

Magdalena Łazuga, Józef Kocur

Uwarunkowania zdrowia i choroby – aspekty historyczne i współczesne

Determinant of health and disease – historical and contemporary criterions

Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Przez długie lata w medycynie obowiązywał paradygmat biomedyczny, który pojmuje zdrowie jako stan przeciwny chorobie, a wszystkie procesy zachodzące w organizmie ludzkim rozpatrywane są tylko w jego biologicznym odniesieniu. Liczne odkrycia w dziedzinie medycyny i naukach pokrewnych wykazały jednak, że tylko wieloaspektowe podejście do zdrowia i choroby ułatwia oraz usprawnia diagnozowanie i leczenie wielu chorób. Analiza różnych koncepcji zdrowia pozwala dostrzec drogę (i jej etapy) poszukiwania powiązań pomiędzy procesami zachodzącymi w organizmie człowieka a jego psychiką, duchowością i środowiskiem, w którym żyje.

Początkowo szukano odpowiedzi na niezrozumiałe zjawiska związane z pogorszeniem stanu zdrowia poprzez empiryczne doświadczanie świata. Z czasem dominujące znaczenie w rozumieniu determinantów zdrowia zaczęły odgrywać supranaturalizm (2). Filozofia grecka wskazała jednak, że zdrowie człowieka nie zależy tylko od zjawisk związanych z wiarą i magią. Dominował w tym okresie holistyczny obraz świata, zawarty w słynnym stwierdzeniu Hipokratesa: „Nie możemy pojąć prawdy o organizmie człowieka bez wiedzy o całości wszechświata”. Hipokrates doszukał się zależności pomiędzy czynnościami fizjologicznymi organizmu a przeżyciami emocjonalnymi oraz stworzył teorię temperamentów wskazującą, że przyczyną chorób fizycznych i cech psychicznych są zaburzenia krążenia różnych płynów w organizmie. W zależności od

przewagi jednego z płynów określano odpowiednie cechy osobowości, które używane były w klasycznych opisach temperamentu i nastroju danej osoby (1, 17).

Tabela 1.
Teoria temperamentów wg Hipokratesa

osobowość	płyn
choleryczna	żółć
melancholijna	czarna krew
sangwiniczna	krew
flegmatyczna	flegma

• źródło: Salmon P. (17)

W czasach nowożytnych utrwalił się nowy prąd pojmowania zjawisk przyrodniczych. Konsekwencją Kartezjańskiego dualizmu było uznanie procesów myślowych za nierzeczywiste i nie mające związku z procesami fizjologicznymi organizmu. Model dualistyczny wprowadzał poza tym ścisły podział na choroby somatyczne, określane jako „prawdziwe”, oraz psychiczne, uważane za „urojone”. Znaczną rolę w utrwaleniu tego paradygmatu miały odkrycia w dziedzinie biologii na przełomie XIX i XX w. Medycyna tego okresu przejęła ze współczesnej biologii postawę redukcjonistyczną, według której wszystkie zjawiska należy wyjaśniać przez sprowadzenie ich do zjawisk i procesów najprostszych. Wynikiem

tego był rozwój biomedycyzacji, koncentrującej się wyłącznie na mechanizmach biologicznych ustroju, a zdrowie traktującej jako brak oznak choroby (3, 17).

Niezależnie od obowiązującego ówczesnie modelu biomedycznego prowadzono badania, których wyniki podważały obowiązujący paradygmat. Fizjologiczny związek pomiędzy psyche i soma potwierdził m.in. Nusbaum, który w rozprawie z 1894 r. pt. *O wpływie czynności duchowych na sprawy chorobowe* stwierdził, że „wśród przyczyn chorobotwórczych, obok świata bakteryj, czynniki psychiczne zajmują współrzędne miejsce”. Tym sposobem stworzył kontrowersyjną na ówczesne czasy tezę, w której stwierdza, że stan organizmu nie zależy tylko od zmian biochemicznych, ale również od czynników psychicznych (14). Kontynuatorem tego kierunku badawczego był Freud, który na podstawie swoich obserwacji zauważył, że niewytłumaczalne wówczas problemy zdrowotne mogły być skutkiem procesów psychicznych. Udowodniono także, że choroby somatyczne mogą mieć wpływ na stan psychiczny. Wyniki tych i wielu innych badań spowodowały zwrot ku rozwojowi systemowego postrzegania świata jako całości łączącej wszystkie zjawiska fizyczne, biologiczne, psychiczne, społeczne i kulturowe (3,17).

Historyczne znaczenie w utrwaleniu tej zmiany miało niewątpliwie nowe sformułowanie definicji zdrowia przez Światową Organizację Zdrowia. W preambule do jej konstytucji, zatwierdzonej na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia w 1946 r., zdefiniowano zdrowie jako stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby czy ułomności (16). Według tego poglądu stan zdrowia jednostki nie zależy tylko od czynników biochemicznych, które zachodzą w organizmie, ale również od uwarunkowań związanych z psychiką oraz środowiskiem, w którym przebywa jednostka. Przedstawione w tej definicji pojęcie dobrostanu oznacza subiektywną ocenę stanu zdrowia jednostki w kontekście codziennego życia. Osąd ten jest oparty zazwyczaj na posiadanej wiedzy, modyfikowanej przez osobiste doświadczenia oraz normy społeczno-kulturowe. Jednocześnie nie wolno zapomnieć, że ocena stanu zdrowia dokonana przez pacjenta nie zawsze jest zgodna z diagnozą postawioną przez lekarza. O pełni

zdrowia jednostki można zatem mówić wtedy, jeżeli subiektywne odczucia pacjenta zostaną potwierdzone badaniami diagnostycznymi.

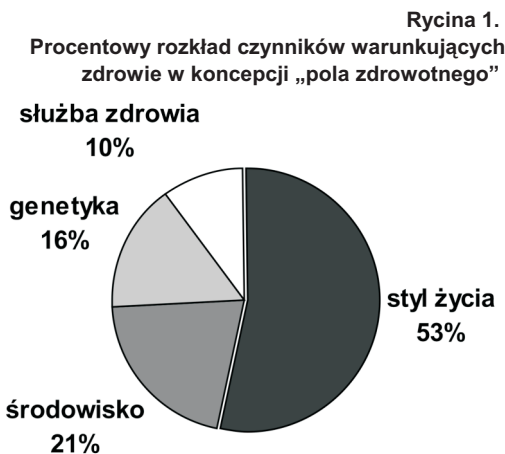
Omawiana definicja idealizuje jednak stan zdrowia, gdyż przedstawiona w takim ujęciu jest niemożliwa do osiągnięcia dla większości ludzi (człowiek jest zdrowy, gdy osiąga pełny dobrostan jednocześnie w trzech wymienionych wyżej wymiarach). Wiadomo jednak, że pomimo pewnych ograniczeń fizycznych, jak w przypadku osób niepełnosprawnych, człowiek jest w stanie realizować się na szczeblu zawodowym, rodzinnym czy towarzyskim (18).

Z kolei definicja zdrowia sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia pomijała jego wymiar duchowy. Dopiero w 1984 r. przyjęto rezolucję, która postrzega duchowość jako wszystkie ludzkie wartości, wierzenia, ideały, które jednocześnie odgrywają decydującą rolę w motywowaniu człowieka do działania we wszystkich aspektach jego życia. W 1998 r. dokonano zmiany pierwotnej definicji zdrowia. W dokumentach przedstawionych przez WHO stwierdzono, że zdrowie jest dynamicznym stanem kompletnego fizycznego, psychicznego, duchowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brakiem choroby lub niesprawności (6, 2).

Na uwagę zasługuje również socjoekologiczny model zdrowia, który obowiązuje od drugiej połowy XX w. Filozoficzną podstawą tego modelu jest związek pomiędzy człowiekiem a jego środowiskiem zewnętrznym. Zdrowie w jego ujęciu jest najważniejszą wartością dla człowieka, a szczególną rolę w kreowaniu tego pozytywnego wizerunku przypisuje się czynnikom społecznym, tj. dążeniu do samorealizacji, zaspokojeniu własnych potrzeb i aspiracji oraz czynnikom umożliwiającym pełnienie określonych ról społecznych. W rozumieniu Parsonsa zdrowie to stan, w którym jednostka wykazuje optymalne umiejętności pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji. Zdrowie jest zatem odniesieniem do zdolności uczestnictwa jednostki w życiu społecznym, choroba natomiast jest odchyleniem od pełnionych wcześniej funkcji (12, 19).

Oryginalny pogląd na temat uwarunkowań zdrowia zaprezentował Lalonde, który przedstawił czynniki warunkujące zdrowie w postaci „pola zdrowotnego”. Według tego autora pod-

stawowym determinantem dobrostanu jest styl życia jednostki. Kryje się pod tym pojęciem względnie trwałe zespoły zachowań obejmujących zdrowie, nad którymi jednostka ma większą lub mniejszą kontrolę. Kolejnym elementem „pola zdrowotnego” jest środowisko zewnętrzne, które tworzy rodzina, praca, szkoła itp. Trzecią częścią składową jest komponent biologiczny. W jego skład wchodzi zdrowie fizyczne i psychiczne, na które mają wpływ osobnicze cechy jednostek. Służba zdrowia to ostatni element, który według Lalonde’a ma najmniejsze znaczenie spośród wyżej wymienionych (7, 8).



• ródło: Jędrzychowski W. (10), wg M. Lalonde’a

Odmienny pogląd na temat znaczenia opieki zdrowotnej w budowaniu i umacnianiu zdrowia został zaprezentowany w Deklaracji z Alma-Aty z 1978 r. Dokument ten głosi, że podstawowa opieka zdrowotna jest kluczem do osiągnięcia akceptowanego poziomu zdrowia. Jej wysoka jakość i równość w dostępie do niej gwarantuje zdrowie jednostki i społeczeństw. Spełnienie powyższych warunków zależy przede wszystkim od ekonomicznej pozycji państwa, obowiązującej w nim socjokultury oraz prowadzonej polityki zdrowotnej (4, 5, 20).

Kolejną innowację w rozumieniu zdrowia wniosła Karta Ottawska, uchwalona na I Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie w 1986 r. Dokument ten wprowadził po raz pierwszy do literatury pojęcie promocji zdrowia, które oznaczało proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie kontroli nad jego zdrowiem w sensie jego

poprawy i utrzymania. Stwierdzono w nim również, że aby osiągnąć pełny dobrostan fizyczny, społeczny i psychiczny, każdy musi być w stanie określić i realizować swoje aspiracje, zaspokajając swoje potrzeby oraz radzić sobie ze środowiskiem, w którym żyje. Z tego punktu widzenia zdrowie jest pojęciem pozytywnym i niezbędnym do funkcjonowania jednostkowego i społecznego. Fundamentem zdrowia są takie czynniki, jak: pokój, schronienie, edukacja, dostępność do żywności, odpowiednie dochody, czyste środowisko, zasoby naturalne, równość społeczna (11, 15).

W wyniku uzgodnień ustalono pięć obszarów działań promocji zdrowia: budowanie prozdrowotnej polityki, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmacnianie działań społecznych na rzecz zdrowia, rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu oraz reorientacja służby zdrowia. Realizacja powyższych działań jest możliwa dzięki skoordynowanym pracom rządu i samorządów terytorialnych, sektora ochrony zdrowia, instytucji społecznych, gospodarczych i in. (9, 11).

Najbardziej popularną formą promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna rozumiana jako działania zmierzające do takiego kształtowania zdrowotnych zachowań ludzi, aby mogli prowadzić zdrowy styl życia i przez to przyczynić się do umocnienia i poprawy stanu zdrowia. Bezpośrednim celem edukacji zdrowotnej jest wywołanie zmiany w ludziach i ich świadomości. Jest to możliwe poprzez korektę i zwiększenie wiedzy dotyczącej zagrożeń dla zdrowia, chorób, metod zapobiegania, leczenia i rehabilitacji. Innym sposobem jest kształtowanie pozytywnych postaw wobec zdrowia oraz umiejętności umożliwiających właściwe zachowania zdrowotne oraz radzenie sobie w nowych sytuacjach życiowych (3).

Promocja zdrowia odgrywa znaczną rolę w profilaktyce zdrowotnej. W działaniach profilaktycznych obiektem oddziaływania są grupy ludzi szczególnie narażone na zachorowanie, a w promocji zdrowia – cała populacja rozpatrywana w kontekście codziennego życia (19).

Różnica pomiędzy prewencją a promocją zdrowia uwidacznia się również w pojmowaniu edukacji zdrowotnej. Edukacja dla celów prewencyjnych to w głównej mierze informowanie o konsekwencjach behawioralnych czynników ryzyka i o przyczynach chorób. Edukacja zdrowotna dla celów promocji zdrowia wykracza

poza ramy uświadamiania i informacji, aktywizuje jednostki i środowiska do uczenia się i nabywania kompetencji zorientowanych na zdrowie (9).

Tabela 2.
Różnice pomiędzy promocją zdrowia a profilaktyką

Parametry	Promocja zdrowia	Profilaktyka
Cel	Umocnienie zdrowia	Zapobieganie chorobom
Obiekt działania	Populacja w kontekście całego życia	Populacja narażona na zachorowanie
Edukacja zdrowotna	Aktywizacja populacji do uczenia i nabywania zachowań zdrowotnych	Informowanie o przyczynach i konsekwencjach chorób

Kryteria zdrowia są zatem uwarunkowane sytuacją społeczną, warunkami środowiskowymi oraz zależą od norm i zwyczajów określanych przez zbiorowości społeczne. Ponadto istnieje ścisła zależność pomiędzy wymiarami zdrowia: fizycznym, psychicznym, duchowym i społecznym (13). Wybór prozdrowotnego stylu życia zapobiega powstawaniu i rozwojowi wielu tzw. chorób cywilizacyjnych, a jakość i dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej są obecnie warunkiem niezbędnym do budowania i umocnienia zdrowia.

Streszczenie

Zdrowie i jego uwarunkowania są podmiotem zainteresowania od początku istnienia ludzkości. W ciągu wieków powstało wiele teorii na temat tego zagadnienia, ale w medycynie przypisuje się dominujące znaczenie paradygmatowi biomedycznemu. Model ten traktuje zdrowie jako stan przeciwny chorobie, a wszystkie procesy zachodzące w organizmie ludzkim rozpatrywane są tylko w biologicznym odniesieniu. Ułatwienie diagnozy oraz zwiększenie efektywności procesu terapeutycznego jest możliwe dzięki wieloaspektowemu podejściu do zdrowia i choroby. Rozumie się przez to poszukiwanie wzajemnych powiązań między procesami biologicznymi zachodzącymi w organizmie człowieka, a jego psychiką, duchowością i środowis-

kiem, w którym żyje. W przypadku budowania i umocnienia zdrowia ważne jest również to, aby pacjenci zdawali sobie sprawę z własnej odpowiedzialności za jego stan. Wybór prozdrowotnego stylu życia zapobiega powstawaniu wielu chorób, w tym chorób cywilizacyjnych.

Słowa kluczowe: **zdrowie, uwarunkowania zdrowia, promocja zdrowia**

Summary

The health and health's determinants have been the topic of interest from the beginning of mankind. Many theories were made about this problem during ages but biomedical paradigmatic has dominant sense in medicine. That model treats the health as opposite state to disease and all processes which take place in human body are treated only in biomedical component. Paying the main attention to physical aspect of health is not beneficial to patients and medical health care. Many aspects approaching to health is the clue to making the diagnosis easier or improving effect of treatment.

It means, we should search common association with biological and human mentality, spirituality, environmental. Awareness of own responsibility of our health state is also important in building and strengthen it. The choice of healthy lifestyle prevent diseases and particularly non-communicable diseases.

Key words: **health, health determinants, health promotion**

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J.: Nie ma nieuleczalnie chorych. Wydawnictwa Łódzkie, Łódź 1982.
2. Brzeziński T.: Historia Medycyny. PZWL, Warszawa 1988.
3. Charońska E.: Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej. CEM, Warszawa 1997.
4. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
5. Dhillon H.S.: Health promotion and community action for health in developing countries. World Health Organization, Geneva 1994.

6. Executive Board 101 st Session. Resolution and Decisions. World Health Organization, Geneva 1998.
7. Gniazdowski A.: Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne. IMP, Łódź 1997.
8. Gniazdowski A.: Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. IMP, Łódź 1990.
9. Haszen-Niejodek I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 1997.
10. Jędrychowski W.: Epidemiologia. Wprowadzenie i metody badań. PZWŁ, Warszawa 1999.
11. Karski J.B.: Wybrane dokumenty i przepisy dotyczące promocji zdrowia. Zdrowie i Zarządzanie 2001, 3, 6, 38–39.
12. Korzeniowska E.: O zdrowiu i jego definicjach. Zdrowie Publiczne 1988, 99, 9, 466.
13. Marcisz I.: O zdrowiu i chorobie. Rozmowy. LŚW, Warszawa 1983.
14. Musielak M. (red.): Konteksty społeczno-kulturowe zdrowia i medycyny. AM, Poznań 2000.
15. Ottawa Charter for Health Promotion. I International Conference of Health Promotion, Canada, Ottawa 1986.
16. Preamble to the World Health Constitution. World Health Organization, Geneva 1946.
17. Salmon P.: Psychologia w medycynie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
18. Słońska Z.: Misiuna M.: Promocja Zdrowia. Słownik podstawowych terminów. Agencja Promo-Lider, Warszawa 1993.
19. Słońska. Z.: Promocja zdrowia – zarys problematyki. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 1994, 1, 1–2, 37–52.
20. The Health Report 2000. World Health Organization, Geneva 2000.
21. Thirty-six World Health Assembly. World Health Organization, Geneva 1983.

Adres do korespondencji

Mgr Magdalena Łazuga
Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Wydział Fizjoterapii
Pl. Gen J. Hallera 1
90–647 Łódź
e-mail: conferose@wp.pl