

## Nowe podejścia badawcze w geografii zdrowia w literaturze anglosaskiej

*New research approaches in the geography of health as exemplified  
in scientific literature in the English-speaking world*

**PAWEŁ KRETOWICZ**

Instytut Geografii i Gospodarki Przestrzennej, Uniwersytet Jagielloński  
30-387 Kraków, ul. Gronostajowa 7; p.kretowicz@geo.uj.edu.pl

**Zarys treści.** W artykule dokonano przeglądu najważniejszych podejść badawczych i osiągnięć geografii zdrowia na świecie w ciągu ostatnich dekad, posiłkując się przede wszystkim dorobkiem geografii krajów anglosaskich. W szczególności omówiono najnowsze koncepcje związane z identyfikacją czynników chorobowości i zachorowalności oraz czynników przestrzennego zróżnicowania tych zjawisk. Scharakteryzowano także tzw. nową geografie zdrowia – nieobecny w polskiej geografii nurt, który wykształcił się w latach 1990. Autor przedstawia również wybrane koncepcje z zakresu epidemiologii i nauk o zdrowiu publicznym, które mogą z powodzeniem zostać przeniesione na pole badawcze polskiej geografii. Przedstawione rozważania opisują dynamiczny rozwój tej subdyscypliny geografii na świecie, jednocześnie wskazując na dystans jaki dzieli polską i światową geografie zdrowia. Dlatego celem pobocznym niniejszego opracowania jest zachęcenie polskich badaczy do większego zainteresowania subdyscypliną geografii zdrowia i analizą przestrzennego zróżnicowania poziomu zdrowia.

**Słowa kluczowe:** geografia zdrowia, podejścia badawcze, literatura geograficzno-zdrowotna, czynniki chorobowości, nowa geografia zdrowia.

## Wprowadzenie

Głównym celem niniejszego opracowania jest przegląd podejść badawczych i metodologii stosowanej w światowej geografii zdrowia oraz ich ocena w kontekście osiągnięć polskich geografów. Autor przedstawia najważniejsze nurty badawcze i dorobek geografów brytyjskich i amerykańskich, zachęcając do poświęcenia większej uwagi tej subdyscyplinie. Zwraca jednocześnie uwagę na przepaść dzielącą polską i światową geografie zdrowia. W nielicznych publikacjach polskich geografów wykorzystuje się tradycyjne, pozytywistyczne podejście do badań nad

przestrzennym zróżnicowaniem poziomu zdrowia, tymczasem rozwój tej dziedziny na polu międzynarodowym jest znaczny i podlega ciągłej konceptualizacji, czerpiąc z teorii ekologicznych, społecznych, a ostatnio społeczno-behawioralnych. Skromny dorobek polskiej geografii medycznej został przedstawiony w opracowaniach T. Michalskiego (1999, 2001), I. Łęckiej (2004, 2006, 2011), W. Pantylej (2008a) i P. Kretowicza (2011a).

### **Dynamiczny rozwój geografii medycznej**

W 1952 r. geografia medyczna została oficjalnie włączona w kanon nauk geograficznych przez Komisję Geografii Medycznej funkcjonującą w ramach Międzynarodowej Unii Geograficznej. Zgodnie z ówczesną definicją była to nauka o geograficznych czynnikach wpływających na przyczyny i skutki przemian poziomu zdrowia ludności i częstości zachorowań. Mapy chorób były oczywiście narzędziem dużo wcześniej wykorzystywanym do obrazowania poziomu zdrowia społeczeństwa w XIX wieku (czasy rewolucji industrialnej, okres licznych epidemii). Pierwsza znana mapa chorób wraz z próbami łączenia ich rozmieszczenia przestrzennego z uwarunkowaniami środowiska przyrodniczego i społecznego została sporządzona w 1792 r. przez lekarza Leonharda Ludwiga Finke, który pierwszy raz użył pojęcia „geografia medyczna” (Koch, 2005). Praktyczne zastosowanie znalazła mapa stworzona w latach 1850. przez dr. J. Snowa – do rozwiązania problemu epidemii cholery w Londynie i odkrycia drogi przenoszenia się tej choroby (McLeod, 2000). Badania geografii medycznej wchodziły w owym czasie w zakres takich dziedzin jak antropologia medyczna, patologia medyczna, ekologia medyczna, topografia medyczna, geomedycyna czy epidemiologia geograficzna (Meade i Emch, 2010).

Po II wojnie światowej przedmiotem zainteresowań geografów medycznych stała się analiza czynników wpływających na poziom zdrowia i jego przestrzenne zróżnicowanie, przy czym istotne, że były to zarówno uwarunkowania ekologiczne, jak i społeczne. Dobrze obrazuje to sentencja twórcy powojennej geografii medycznej J. Meyera Maya (1950): „Choroba to złożone zjawisko, które następuje tylko wówczas, gdy mamy do czynienia ze współwystępowaniem w czasie i przestrzeni różnorodnych czynników. Celem badacza jest wykrycie relacji pomiędzy czynnikami oraz zbadanie odpowiadającego im środowiska geograficznego” (za: Kolago, 1966). Ogólnie biorąc, dziedzina geografii medycznej koncentrowała się na badaniu: przestrzennego zróżnicowania incydentów chorobowych i procesu dyfuzji chorób, geograficznych nierówności w poziomie zdrowia ludności i uwarunkowań zachorowalności wśród społeczeństwa krajów rozwijających się (Parr, 2002). W okresie działalności J. Meyera Maya łączono osiągnięcia nauk geograficznych i medycznych, co znalazło odzwierciedlenie w dyscyplinie zwanej ekologią chorób (*disease ecology*; Brown i Moon, 2004).

W latach 1980. i 1990. badacze skupili się na analizie czynników środowiska życia człowieka i jego cech indywidualnych oraz ich roli w powstawaniu spo-

łecznych i przestrzennych nierówności w poziomie zdrowia. Zaczęto tworzyć uogólnienia, prawa i teorie (tzw. ramy koncepcyjne), czerpiąc z osiągnięć nauk społecznych. Dzięki większej dostępności zaawansowanych narzędzi badawczych i technik komputerowych bardziej powszechne stało się wykorzystanie złożonych metod statystycznych, dzięki czemu w coraz większym stopniu do koncepcji teoretycznych dopasowywano wyniki badań empirycznych. Najważniejszą z punktu widzenia nauk geograficznych była koncepcja łącząca zdrowie i miejsce zakładająca, że poziom zdrowia ludności zależy od lokalizacji (środowiska życia) poprzez obecność w nim zarówno relacji międzyludzkich, jak i zasobów naturalnych (Jones i Moon, 1993). Poziom zdrowia kształtowany był więc przez cechy środowiska przyrodniczego i społecznego miejsca. Koncepcją przeciwną było przypisywanie cechom indywidualnym dominującego znaczenia dla poziomu zdrowia społeczności, a więc przyjęcie stanowiska, że bez względu na miejsce zamieszkania (przebywania) ludzie o podobnych cechach (demograficznych, społecznych, ekonomicznych) i doświadczeniach będą odznaczali się podobnym stanem zdrowia (Curtis i Jones, 1998; Macintyre i inni, 2002).

W literaturze międzynarodowej termin geografia zdrowia pojawił się dopiero w latach 1980., zastępując geografę medyczną. Wtedy też zaproponowano odejście od biomedycznego modelu zdrowia i przejście do modelu społecznego. Z modelu tego w latach 1990. wykształciła się nowa geografia zdrowia zwana „post-medyczną geografą”, w której wyraźnie widoczny jest wpływ podejścia behawioralnego czerpiącego z geografii kultury (Kearns, 1993). Zgodnie z tą koncepcją zdrowie i choroba badane są jako konstrukcje społeczne, miejsce rozumiane jest jako doświadczenie, a nie sama lokalizacja, natomiast usługi medyczne pojmowane są przez pryzmat ich konsumpcji przez lokalne społeczności (Gesler i inni, 1997). W ostatnim czasie przedmiotem badań stała się także medycyna alternatywna, telemedycyna oraz zróżnicowanie poziomu zdrowia ze względu na płeć. Nowe ścieżki rozwoju geografii zdrowia spowodowały częściowe oddanie tradycyjnego pola badawczego geografii medycznej specjalistom z zakresu epidemiologii (tzw. epidemiologia przestrzenna – *spatial epidemiology*), którzy „przejęli” od geografów nowoczesne narzędzia GIS oraz rozwinęli w badaniach szereg metod geostatystycznych.

### **Podejścia badawcze w światowej geografii zdrowia**

C. Gatrell i S.J. Elliot (2009) wyróżniają obecnie w światowej geografii zdrowia: (1) podejście pozytywistyczne i neopozytywistyczne, (2) podejście społecznej interakcji, (3) podejście strukturalistyczne i poststrukturalistyczne, (4) podejście strukturalne oraz (5) podejście humanistyczne – nowa geografia zdrowia.

Badania utrzymane w podejściu pozytywistycznym rozpoczyna się od przedstawienia na mapie wskaźników obrazujących poziom zdrowia, a następnie poszukiwania obszarów koncentracji wysokich i niskich wartości owych wskaźni-

ków. Geograf dokonuje oceny rozkładu przestrzennego pod kątem tego, czy jest on losowy czy podlega pewnym prawidłowościom. Po zidentyfikowaniu obszarów grupowania się danych jednostek chorobowych następuje próba wyjaśnienia przestrzennych związków między zestawem zmiennych opisujących poziom zdrowia a innymi cechami badanego obszaru i zamieszkującej go ludności. Tego typu analiza umożliwia rozpoznanie raczej powiązań przestrzennych niż przyczyn wywołujących zachorowania. Wnioskowanie w podejściu pozytywistycznym polega na ocenie stopnia zależności między zjawiskami, ze szczególnym uwzględnieniem ich lokalizacji. Wszelkie analizy opierają się na danych zbieranych przez urzędy i instytucje statystyczne, które najczęściej agreguje się do jednostek podziału administracyjnego, aczkolwiek informacje zbierane mogą być również za pomocą badań ankietowych i sondaży. Taka procedura badawcza zmierza do poszukiwania prawidłowości przestrzennych w badanej próbie i uogólnienia ich na całą populację. W podejściu tym ogromną rolę odgrywają metody matematyczno-statystyczne, gdyż koncentracja oraz związki pomiędzy zdrowotnością i uwarunkowaniami wpływającymi na jej rozkład przestrzenny opisywane są za pomocą statystycznych miar opartych na metodach korelacji i regresji. Krytycy tego podejścia zarzucają uproszczenie skomplikowanych procesów biologicznych i medycznych do prostych informacji liczbowych i swoiste „odczłowieczenie” badanych zagadnień (traktowanie człowieka jako zbioru organów).

Podejście społecznej interakcji opiera się na teoriach zaczerpniętych z nauk socjologicznych oraz psychologicznych i polega na badaniu znaczenia choroby dla jednostki i społeczeństwa. W odróżnieniu od podejścia pozytywistycznego, człowiek, jego odczucia oraz podejmowane decyzje są kluczowymi elementami w wyjaśnianiu różnic poziomu zdrowia. Zarówno ludzie zdrowi, jak i chorzy znajdują się pod nieustannym wpływem informacji o profilaktyce, zagrożeniach i leczeniu, przez co uczą się zachowań prozdrowotnych. Zgodnie z podejściem społecznej interakcji suma podejmowanych decyzji i działań w określonych obszarach decyduje o różnicach w poziomie zdrowia. Badania utrzymane w tym nurcie obejmują niewielkie grupy ludności, z którymi przeprowadzane są wywiady – podejście to opiera się więc na badaniach jakościowych. Istotnym ich elementem są doświadczenia i relacje pomiędzy człowiekiem a miejscem jego zamieszkania. Niewielka próba badawcza stanowi przedmiot krytyki podważającej wiarygodność wyników.

Podejście strukturalistyczne czerpie z marksistowskich teorii konfliktu, władzy i nierówności społecznych. Zdrowie społeczeństwa rozpatrywane jest w szerszym kontekście dominującego ustroju politycznego i swobody gospodarczej. To właśnie procesy polityczno-ekonomiczne w największym stopniu oddziałują na społeczeństwo przez politykę zdrowotną i społeczną, przyczyniając się do poprawy lub pogorszenia się zdrowotności ogółu. Ustrój kapitalistyczny przedstawiany jest jako przyczyna pogłębiania się nierówności społecznych, które w konsekwencji zwiększają różnice poziomu zdrowia pomiędzy poszczególnymi klasami społecz-

nymi. Innymi przyczynami nierówności mogą być np. rola kobiety w społeczeństwie, wielkość klasy robotniczej, liczba osób pracujących w rolnictwie, a więc cechy kształtowane przez siły polityczne i ekonomiczne. W podejściu postrukturalistycznym uwzględnione zostają „nowoczesne” formy oddziaływania władzy i decyzji politycznych (także innych czynników, takich jak nowa kultura masowa) na społeczeństwo, kształtujące określone normy i zachowania sprzyjające poprawie stanu zdrowia (np. zakaz palenia w miejscach publicznych).

Mniejsze znaczenie ma podejście strukturalne – oparte na nurtach związanych z geografią czasu, której podstawy w latach 1960. dał Torsten Hagerstrand. Polega ono na uwzględnieniu wielości i złożoności różnorodnych czynników oddziałujących na zdrowie człowieka w całym jego cyklu życia.

### **Czynniki warunkujące poziom zdrowia ludności**

W naukach geograficznych badania stanu zdrowia społeczeństwa określa się przez pryzmat choroby, a więc analizy nie dotyczą poziomu zdrowia określanego przez fizyczny i psychiczny stan organizmu. Ze względu na specyfikę badań ilościowych poziom zdrowia ludności zostaje uproszczony do występowania w populacji różnego rodzaju chorób i dolegliwości. Dlatego podstawową miarą poziomu zdrowia jest doświadczanie lub niedoświadczanie przez jednostki ludzkie choroby (incydent chorobowy), co określone jest na podstawie diagnozy lekarskiej (badania ilościowe) lub deklaracji własnej (badania jakościowe np. spis powszechny, badania ankietowe stanu zdrowia). Te z kolei stają się podstawowym źródłem danych do bieżącej i okresowej statystyki medycznej. Dlatego w badaniach geograficznych utrzymanych w podejściu pozytywistycznym i neopozytywistycznym analizuje się zachorowalność (zapadalność, *incidence*), a więc informacje o liczbie nowych przypadków danej choroby w stosunku do badanej populacji narażonej na wystąpienie tej choroby (Gunn, 1990) lub chorobowość (*prevalence*), czyli wskaźnik oceny stanu zdrowia wyrażony przez odsetek osób w populacji, u których stwierdzono chorobę, zaburzenie lub nieprawidłowość w określonym czasie (*Health Technology...*, 2006). Chorobowość, w odróżnieniu od zachorowalności, uwzględnia osoby, które wielokrotnie trafiły do gabinetów lekarskich lub szpitali z powodu tej samej dolegliwości. W konsekwencji wysoka chorobowość w niektórych obszarach wynikać może nie tylko z gorszego stanu zdrowia całej społeczności, lecz i z częstego zgłaszania przez ludność tej samej choroby. Problem ten jest bardzo istotny w przypadku badań niewielkich społeczności, a traci na znaczeniu w analizach większych zbiorowości.

Przyczyny stanu zdrowia człowieka określa się poprzez czynniki lub determinanty zachorowalności lub chorobowości, które definiuje się jako „grupę zmiennych, takich jak patogeny czy czynniki środowiskowe, które w sposób bezpośredni lub pośredni wpływają na rozpowszechnianie się i częstość występowania określonych chorób” (*The American...*, 1995). Określenie dokładnych przyczyn

chorobowości w populacji wymaga uwzględnienia dużej liczby często ulotnych i trudnych do zmierzenia czynników, które wymagają specjalistycznej wiedzy z różnych dziedzin nauk biologiczno-medycznych. Możliwa jest jedynie ocena czynników ogólnych, sprzyjających większej lub mniejszej szansie zachorowania na dane choroby. Dlatego w epidemiologii najczęściej bada się czynniki ryzyka, czyli wszystkie aspekty zachowania, stylu życia, oddziaływania środowiska, wad wrodzonych lub odziedziczonych, które mają udokumentowany naukowo wpływ na zdrowie człowieka (*A Dictionary...*, 2008). Niemniej jednak, czynniki ryzyka także są trudno uchwytnie dla badaczy, gdyż ich ocena wymaga nie tylko utworzenia dokładnej bazy danych indywidualnych, ale także przesledzenia ścieżki życiowej i osobistych doświadczeń badanej zbiorowości. W wielu opracowaniach (również geograficznych) podkreśla się brak informacji o przeszłych zdarzeniach zdrowotnych w populacji – tak zwany problem okresu latencji (*latency period*). Jest to okres od pojawienia się i oddziaływania negatywnych czynników do odczucia pierwszych symptomów i diagnozy dolegliwości (Schærström, 1999; Guidotti i Moses, 2007).

Wnioskowanie o poziomie zdrowia ludności w badaniach ilościowych nie uwzględnia także czynnika emocjonalnego (Siemiński, 2001). Nie wszyscy pacjenci zgłaszają dolegliwość, a wielu z nich ukrywa przyczyny zachorowań. Staje się to widoczne w dobie powszechnego dostępu do Internetu, za pomocą którego wiele osób próbuje wyleczyć się na własną rękę; część chorób pozostaje niezdiagnozowana. I odwrotnie, niektóre osoby próbują korzystać z opieki zdrowotnej pomimo braku dolegliwości, np. z powodu chęci otrzymania świadczeń społecznych. Inną wadą danych o poziomie zdrowia jest np. brak rejestracji osób chorych i niewyrażających zgody na diagnozę/leczenie, co może wynikać z różnorodnych czynników (brak czasu, absorbująca praca, obawy, brak zaufania do służby zdrowia itp.).

Autor skłania się ku stwierdzeniu, że czynniki chorobowości pojmowane w sensie medycznym i epidemiologicznym są podstawą do wyjaśniania przyczyn przestrzennego zróżnicowania poziomu zdrowia (w układzie geograficznym). Dlatego należy wyraźnie odróżnić czynniki zachorowalności/chorobowości od czynników przestrzennego zróżnicowania zachorowalności/chorobowości. Wyjaśnienie tego ostatniego polega na łączeniu elementów środowiska życia człowieka (*contextual effects*) i indywidualnych cech ludności (*compositional effect*) z poziomem zdrowia. Przyczyny chorobowości mają również swoje odniesienie przestrzenne, dlatego stosunkowo nowym, a jednocześnie praktycznym podejściem w badaniach jest delimitacja regionów (obszarów) o przewadze określonych czynników (w zależności od rozpatrywanych chorób). Takie ujęcie może znaleźć zastosowanie w prowadzonej przez władze polityce zdrowotnej.

## Czynniki chorobowości i zachorowalności

Klasyką teorii dotyczących podstawowych przyczyn chorobowości jest koncepcja pól (obszarów) zdrowia M. Lalonde'a (1974) – jedna z podstaw nauk o zdrowiu publicznym. Badacz ten wyróżnił grupy czynników, które mają wpływ na stan zdrowia ludności, w postaci następujących obszarów: biologia i genetyka, zachowania i styl życia, środowisko (czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne) oraz organizacja systemu ochrony zdrowia. Szczególnym *novum* było zwrócenie uwagi na priorytetowe znaczenie stylu życia i otoczenia społecznego dla zdrowia człowieka (Beland i inni, 2002; Green i Tones, 2010). W owym czasie szacunki oddziaływania tych czynników w Stanach Zjednoczonych kształtowały się następująco: styl życia (53%), środowisko (10%), dziedziczność (21%) oraz opieka zdrowotna (16%). Punktem wyjścia dla Lalonde'a była następująca definicja zdrowia: „Zdrowie jest wynikiem działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną. Promocja zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną” (Wysocki i Miller, 2003). Liczne rozwinięcia koncepcji Lalonde'a zostały wypracowane przez badaczy z dziedzin zdrowia publicznego, epidemiologii i socjologii medycyny (por. Evans i Stoddart, 1990; Marmot, 1994; Syme, 1994).

Istnieje wiele teorii wyjaśniających przyczyny zachorowań, z których większość ma silne podłoże biologiczne i mikrobiologiczne i pochodzi z pierwszej połowy XX wieku (teoria drobnoustrojów, teoria triady epidemiologicznej, teoria sieci epidemiologicznej). Ostatnio jednak większą uwagę zaczęto zwracać na społeczne uwarunkowania zdrowia – efektem było sformułowanie kolejnych teorii, takich jak teoria ogólnej podatności i teoria społeczno-środowiskowa (Przewoźniak, 2000).

Teoria ogólnej podatności próbuje odpowiedzieć na pytanie, dlaczego różne grupy społeczne (o podobnym wykształceniu, zawodzie, poziomie dochodów, warunkach mieszkaniowych czy dostępie do opieki zdrowotnej) okazują się bardziej podatne na choroby.

Teoria społeczno-środowiskowa poszukuje powiązań stanu zdrowia ze środowiskiem fizycznym, społecznym i gospodarczym. Negatywne czynniki środowiskowe wpływają na obniżenie się poziomu i jakości życia, a przede wszystkim statusu ekonomicznego i materialnego.

Ze względu na odniesienie przestrzenne warte uwagi jest epidemiczne prawo zagęszczenia populacji (Jabłoński, 1996). Mówi ono, że natężenie działania szkodliwego dla zdrowia czynnika jest wprost proporcjonalne do zagęszczenia populacji. Nadmierna koncentracja ludności jest często przyczyną powstawania i przenoszenia się chorób. Prawo to może być punktem wyjścia do zrozumienia różnic w poziomie zdrowia w miastach i na obszarach wiejskich.

W wielu opracowaniach budowano mniej lub bardziej szczegółowe klasyfikacje czynników wpływających na poziom zdrowia ludności. Przegląd dostępnej literatury pozwolił autorowi na wskazanie czynników najczęściej przytaczanych w publikacjach z pogranicza nauk społecznych, nauk o zdrowiu i geografii medycznej. Są to czynniki: biologiczne, genetyczne, somatyczne (inne choroby, stres), psychologiczne, ekologiczne, demograficzne, kulturowe, społeczne, stylu życia (w tym odżywianie, nałogi, ruch), ekonomiczne oraz czynniki organizacji opieki zdrowotnej (w tym jej dostępność). Do najważniejszych z nich w naukach geograficznych należą uwarunkowania społeczne, ekonomiczne i organizacja opieki zdrowotnej, które były zdecydowanie najczęściej przedmiotem badań. Uogólniając, można zatem stwierdzić, że „siła oddziaływania” wyżej wymienionych czynników na poziom zdrowia człowieka zależy od jego:

- a) pozycji społecznej i ekonomicznej (czynniki społeczne, styl życia, ekonomiczne, demograficzne);
- b) obecności w sferze negatywnego oddziaływania elementów środowiska fizycznego i społecznego (czynniki ekologiczne, psychologiczne, społeczne, ekonomiczne, organizacji opieki zdrowotnej);
- c) indywidualnej podatności i odporności (czynniki biologiczne, genetyczne, somatyczne, psychologiczne);
- d) indywidualnych cech psychologicznych i związków kulturowych (czynniki psychologiczne, kulturowe, społeczne, styl życia).

Wpływ negatywnych czynników na zdrowie nie jest jednakowy, a oddziaływanie wielu z nich w tym samym czasie jest znacznie bardziej destrukcyjne dla zdrowia niż każdego oddzielnie (efekt synergistyczny), chociaż niekiedy działanie jednego niekorzystnego czynnika ogranicza działanie innego (efekt antagonistyczny) (Jędrychowski, 2002; Pantylej, 2008b).

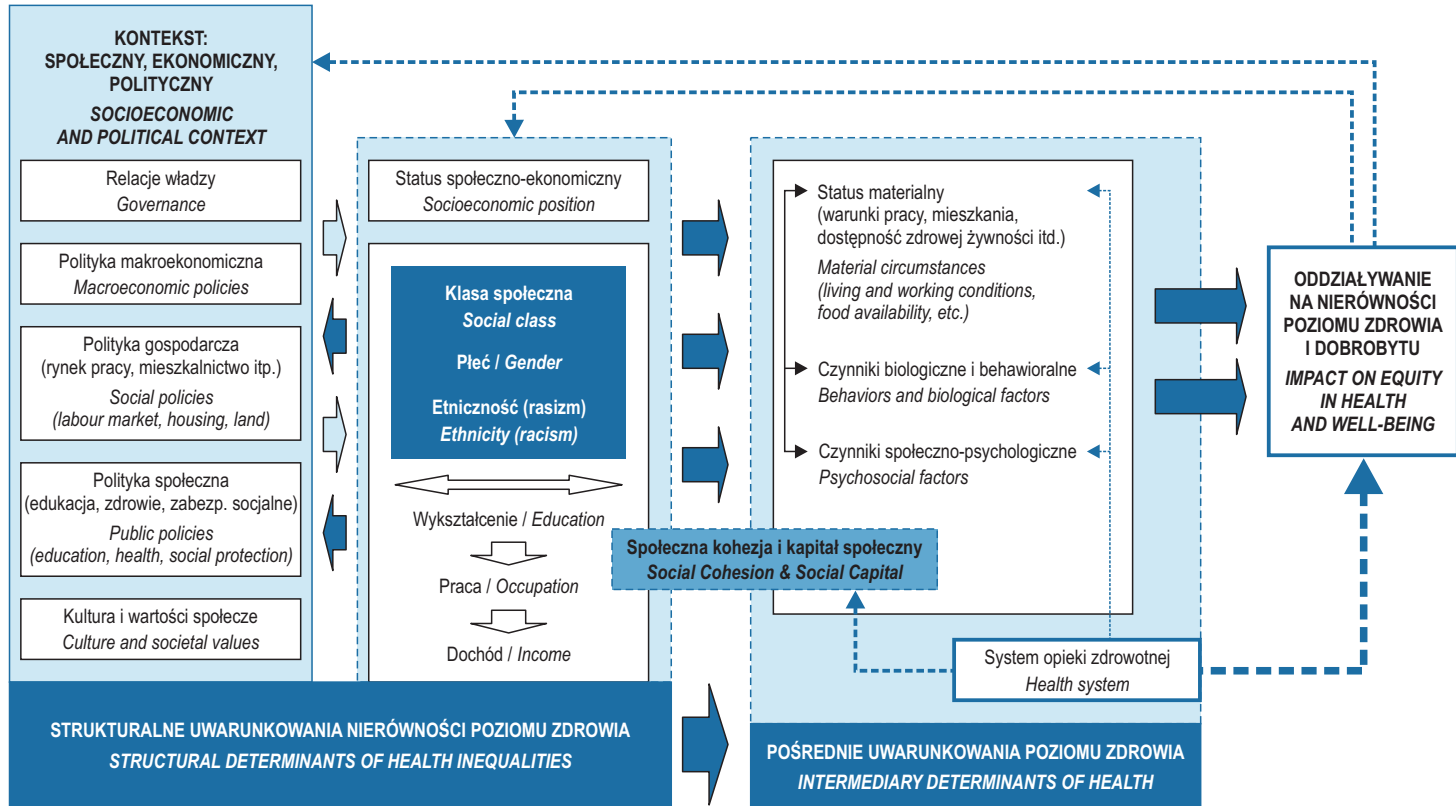
Wyżej wymienione czynniki są źródłem przestrzennych i społecznych nierówności poziomu zdrowia rozpatrywanych z punktu widzenia jednostki. Na wyższych poziomach organizacji życia społecznego rola poszczególnych czynników jest bardzo zróżnicowana (także w skali przestrzennej). Dlatego większość badań naukowych koncentruje się na identyfikacji najbardziej istotnych czynników, jako pierwszym kroku interwencji w celu ograniczania nierówności. Intensywną politykę w tym zakresie wdraża Światowa Organizacja Zdrowia (w 2005 r. powołano specjalną Komisję Społecznych Czynników Zdrowotności WHO – *Commission on Social Determinants of Health*). Nierówności na tle zdrowotnym – to w rozumieniu tej organizacji możliwe do zniwelowania różnice poziomu zdrowia ludności różnych krajów, ale także w granicach jednego kraju. Wynikają one z różnic społecznych, które zwiększają ryzyko zachorowań u grup dotkniętych np. ubóstwem i wykluczeniem społecznym, zamieszkałych w krajach i regionach, gdzie brak odpowiednich działań zapobiegawczych i leczniczych ze strony władz. Szczególną uwagę zwraca się na strukturalne czynniki zdrowia, które wynikają z różnic klasowych i hierarchii władzy odzwierciedlanej



przez różnice w poziomie dochodów, wykształcenia, rasy i płci (*A Conceptual Framework...*, 2010). Czynniki te dobrze wyjaśniają różnice w poziomie zdrowia w skali globalnej (np. oczekiwana długość życia w momencie urodzenia wynosiła na początku XXI wieku 34 lat w Sierra Leone, a 82 lata w Japonii) (Marmot, 2005). Obecnie, wskaźnik ten najniższy jest w Angoli – 39 lat, natomiast w Polsce wynosi 76 lat – 77 miejsce na świecie (*Country Comparison...*, 2011). Czynniki zdrowia w kontekście politycznym, społecznym i ekonomicznym obrazuje rycina 1.

Polityka gospodarcza i społeczna oddziałuje na status ekonomiczny ogółu ludności. Wraz z rozwojem społeczno-gospodarczym naturalnym zjawiskiem jest pogłębianie się różnic, gdyż rozwój ten zgodnie z regułą Pareto zawdzięcza się pracy tzw. „kluczowej mniejszości”, która też w znacznym stopniu korzysta z jego dobrodziejstw. W konsekwencji, społeczeństwo ulega podziałowi na różne grupy społeczne, ekonomiczne i etniczno-kulturowe. Nierówności ekonomiczne w prosty sposób przekładają się na nierówności w statusie materialnym, aczkolwiek mogą one być zmniejszane przez uwarunkowania lokalne (społeczna kohezja, kapitał społeczny) i indywidualne (czynniki biologiczne i psychologiczne). W efekcie nierówności poziomu zdrowia społeczeństwa są pochodną nierówności społeczno-ekonomicznych i na odwrót. Rozważania te zostały dobrze podsumowane przez H. Graham: „Badanie przyczyn nierówności w poziomie zdrowia właściwie sprowadza się do badania przyczyn ich nierównomiernego rozmieszczenia” (Graham, 2004).

Warto w tym miejscu wspomnieć o nowym podejściu ekospołecznym, które ostatnio zyskuje duże znaczenie dla nauk geograficznych. W założeniu tego podejścia dąży się do wyjaśnienia zależności między występowaniem schorzenia a zintegrowanym oddziaływaniem czynników ekologicznych i społecznych. W teorii ekospołecznej do źródeł nierówności poziomu zdrowia zalicza się takie elementy jak: cykl życia człowieka, stratyfikację społeczną i relacje władzy – wszystkie umieszczone w różnych skalach przestrzennych (globalna, międzynarodowa, lokalna). W pionierskich opracowaniach utrzymanych w tym podejściu N. Krieger (2000, 2001) prezentuje przykład konsekwencji palenia papierosów jako studium jednocześnie: efektów wchłaniania przez organizm toksycznych substancji (aspekt ekologiczny) oraz efektów zróżnicowanej przestrzennie produkcji i dystrybucji papierosów oraz polityki marketingowej zorientowanej na użytkowników niższych klas ekonomicznych (aspekt społeczny). Teoria ekospołeczna stanowi podłoże analiz powiązań przestrzennych nierówności poziomu zdrowia z szerszym kontekstem nierówności społecznych (McLafferty i Chakrabarti, 2009; Krieger, 2009).



Ryc. 1. Strukturalne i pośrednie uwarunkowania poziomu zdrowia w kontekście społecznym, ekonomicznym i politycznym  
 Źródło: *A Conceptual Framework ...* (2010), zmienione.

Structural and intermediary determinants of health inequalities in social, economic and political context  
 Source: *A Conceptual Framework ...* (2010), modified.

## Czynniki przestrzennego zróżnicowania chorobowości i zachorowalności

Od początku lat 1990. badania geografów zaczęły koncentrować się wokół wzajemnych relacji miejsca i zdrowia. Miało to swoje źródło w coraz szerszym rozpoznaniu nierówności w poziomie zdrowia w obrębie różnych grup społecznych („*Black Report*”..., 1980; Townsend i inni, 1988; Smith i inni, 1990). Szczególną uwagę zwracano na powiązania tych nierówności z poziomem dochodów społeczeństwa, które znalazły odzwierciedlenie w tzw. teorii Wilkinsona (1996, 2001). Jego zdaniem, w krajach rozwiniętych znacznie lepszą miarą nierówności zdrowotnych jest tzw. dochód porównywalny (miara nierówności w dochodach w grupie społecznej lub jednostce przestrzennej) niż dochód absolutny (jego wielkość na poziomie jednostki ludzkiej).

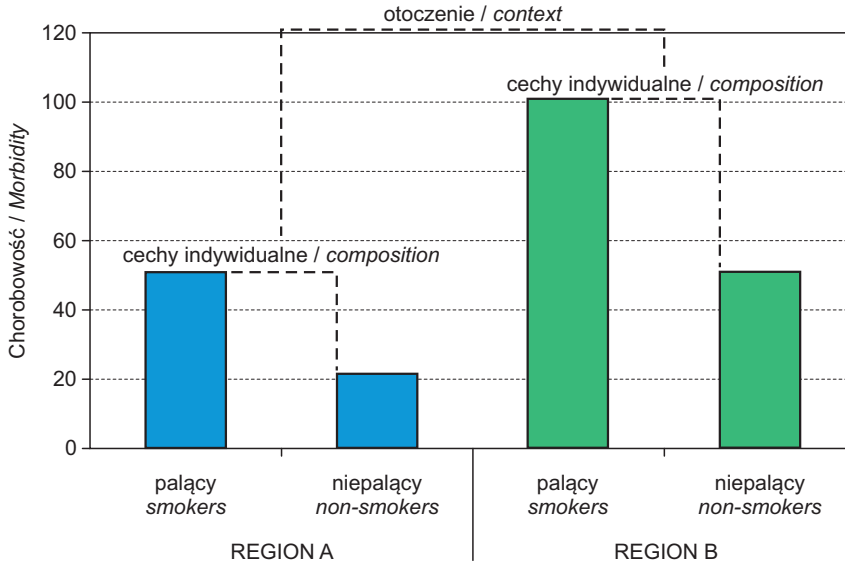
W związku z częstym uwzględnianiem w badaniach zdrowia kontekstu przestrzennego pojawiło się pytanie, w jaki sposób miejsce zamieszkania (środowisko fizyczne i społeczne) i indywidualne cechy ludności wpływają na nierówności w poziomie zdrowia społeczeństwa. Dokonano rozróżnienia efektów środowiska życia człowieka, czyli jego otoczenia (*contextual effects*) i indywidualnych cech ludności (*compositional effects*). Cechy ludności wynikają wprost z uwarunkowań biologicznych, psychologicznych i kulturowych. W cyklu życia człowieka mają one bezpośrednie przełożenie na wykształcenie oraz status ekonomiczny i materialny. Natomiast efekty otoczenia związane są nie tylko z indywidualnymi cechami jednostek ludzkich, ale także z miejscem, w którym żyją. Przykładowo, jeśli w określonym obszarze zamieszkuje pewna zbiorowość (zbiorowość obszaru A), którą cechuje gorszy stan zdrowia niż zbiorowość w innym obszarze (zbiorowość obszaru B) to różnica ta wynika z faktu, że:

- a) w obszarze A zamieszkuje ludność, której znacznej części dotyczą np. niższa odporność organizmu, wyższe spożycie alkoholu i papierosów, niższe dochody itp. (*composition*);
- b) obszar A znajduje się pod wpływem znacznego stopnia zanieczyszczeń, w biednej części miasta o niskiej dostępności i jakości służby zdrowia lub w obszarze peryferyjnym o wysokim stopniu ubóstwa i niskich dochodach itp. (*context*)

Na rycinie 2 przedstawiono przykład relacji między indywidualnymi cechami ludności i środowiskiem życia człowieka a poziomem zdrowia ludności. Wartości na osi Y wskazują na częstość występowania pewnej choroby, która ma udokumentowany związek z paleniem papierosów, na osi X natomiast przedstawiono ten wskaźnik dla ludności palącej i niepalącej odpowiednio w regionach A i B.

Indywidualne cechy ludności (w tym przypadku skłonność do palenia papierosów) decydują o zróżnicowaniu chorobowości zarówno w regionie A, jak i w regionie B. Wynika to z faktu, że osoby palące znacznie częściej zgłaszają badaną dolegliwość. Natomiast czynniki otoczenia decydują o zróżnicowaniu

chorobowości pomiędzy regionem A i B, przy zachowaniu zróżnicowania w obrębie ludności palącej i niepalącej. Wynika z tego, że w regionie B występują inne czynniki pogłębiające oddziaływanie czynników indywidualnych np. zanieczyszczenia, niższe dochody, ubóstwo... lub jest tam po prostu więcej lekarzy, którzy częściej diagnozują badaną dolegliwość.



Ryc. 2. Przykład wpływu indywidualnych cech ludności i otoczenia na chorobowość

An example of compositional and contextual effects upon spatial inequalities in health outcomes from a geographical perspective

Opracowanie własne. / Author's own elaboration.

Podsumowując omawiane podejścia, w tabeli 1 przedstawiono ich cechy najważniejsze z punktu widzenia badań geograficznych. Na szczególną uwagę zasługują ograniczenia stosowania omawianych podejść. Na przykład badanie cech ludności wymaga przeprowadzenia szeregu badań ankietowych, wywiadów lub czasochłonnego gromadzenia informacji na poziomie indywidualnym (karty chorobowe), podczas gdy w badaniu cech otoczenia można posłużyć się danymi zagregowanymi do jednostek przestrzennych. W tym ostatnim przypadku należy jednak liczyć się z trudnościami w interpretacji wyników, a w szczególności z wnioskowaniem o zdrowiu jednostek ludzkich na podstawie analiz na poziomie zbiorowości określonego terytorium (błąd ekologiczny). Nie ulega wątpliwości, że w kanonie zainteresowań geografów znacznie częściej znajduje się koncepcja związana z cechami środowiska życia człowieka, szerzej też stosowane są w tym podejściu metody wielowymiarowej analizy przestrzennej (Smith i Easterlow, 2005).

Omówionych koncepcji nie ominęła krytyka, zwłaszcza że nie doszło do konsensu pomiędzy naukowcami, która z nich pełni dominującą rolę w wyjaśnianiu nierówności w poziomie zdrowia (większość badaczy sugeruje cechy indywidualne). Poddano również pod wątpliwość sensowność takiego podziału – na przykład, czy pochodzenie etniczne rozpatrywać należy jako cechę indywidualną człowieka czy efekt koncentracji pewnej grupy w jednostce podziału administracyjnego? (Curtis i Jones, 1998). Faktem jest, że do pewnego stopnia obie interpretacje odpowiedzialne są za przestrzenne zróżnicowanie poziomu zdrowia, dlatego bardziej racjonalne okazuje się jednoczesne rozpatrywanie cech ludności i otoczenia (Diez-Roux, 2001). W dobie komputerów umożliwiających szersze wykorzystanie metod statystyczno-matematycznych badaniom coraz częściej towarzyszą analizy wielowymiarowe. Istotną rolę w nowym podejściu do analizy powiązań zdrowia i miejsca odegrała praca S. Macintyre i innych (2002).

Poza uwzględnieniem cech ludności i obszaru autorzy proponują podejście wspólne (*collective*), które uwzględni uwarunkowania historyczne, wartości społeczne, tradycje i kulturę. W opracowaniu podaje się przykład dzieci z biednej dzielnicy, które nie mogą spędzać wolnego czasu np. w parku, gdyż: (1) rodzice nie mają czasu ani środków, aby zabrać je do parku lub innych miejsc przeznaczonych do spędzania wolnego czasu (*composition*); (2) jest za mało parków w okolicy lub obszar cechuje niska dostępność komunikacyjna do parku (*context*) bądź (3) w społeczności nie ma zwyczaju pozwalania dzieciom na zabawę w miejscach publicznych (*collective*). Następnie autorzy sugerują analizę małych społeczności ze względu na szereg czynników mających wpływ na zdrowie, grupując je w hierarchię potrzeb społecznych. Stanowisko to stanowi podstawę do badania powiązań zdrowia z tzw. efektami miejsca (*place effects*) czy efektami sąsiedztwa (*neighbourhood effects*). Trzeba zwrócić uwagę, że podejście to jest ściśle związane ze środowiskiem życia człowieka, gdyż badania prowadzone są na poziomie małych jednostek przestrzennych. Ze względu na dostępność danych, do badań często wybierane są jednostki podziału administracyjnego (rejony spisowe, dzielnice, miejscowości), chociaż z wykorzystaniem metod jakościowych podmiot badań może obejmować również lokalne społeczności (*communities*). Dlatego coraz częściej dokonywane są porównania poziomu zdrowia z lokalnym kapitałem społecznym, a szczególnie wpływu społecznej sieci powiązań na zmniejszanie różnic w poziomie zdrowia. Niemniej jednak, kapitał społeczny nie jest uznawany za czynnik decydujący o zdrowotności, a jedynie za element przyczyniający się do zmniejszenia negatywnego oddziaływania innych czynników. Według G. Veenstry i innych (2005) oddziaływanie kapitału społecznego na zdrowie objawia się:

- 1) bezpośrednio – przez dostarczanie społecznego wsparcia, kształtowanie powiązań interpersonalnych, redukcję stresu i budowę zaufania (uczestnictwo w organizacjach i stowarzyszeniach religijnych, kulturalnych, sportowych itp.);

Tabela 1. Cechy charakterystyczne koncepcji związanych z wpływem indywidualnych cech ludności i środowiskiem życia na przestrzenne nierówności poziomu zdrowia z punktu widzenia nauk geograficznych

Characteristic elements of compositional and contextual effects upon spatial inequalities in health outcomes from a geographical perspective

Cechy charakterystyczne <i>Characteristics</i>	Cechy ludności <i>Composition</i>	Cechy otoczenia <i>Context</i>
Istota zdrowia <i>Health as</i>	suma stanu zdrowia jednostek <i>sum of individuals' health</i>	zdrowie całego obszaru <i>health of the entire area</i>
Skala badawcza <i>Research scale</i>	indywidualna <i>individual</i>	jednostka przestrzenna <i>spatial unit</i>
Źródła danych <i>Data sources</i>	badania ankietowe, kwestionariuszowe, panelowe, wywiady, dane ze spisu powszechnego na poziomie indywidualnym, bieżąca statystyka szpitalna i lekarska <i>survey and questionnaire research, panel studies, interviews, census data on an individual level, hospital and general practitioner's running records</i>	spis powszechny, statystyka bieżąca <i>census, public running records, public statistics</i>
Poziom agregacji danych <i>Data compilation</i>	indywidualne <i>individual</i>	jednostka podziału administracyjnego <i>administrative spatial unit</i>
Metody <i>Methods</i>	analizy współzależności <i>interdependence analyses</i>	wielowymiarowe analizy przestrzenne <i>multilevel spatial analyses</i>
Przyczyny nierówności <i>Inequality factors</i>	źródła biologiczne i psychologiczne <i>biological and psychological roots</i>	sąsiedztwo i przestrzenna koncentracja zjawisk społeczno-ekonomicznych <i>contiguity and spatial concentration of socio-economic phenomena</i>

Rola w wyjaśnianiu przestrzennych nierówności zdrowia <i>Role in explaining spatial inequalities</i>	istotna <i>significant</i>	mniej istotna, ale znacząca <i>less significant, but still important</i>
Główne mierniki <i>Main indicators</i>	<p>pleć, wiek, rasa, wykształcenie, zawód wykonywany <i>sex, age, race, education, profession</i></p> <p>dzietność i wielkość rodziny <i>fertility and family size</i></p> <p>styl życia, odżywianie, nałogi <i>lifestyle, nutrition, habits</i></p> <p>klasa społeczna i dochody indywidualne <i>social class and individual income</i></p> <p>warunki mieszkaniowe <i>housing conditions</i></p> <p>warunki pracy <i>conditions at work</i></p>	<p>jakość środowiska przyrodniczego i zanieczyszczenia (np. woda, powietrze) <i>quality of the natural environment and pollution (e.g. water, air)</i></p> <p>poziom i jakość życia, wskaźniki deprivacji i wykluczenia społecznego <i>standard of living, deprivation and social exclusion measures</i></p> <p>migracje i koncentracja etniczna <i>migration and ethnic segregation</i></p> <p>poziom dochodów absolutnych <i>absolute income</i></p> <p>jakość i dostępność służby zdrowia <i>quality and availability of healthcare</i></p> <p>kultura i kapitał społeczny <i>culture and social capital</i></p>
Ograniczenia <i>Limitations</i>	niska dostępność danych na poziomie indywidualnym <i>low availability of data on an individual level</i>	agregacja danych do poziomu jednostki administracyjnej, błąd ekologiczny <i>modifiable area unit, ecological fallacy</i>

Opracowanie własne na podstawie przeglądu literatury anglosaskiej.  
Author's own elaboration based on English-speaking literature review.

2) pośrednio – przez interakcję z innymi czynnikami zdrowotności oddziałującą na środowisko społeczne, ekonomiczne i polityczne. Kapitał społeczny zmniejsza znaczenie różnic ekonomicznych i sprzyja poprawie warunków bytowych ludności. W społeczności istnieją zasoby do skuteczniejszego radzenia sobie z przeciwnościami (np. przestępczością, ubóstwem).

W ostatnim czasie zaproponowano odmienne podejście do relacji zdrowia i miejsca: miejsce traktuje się w nim jak element zmieniający się w czasie i przestrzeni. Środowisko życia człowieka uznawane jest za jeden z wielu aspektów szerokiej sieci powiązań społecznych o nieustannie zmieniających się wskaźnikach poziomu życia i składający się z ludności mobilnej w cyklu dziennym i życiowym (Cummins i inni, 2007). S. Spielman i E. Yoo (2009) twierdzą z kolei, że każde badanie relacji zdrowia i miejsca powinno mieć zbliżone wyniki w różnych skalach przestrzennych i tylko wtedy można uznać je za zasadne.

Zagadnieniem szeroko podejmowanym w opracowaniach geograficznych są związki migracji ludności i zdrowia. Podstawą tych badań jest tzw. hipoteza dryftu (Verheij, 1996). Opiera się ona na procesie selekcji, który prowadzi do większej koncentracji przestrzennej osób chorych (selekcja pośrednia) lub bardziej podatnych na chorobę (selekcja bezpośrednia). Na podstawie szczegółowych badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii G. Bentham (1988) stwierdza, że częściej migrują osoby młode, zamożne, zatrudnione na stanowiskach umysłowych – jest to zdecydowanie najzdrowsza część zbiorowości. Oznacza to, że zachodzi tzw. selektywność migracji – ludność napływowa jest na ogół zdrowsza od pozostałej części populacji. W konsekwencji obszary o znacznym napływie powinny odnosić wyraźne korzyści z punktu widzenia poziomu zdrowia całej społeczności (Boyle, 2004; Gatrell i Elliott, 2009). Selektywność migracji nie ma swojego uzasadnienia na poziomie przepływów międzynarodowych. W krajach rozwiniętych znaczny udział imigrantów stanowią mniejszości narodowe i etniczne pochodzące z regionów o niższym poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego (np. migracje z Meksyku do Stanów Zjednoczonych, czy migracje z Afryki do państw Unii Europejskiej). Ludzi tych generalnie cechuje gorszy stan zdrowia niż mieszkańców kraju, do którego się udają. Ponadto, migranci często cierpią z powodu stresu, braku poczucia własnej wartości i innych negatywnych skutków znalezienia się w obcym kraju.

### **Nowa geografia zdrowia i przestrzenie terapeutyczne**

Nowe podejście do badania związków pomiędzy zdrowiem ludności i miejscem zaproponował W. Gesler (1992), który stworzył koncepcję krajobrazów (miejsc) terapeutycznych (*therapeutic landscapes, therapeutic places*). Tym samym badacz ten stał się prekursorem nowego kierunku w geografii zdrowia opartego na podejściu socjologiczno-behawioralnym. Koncepcja ta znalazła



zastosowanie w nauce jako teoretyczna podstawa badań nad kształtowaniem przestrzeni użytkowych dla osób starszych (Cutchin, 2007).

Do miana miejsc terapeutycznych kwalifikują się takie przestrzenie, które mają ugruntowaną reputację jako wspierające proces zdrowienia (Gesler, 1992; Gesler i Kearns, 2002). W licznych opracowaniach na ten temat autorzy podają wiele przykładów takich miejsc, m.in. uzdrowiska, obszary górskie i nadmorskie, a także ośrodki pielgrzymkowe. Należy zauważyć, że przestrzeniom tym z reguły towarzyszą wysokie walory środowiska przyrodniczego, takie jak wody mineralne, lasy, atrakcyjne krajobrazy, a w przypadku obiektów religijnych – kreowana przez miejsce atmosfera mistycyzmu. Przykład ten wyraźnie wskazuje na transformację w dziedzinie geografii zdrowia przejawiającą się w większym zainteresowaniu badaczy miejscem i krajobrazem oraz zachodzącym w nich procesom. Przestrzenie terapeutyczne są przy tym związane z poziomem zdrowia ludności, natomiast aspekt dostępności i osiągalności opieki zdrowotnej zastąpiony został przez badania tych miejsc jako przestrzeni konsumpcji (Gesler i Kearns, 2002). Tradycyjne ujęcie zdrowia jako braku choroby (incydentu chorobowego) zostało zastąpione przez traktowanie zarówno zdrowia, jak i choroby jako doświadczenia. W ślad za tym zainteresowanie praktyków „nowej geografii zdrowia” skierowane zostało na dobrostan, do czego aplikowane są szersze modele społeczno-behawioralne. Tym samym dwa tradycyjne kierunki geografii medycznej, tj. badanie przestrzennego zróżnicowania poziomu zdrowia i dostępności do opieki zdrowotnej zaczęły się łączyć i wzajemnie uzupełniać.

Większe pole badawcze geografii zdrowia daje rozwinięcie koncepcji miejsc terapeutycznych w odniesieniu do placówek ochrony zdrowia. Geografowie poszukują i identyfikują najważniejsze cechy oraz wyjaśniają mechanizmy kształtowania przestrzeni terapeutycznych w obszarach zurbanizowanych. Najczęściej są one pochodną lokalizacji obiektów stacjonarnej opieki zdrowotnej, a także warunków panujących wewnątrz – z punktu widzenia zarówno walorów architektonicznych, estetycznych i sanitarnych, jak i jakości obsługi medycznej. Nie bez znaczenia są więc relacje ‘kadra medyczna–pacjent’. Elementy te wpływają na pozytywny lub negatywny obraz instytucji w oczach pacjentów, gdyż często doświadczenia jednej placówki wpływają na postrzeganie służby zdrowia ogółem. Percepcja obiektów szpitalnych decyduje o społecznym i mentalnym odbiorze samych chorób i wpływa na efektywność leczenia – mówi się o tzw. społecznej konstrukcji przestrzeni zdrowienia (Smyth, 2005).

W niektórych opracowaniach podkreślano komercjalizację przestrzeni szpitali – pojawianie się w nich różnego rodzaju usług handlowych i gastronomicznych (Brown i Duncan, 2000; Kretowicz, 2010, 2011b). Nastąpiło więc łączenie wpływu neoliberalizmu i kultury konsumpcyjnej na funkcjonowanie usług medycznych. Szczególnie interesującym przykładem opisanym w literaturze geograficznej było pojawienie się w Szpitalu Dziecięcym w Auckland restauracji McDonald’s, aczkolwiek zjawisko to powszechnie występuje w najbardziej rozwi-

niętych krajach świata. Procesy te przedstawia się jako symboliczny i metaforyczny element wprowadzania przestrzeni konsumpcji do obiektów ochrony zdrowia (Kearns i Bartnett, 2000). Wyzwaniem dla nowej geografii zdrowia jest identyfikacja związków między poziomem zdrowia ludności a zmieniającymi się standardami kształtowania przestrzeni obiektów ochrony zdrowia. Standardy te powstają w duchu podejścia terapeutycznego, gdzie szpital przestaje być przestrzenią opieki nad pacjentem, a staje się przestrzenią leczenia (Szafranowicz, 2005).

### Podsumowanie

Geografię zdrowia w krajach anglosaskich cechuje coraz wyższy stopień interdyscyplinarności, który łączy się z wykorzystaniem w badaniach osiągnięć nauk społecznych, ekonomicznych i medycznych. Scharakteryzowane podejścia badawcze wyraźnie pokazują, że naukowcy nie zadowolają się wyjaśnieniem przestrzennego zróżnicowania poziomu zdrowia ludności tylko z jednej perspektywy. Wręcz przeciwnie, panuje powszechna zgoda co do wielości przyczyn kształtujących zdrowie, a spór toczy się jedynie o przewagę określonych czynników lub ich grup. Geografowie anglosascy nie poprzestają również na wykształconych biomedycznych i społecznych modelach zdrowia, lecz poszukują innych powiązań pomiędzy zjawiskami społeczno-gospodarczymi a zachorowaniami. Widoczne jest także wykorzystanie w badaniach podejść i koncepcji wypracowanych przez inne subdyscypliny geografii, takie jak geografia kultury czy geografia behawioralna.

Polscy geografowie powinni w jak największym stopniu czerpać z osiągnięć światowej geografii zdrowia posiłkując się także teoriami z zakresu epidemiologii oraz zdrowia publicznego, a więc dziedzin posiadających w polskiej nauce długą tradycję i bogaty dorobek. Interesującym kierunkiem badawczym dla polskiej geografii może być wskazanie różnic w czynnikach kształtujących poziom zdrowia ludności pomiędzy krajami wysoko rozwiniętymi (Stany Zjednoczone, Wielka Brytania) a krajami Europy Środkowo-Wschodniej. Nie należy także unikać badań geograficznych bezpośrednio czerpiących z osiągnięć anglosaskich, np. próby oceny stopnia wpływu czynników indywidualnych i środowiska życia człowieka na poziom zachorowalności w Polsce lub identyfikację i charakterystykę przestrzeni terapeutycznych w polskich uzdrowiskach czy szpitalach i ich otoczeniu.

Przedstawiony przegląd rozwoju geografii zdrowia na świecie, oparty głównie na doświadczeniach krajów anglosaskich, wskazuje na znaczną lukę istniejącą w polskiej geografii. Częste wskazywanie przez polskich badaczy na słabą dostępność danych statystycznych nie jest do końca uzasadnione, gdyż zasób dostępnych materiałów i informacji liczbowych jest znaczny (Kretowicz, 2011a), choć ich rzetelność niekiedy pozostawia wiele do życzenia.

Wreszcie tego typu badania także w Polsce mają wybitny walor praktyczny. Geografowie powinni być włączeni w współtworzenie analiz, wymaganych przez projektowaną ustawę o zdrowiu publicznym. Zgodnie z zapowiedziami Ministerstwa Zdrowia, władze regionów będą zobowiązane do utworzenia mapy potrzeb zdrowotnych, które mają m.in. ułatwić określenie rzeczywistych potrzeb. Dzięki nim mieszkańcy mają uzyskać większy wpływ na politykę zdrowotną regionu, a harmonijne rozmieszczenie inwestycji w regionach ma zapewnić lepsze dostosowanie popytu do podaży i zapewnić wszystkim mieszkańcom zrównoważony dostęp do świadczeń medycznych (*Reforma NFZ – materiały Ministerstwa Zdrowia z 22 marca 2013 r.*). Umocowanie ustawowe z pewnością stanowi dużą szansę dla rozwoju nie tylko *stricto* naukowych, ale także praktycznych badań nad zróżnicowaniem poziomu zdrowia ludności w Polsce.

### Piśmiennictwo / References

- A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, 2010, Commission on Social Determinants of Health, Discussion Paper 2, Action on the Social Determinants of Health, Debates, Policy & Practice, Case Studies, WHO.
- A Dictionary of Epidemiology*, 2008, International Epidemiological Association, Oxford University Press, Oxford, Fifth Edition.
- Beland F., Birch S., Stoddart G., 2002, *Unemployment and health: contextual-level influences on the production of health in populations*, *Social Science & Medicine*, 55, 11, s. 2033–2052.
- Bentham G., 1988, *Migration and morbidity: implications for geographical studies of diseases*, *Social Science & Medicine*, 26, 1, s. 49–54.
- Boyle P., 2004, *Population geography: migration and inequalities in mortality and morbidity*, *Progress in Human Geography*, 28, 6, s. 767–776.
- “Black Report” – *Inequalities in Health*, 1980, Report of a Research Working Group, Department of Health and Social Security, London.
- Brown T., Duncan C., 2000, *London’s burning: recovering other geographies of health*, *Health & Place*, 6, 4, s. 363–375.
- Brown T., Moon G., 2004, *From Siam to New York: Jacques May and the ‘foundation’ of medical geography*, *Journal of Historical Geography*, 30, 4, s. 747–763.
- Country Comparison – Life Expectancy at Birth*, 2011, CIA – The World Factbook, <https://www.cia.gov> (10.06.2013).
- Cummins S., Curtis S., Diez-Roux A.V., Macintyre S., 2007, *Understanding and representing ‘place’ in health research: A relational approach*, *Social Science & Medicine*, 65, 9, s. 1825–1838.
- Curtis S., Jones I. R., 1998, *Is there a place of geography in the analysis of health inequality?*, *Sociology of Health & Illness*, 20, 5, s. 645–672.
- Cutchin M., 2007, *Therapeutic landscapes for older people: care with commodification, liminality, and ambiguity*, [w:] A. Williams (red.), *Therapeutic Landscapes*, Ashgate, Aldershot, s. 181–198.
- Diez-Roux A.V., 2001, *Investigating neighborhood and area effects on health*, *American Journal of Public Health*, 91, 11, s. 1783–1789.

- Evans R., Stoddart G., 1990, *Producing health, consuming health care*, Social Science & Medicine, 31, 12, s. 1347–1363.
- Gatrell A.C., Elliot S.J., 2009, *Geographies of Health – An Introduction*, Wiley-Blackwell, West Sussex, Second Edition.
- Gesler W.M., 1992, *Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography*, Social Science & Medicine, 34, 7, s. 735–746.
- Gesler W., Bird S.T., Oljeski S., 1997, *Disease ecology and a reformist alternative: the case of infant mortality*, Social Science & Medicine, 44, 5, s. 657–671.
- Gesler W.M., Kearns R.A., 2002, *Culture/Place/Health*, Routledge, London.
- Graham H., 2004, *Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings*, The Milbank Quarterly, 82, 1, s. 101–124.
- Green J., Tones K., 2010, *Health Promotion: Planning and Strategies*, Sage Publications, London.
- Guidotti T.L., Moses M.S., 2007, *Toxicological basis for risk assessment*, [w:] M. Robson, W. Toscano (red.), *Risk Assessment for Environmental Health*, Wiley&Sons, Minneapolis, s. 55–84.
- Gunn S.W.A., 1990, *Multilingual Dictionary of Disaster Medicine and International Relief – English, Français, Español, Arabic*, Kluwer Academic Publishers, Boston.
- Health Technology Assessment Glossary*, 2006, International Network of Agencies for Health Technology Assessment, www.inahta.org. (10.06.2013).
- Jabłoński L. (red.), 1996, *Epidemiologia, Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Folium, Lublin.
- Jędrzychowski W., 2002, *Podstawy epidemiologii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Jones K., Moon G., 1993, *Medical geography: taking space seriously*, Progress in Human Geography, 17, 4, s. 515–524.
- Kearns R., 1993, *Place and health: towards a reformed medical geography*, The Professional Geographer, 45, 2, s. 139–147.
- Kearns R.A., Barnett J.R., 2000, *“Happy Meals” in the Starship Enterprise: interpreting a moral geography of health care consumption*, Health & Place, 6, 2, s. 81–93.
- Koch T., 2005, *Cartographies of disease: Maps, mapping, and medicine*, Redlands, ESRI Press, s. 24–26.
- Kolago C. (red.), 1966, *Geografia medyczna, Przegląd Zagranicznej Literatury Geograficznej*, 3/4.
- Krieger N., 2000, *Discrimination and health*, [w:] L. Berkman, I. Kawachi (red.), *Social Epidemiology*, Oxford University Press, Oxford, s. 36–75.
- Krieger N., 2001, *Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective*, International Journal of Epidemiology, 30, 4, s. 668–677.
- Krieger N., 2009, *Putting health inequities on the map: social epidemiology meets medical/health geography – an ecosocial perspective*, GeoJournal, 74, 2, s. 87–97.
- Kretowicz P., 2010, *Delimitacja miejskiej przestrzeni usługowej w strefie oddziaływań szpitali krakowskich*, [w:] J. Słodczyk, A. Dębicka-Niemiec (red.), *Funkcje miast jako czynnik kształtowania przestrzeni miejskiej*, Studia Miejskie, 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 105–116.
- Kretowicz P., 2011a, *Źródła danych w badaniach przestrzennego zróżnicowania poziomu zdrowia ludności*, [w:] S. Sitek (red.), *Stare i nowe problemy badawcze w geografii społeczno-ekonomicznej*, Zeszyt 2, Polskie Towarzystwo Geograficzne Oddział Katowicki, Wydział Nauk o Ziemi, Uniwersytet Śląski, Sosnowiec, s. 19–34.

- Kretowicz P., 2011b, *Przestrzeń publiczna szpitali w wybranych miastach południowej Polski*, [w:] I. Jażdżewska (red.), *XXIV Konwersatorium wiedzy o mieście – „Przestrzeń publiczna miast”*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 191–202.
- Lalonde M., 1974, *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*, Government of Canada, Ottawa.
- Łęcka I., 2004, *Powolny rozwój geografii medycznej*, [w:] Z. Michalczyk (red.), *Badania geograficzne w poznaniu środowiska*, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 743–774.
- Łęcka I., 2006, *Schematy poznawcze a geograficzne badania nad zdrowiem i chorobą*, [w:] W. Maik (red.), *Człowiek w badaniach geograficznych*, Wyższa Szkoła Gospodarki, Bydgoszcz, s. 223–234.
- Łęcka I., 2011, *Koncepcje i metody badań w geografii medycznej*, [w:] W. Maik (red.), *Ujęcia i problemy badawcze we współczesnej geografii*, Wyższa Szkoła Gospodarki, Bydgoszcz, s. 101–112.
- Macintyre S., Ellaway A., Cummins S., 2002, *Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?*, *Social Science & Medicine*, 55, 1, s. 125–139.
- May J.M., 1950, *Medical geography: its methods and objectives*, *Geographical Review*, 40, s. 9–41, tłum. pol. C. Kolago, 1966, *Geografia medyczna*, PZLG, 3, s. 35–38.
- Marmot M.G., 1994, *Social differentials in health within and between populations*, *Daedalus*, 123, 4, s. 197–216.
- Marmot M., 2005, *Social determinants of health inequalities*, *Lancet*, 365, s. 1099–1104.
- McLafferty S., Chakrabarti R., 2009, *Locating diversity: Race, nativity and place in health disparities research*, *GeoJournal*, 74, 2, s. 107–113.
- McLeod K.S., 2000, *Our sense of Snow: the myth of John Snow in medical geography*, *Social Science & Medicine*, 50, 7-8, s. 923–935.
- Meade M.S., Emch M., 2010, *Medical Geography*, The Guilford Press, New York, Third Edition.
- Michalski T., 1999, *Nowe nurty w światowej i polskiej geografii medycznej*, *Kwartalnik Geograficzny*, 4 (12), s. 85–89.
- Michalski T., 2001, *Próba nowego podziału geografii medycznej*, [w:] H. Rogacki (red.), *Koncepcje teoretyczne i metody badań geografii społeczno-ekonomicznej i gospodarki przestrzennej*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań, s. 109–115.
- Pantylej W., 2008a, *Kierunki badań w geografii medycznej*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 69, 2, s. 145–157.
- Pantylej W., 2008b, *Przemiany społeczno-gospodarcze a stan zdrowia ludności Ukrainy i Polski w latach 1990–2002*, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Parr H., 2002, *Medical geography: diagnosing the body in medical and health geography*, *Progress in Human Geography*, 26, 2, s. 240–251.
- Przewoźniak L., 2000, *Społeczne przyczyny choroby*, [w:] A. Czupryna, S. Poździech, A. Ryś, C.W. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków.
- Reforma NFZ. Materiały z konferencji prasowej Ministerstwa Zdrowia, 22 marca 2013 r.* [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/prezent\\_decentnfnz\\_20130322ppp.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/prezent_decentnfnz_20130322ppp.pdf) (10.06.2013).
- Schærström A., 1999, *Apparent and actual disease landscapes. Some reflections on the geographical definition of health and disease*, *Geografiska Annaler*, 81, 4, s. 235–242.
- Siemiński M., 2001, *Środowiskowe zagrożenia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Smith G.D., Bartley M., Blane D., 1990, *The Black Report on socioeconomic inequalities in health 10 years on*, *British Medical Journal*, 301, s. 373–377.
- Smith S.J., Easterlow D., 2005, *The strange geography of health inequalities*, *Transactions of the Institute of British Geographers*, NS 30, 1, s. 173–190.
- Smyth F., 2005, *Medical geography: therapeutic places, spaces and networks*, *Progress in Human Geography*, 29, 4, s. 488–495.
- Spielman S.E., Yoo E., 2009, *The spatial dimensions of neighborhood effects*, *Social Science & Medicine*, 68, 6, s. 1098–1105.
- Syme L., 1994, *The social environment and health*, *Daedalus*, 123, 4, s. 79–86.
- Szafranowicz P., 2005, *Środowiska terapeutyczne – nowe podejście do problematyki przestrzeni obiektów służby zdrowia*, [w:] M. Czepczyński (red.), *Przestrzenie miast post-socjalistycznych. Studia społecznych przemian przestrzeni zurbanizowanej*, Katedra Geografii Ekonomicznej Uniwersytetu Gdańskiego – Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Gdańsk–Poznań, s. 1–23.
- The American Heritage Steadman's Medical Dictionary*, 1995, Houghton Mifflin, Boston, MA.
- Townsend P., Davidson N., Whitehead M., 1988, *Inequalities in Health*, Penguin, London.
- Veenstra G., Luginaah I., Wakefield S., Birch S., Eyles J., Elliott S., 2005, *Who you know, where you live: social capital, neighbourhood and health*, *Social Science & Medicine*, 60, 12, s. 2799–2818.
- Verheij R. A., 1996, *Explaining urban–rural variations in health: A review of interactions between individual and environment*, *Social Science & Medicine*, 42, 6, s. 923–935.
- Wilkinson R.G., 1996, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, London.
- Wilkinson R.G., 2001, *Mind the Gap: Hierarchies, Health and Human Evolution*, Yale University Press, New Haven.
- Wysocki M.J., Miller M., 2003, *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, *Przegląd Epidemiologiczny*, 57, 3, s. 505–512.

[Wpłynęło: czerwiec; poprawiono: październik 2013 r.]

## PAWEŁ KRETOWICZ

### NEW RESEARCH APPROACHES IN THE GEOGRAPHY OF HEALTH AS EXEMPLIFIED IN SCIENTIFIC LITERATURE IN THE ENGLISH-SPEAKING WORLD

This article reviews the key research approaches and achievements of the geography of health as these are exemplified by the relevant literature in the “Anglo-Saxon” countries. The discipline in question has undergone substantial changes during the last twenty years as a turn from medical to socio-behavioral theoretical approaches came to the fore. It was predominantly British, American, Australian and New Zealand researchers who paved the way for the so-called ‘new geography of health’ as they concocted the relevant novelties. In line with the newest achievements in the discipline, space is no longer considered solely as a physical location, but rather also as a conduit through which health is constructed and perceived. This article then seeks to scrutinize these cutting-edge concepts describing the relations between health and place. There are seen to be two major concepts explaining health-related disparities in space – the so called *compositional effects*, i.e. differences caused by individual (non-spatial) factors,

and differences caused by contextual effects i.e. environmental (spatial) factors. While the former states that, regardless of residence, similar groups of people (of similar individual traits) would have similar health outcomes, the latter emphasizes contiguity and the clustering of groups of similar health in space. The 'new geography of health' goes even further, by considering space to be a mix of physical, spiritual and social constructs that plays a role in treatment, healing and wellbeing. Gesler (1992) introduced the term *therapeutic landscapes* for places with a reputation for being extremely beneficial to individuals' health. While originally conceived for such places as health resorts, mountain resorts, pilgrimage destinations, and so on, this theoretical framework can be adopted by those planning hospital-care facilities, as well as geographers exploring hospital locations. This current of research has in fact been cultivated worldwide in the geography of health since the 1990s, though it has remained absent from Polish geography.

The geography of health as pursued in the English-speaking world is becoming more and more interdisciplinary, as the achievements of the social, economic and medical sciences blend together in both theoretical and empirical studies. Scientists or other academics are no longer satisfied with simple explanations for the extremely complicated connections pertaining between space and health. Rather, there is a contention that innumerable determinants influence population health, the main cause of disagreement being the types of determinant that are of greater impact.

Polish geographers should draw on Western experience with the application of theories from public health and epidemiology, as these disciplines have much in common with the geography of health. For example, the differences between factors accounting for disparities in health between Western-European and Central and Eastern-European countries could represent inspiring research turf for Polish geographers. Were they to avail themselves of this chance, it would not be advisable for them to avoid utilizing context and composition duality, or attempts to apply the therapeutic landscape concept to the health resorts of hospitals.

The reviewed foreign literature shows a great disparity in the level of development of health geography in Poland as compared with the English-speaking world. This lag is owing to the commonly criticized lack of the statistical data necessary to conduct appropriate studies, notwithstanding the considerable recent improvement in the quality and level of detail of databases – allowing for much fruitful utilization. Moreover, studies of this kind are becoming more popular among public-health specialists and epidemiologists alike. This is especially to be expected following Parliament's recent enactment of legislation from the Polish government. The laws this entails strengthen the role of health-needs assessment within populations, as well as the investigation of health disparities at the regional level with a view to new health policy being devised and investments in healthcare tied to actual and potential demand.