uczą się dbać o własne i zdrowie społeczeństwa, w którym żyją [13,14]. Pomimo funkcjonowania licznych programów edukacyjnych, w polskim społeczeństwie nadal jest wiele grup społecznych, które wybierają antyzdrowotny styl życia. Zachowania te generują wiele negatywnych skutków zdrowotnych i społecznych, m.in. w postaci zjawiska nadumieralności mężczyzn, skracania długości życia, głównie na skutek chorób przewlekłych (układu krążenia, metaboliczne, zwyrodnieniowe), zgonów z przyczyn zewnętrznych.

Nierówności w zdrowiu

Nierówności w zdrowiu spowodowane są przede wszystkim czynnikami społecznymi kształtującymi warunki, w których ludzie się rodzą, wychowują, pracują czy leczą. Do czynników tych zalicza się różnorodne czynniki makrospołeczne (rodzaj polityki gospodarczej, ubóstwo, bezrobocie, zagrożenia zdrowia w miejscu pracy, sposób

funkcjonowania ochrony zdrowia) a także zachowania człowieka (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, mała aktywność fizyczna, stan odżywienia oraz dostępność i jakość korzystania z usług służby zdrowia. Czynniki te ze zmienną intensywnością wpływają na poszczególne grupy społeczne, co jest jedną z głównych przyczyn powstawania społecznych nierówności w zdrowiu [15,16]. Wiele czynników, które mają wpływ na stan zdrowia w każdym okresie życia człowieka, przedstawiono na schemacie 1.



Schemat 1. Rodzaje osobniczych (zależnych) i niezależnych cech modulujących stan zdrowia jednostki i społeczeństwa (opracowanie własne).

Problematyka nierówności w stanie zdrowia stanowi jeden z najważniejszych problemów badawczych i działań w obszarze współczesnej polityki zdrowotnej. Według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia nierówności zdrowotne „odzwierciedlają niepotrzebne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia, które uważane są za niesprawiedliwe” [17]. Równość dostępu do opieki zdrowotnej oceniana jest w kilku wymiarach. Wiele czynników sprawia, że różni autorzy ujmują je w różnych kategoriach. Według społeczno-ekologicznego schematu Dahlgrena i Whitehead nierówności w zdrowiu można

analizować na pięciu poziomach: I - czynniki działające na poziomie społeczeństwa, II - czynniki środowiska życia i pracy, III - grupy społecznej; oraz IV i V działające na poziomie jednostki [18,19]. Inny schemat, bardziej rozbudowany, dotyczy także pięciu kategorii, mianowicie: I - wymiar regulacyjny (prawny), tj. zakaz dyskryminacji ze względu na narodowość, religię, pochodzenie, wiek i płeć, czy względów ekonomicznych, II - to dostępność realna – ma charakter instytucjonalno- infrastrukturalny, tj. pacjent ma dostęp do odpowiednich placówek opieki zdrowotnej w określonym czasie, III - to wymiar organizacyjny, oznacza, że przestrzenie dostępne placówki mają zorganizowany czas pracy, korzystnie dla pacjenta, z pełną informacją, z możliwością pełnego korzystania z usług medycznych, IV wymiar, to dostępność finansowa, czyli analizowanie zdolności pacjenta do zapłacenia za usługi medyczne (*affordability*) w konkretnym miejscu, V wymiar – to rodzaje opinii pacjenta i członków jego rodziny dotyczące akceptacji oferty medycznej i satysfakcji z udzielonych świadczeń zdrowotnych [20]. McCartney i wsp. podkreślają, że decydujące znaczenie dla powstawania nierówności mają czynniki strukturalne, które są zależne od polityki publicznej [21]. Jeden z czołowych polskich epidemiologów A. Zieliński podkreśla, że głębokie przemiany społeczne i ekonomiczne leżą właściwie poza zasięgiem działania programów zdrowia publicznego. Dlatego skuteczność tych programów i efektywność wykorzystywania dostępnych środków może być wówczas, gdy w celu zdiagnozowania potrzeb poszczególnych grup społecznych będą prowadzone dobrze zaplanowane badania terenowe. Problemy dotyczą zarówno wymiarów pomocy materialnej, jak i zachowań zdrowotnych i dostępu do usług medycznych [22,23]. Ponadto wielu autorów zwraca uwagę na to, że przyczyny nierówności w zdrowiu ma niewystarczające osadzenie w epidemiologii, głównie społecznej [21,24,25,26]. Metody epidemiologiczne są niezastąpione w ocenie skuteczności programów profilaktycznych, programów edukacji zdrowotnej, a także oceny skuteczności i sprawności działania placówek służby zdrowia, interwencji środowiskowych i innych. M. Bryła podkreśla, że na wyrównywanie dysproporcji w stanie zdrowia populacji istotne znaczenie mają przede wszystkim programy profilaktyczne [27].

Podsumowanie

Osiągnięcia w zakresie arbitralnego ustalenia czynników i determinant zdrowia jednoznacznie dowodzą, że stan zdrowia człowieka i różnice stanu zdrowia zależą od tak wielu zagadnień, że nie jest możliwe udzielenie jednoznacznej odpowiedzi. W każdym obszarze badań pozostają wątpliwości, które systematycznie poddawane są nowym badaniom naukowym. Celem ich jest dostarczanie nowych informacji, które będą przydatne do

ulepszania i modyfikowania metod i sposobów poprawiających możliwości dbania o własne zdrowie jednostki, które następnie przekładają się na zdrowie populacji. Zatem musi istnieć wiele modeli uwarunkowań stanu zdrowia, które będą celnie ujmowały zagadnienia o najsłabszych ogniwach obszarów tych uwarunkowań. Problem jest o tyle skomplikowany, że wiele determinantów na zdrowie nie oddziałuje jako prosta ich suma, lecz jako następstwo bardzo skomplikowanych ich wzajemnych interakcji. Dlatego, zawsze warto zajmować się tymi czynnikami wpływającymi na zdrowie, wobec których istnieją nawet najprostsze możliwości interwencji w miarę krótkim czasie. Nie do przecenienia jest współpraca w tym zakresie z osobami, które mają podstawy edukacji zdrowotnej, gdyż mogą one same decydować o korzystnych działaniach modulujących własny stan zdrowia. W ten sposób można osiągnąć poprawę w zakresie istotnego obniżenia liczebności osób, np. z otyłością, z wadami postawy, z próchnicą zębów, wadami wzroku, zaburzeniami psychicznymi, czy z tzw. chorobami społecznymi, jak alkoholizm, niktynizm, narkomania, lekomania, uzależnienie od komputera, pracoholizm.

Piśmiennictwo:

1. Włodarczyk W.C.: Uwagi o modelach uwarunkowań i zróżnicowań stanu zdrowia na użytek HIA i HiAP1. Wersja A [www.nierownosci.mz.gov.pl/](http://www nierownosci.mz.gov.pl/)
2. Hermanowski T., Drozdowska A.: Ocena wartości życia i zdrowia, pomiar korzyści związanych z technologiami medycznymi, rodzaje kosztów w opiece zdrowotnej. W: Szacowanie kosztów społecznych choroby i wpływu stanu zdrowia na aktywność zawodową i wydajność pracy, red. T. Hermanowski. Wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013.
3. Domaradzki J.: O definicjach zdrowia i choroby. Folia Medica Lodziensia 2013, 40/1:5–29.
4. Włodarczyk WC, Uwagi o modelach uwarunkowań i zróżnicowań stanu zdrowia na użytek HIA i HiAP, 2015 http://www.nierownosci.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0018/35082/UWAGI-O-MODELACH-UWARUNKOWAn-I-ZRozNICOWAn.pdf
5. Domaradzki J.: O definicjach zdrowia i choroby. Folia Medica Lodziensia 2013, 40/1:5–29.
6. Poznańska A., Rabczenko D., Wojtyniak B.: Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia. W: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz. NIZP-PZH, Warszawa 2012, 287–304.
7. Karwat I.D., Jędrych M., Skawiński D., Pieciewicz-Szczęśna H., Sobieszkański J., Żukow W., Fronczek M., Borzęcki P.: Zdrowie i niepełnosprawność – problemy w definiowaniu. Cz. 1. Cechy wykorzystywane w ocenie stanu zdrowia. Journal of Health Sciences (J Health Sci) 2012; (2)5: 87–100.
8. Karski J.B.: Promocja zdrowia. Wyd. nowe, Wyd. Ignis, Warszawa 1999.
9. Maniecka-Bryła I.: Źródła informacji o stanie zdrowia ludności. W: Epidemiologia z elementami biostatystyki, red. I. Maniecka-Bryła, J. Martini-Fiwek. Wyd. UM w Łodzi, Łódź 2005, 15–59.
10. Jędrzejewska B.: Badania przesiewowe. W: Epidemiologia, red. J. Jabłoński. Wyd. Folium, Lublin 1999, 149-154.

11. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski. Efektywne działanie przez mapowanie. Ministerstwo Zdrowia, Unia Europejska, Europejski Fundusz Społeczny. www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl
12. Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski. Prognoza stanu i struktury ludności. Prognoza zapadalności. www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl
13. Włodarczyk W.C.: Problemy nierówności w zdrowiu. Perspektywa Unii Europejskiej. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, t. IX, 2/2011, 5–21.
14. Michałowska D.: Koncepcje zdrowia i choroby jako podstawy konstruowania podejść do edukacji zdrowotnej. Przegląd Terapeutyczny 2008, 4. www.ptt-terapia.pl
15. Słopiecka A., Cieślik A.: Zachowania zdrowotne – wybrane definicje. Studia Medyczne 2011; 24 (4): 77– 81.
16. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. World Health Organization. Regional Office for Europe. WHO 2012.
17. Golinowska S, Przestrzenny wymiar nierówności zdrowia i polityka spójności. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, t. IX, 2, 2011, 38–54.
18. Blas E, Sivasankara Kurup A. Equity, social determinants and public health programmes. WHO, Geneva 2010: 4-10.
19. Cianciara D.: Przyczyny i przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu. Hygeia Public Health 2015, 50(3): 435–440.
20. Kell J, Klimenko E, Kass JL. Definitions of health among healthcare providers. Nurs Sci Quart. 2006; 19(3): 265–271.
21. McCartney G, Collins C, Mackenzie M. What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? Health Policy 2013, 113(3): 221–227.
22. Zieliński A.: Nierówności w zdrowiu a polityka społeczna. Przegl Epidemiolog 2015; 69: 817–822.
23. Jonsson B, Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations. European Journal of Health Economics 2009, 10, 4.
24. Kaplan GA, what's wrong with social epidemiology and how can we make it better?. Epidemiol Rev 2004, 26(1): 124–135.
25. Historia DETERMINE. Wspieranie działań na rzecz równości w zdrowiu w Unii Europejskiej. Raport końcowy z działań Konsorcjum DETERMINE 2010.
26. Łyszczarz B., Wyszowska Z.: Socjoekonomiczne determinanty stanu zdrowia – perspektywa regionalna. CM Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Toruń 2009.
27. Bryła M., Maciak A., Marcinkowski J.T., Maniecka-Bryła M.: Programy profilaktyczne w zakresie chorób układu krążenia przykładem niwelowania nierówności w stanie zdrowia. Probl Hig Epidemiol 2009, 90(1): 6-17.