

## Socijalni čimbenici bolesti

Lidija Gajski

e-mail: lidija-gajski@zg.t-com.hr

UDK: 616-058.316.624

Stručni rad

Primljeno: 20. studenoga, 2007.

Prihvaćeno: 4. prosinca 2007.

*Uvjeti i okolnosti života, odnosno, socijalno okruženje, odavno su prepoznati kao važan čimbenik zdravlja. U novije im se vrijeme pripisuje sve veći značaj. Velike društvene katastrofe, kakva je i rat, dramatično se odražavaju na zdravlje stanovništva. U mirnodopskim okolnostima uvjeti života u velikoj mjeri ovise o bogatstvu društva i političko-gospodarskom uređenju. U totalitarnim režimima zdravlje stanovništva ugroženo je materijalnom oskudicom te psihičkim i tjelesnim zlostavljanjem sve do fizičkih likvidacija. Razvijena demokratska društva pružaju najbolje izgleda za dug i zdrav život.*

*Međutim, i ta se društva međusobno razlikuju po svome gospodarskom i političkom ustroju, a razlike su vidljive, između ostaloga, u prosječnoj visini prihoda građana, rasponu plaća, veličini socijalnih razlika i funkcioniranju zdravstvenog sustava. Svi ti elementi utječu na zdravlje ljudi i određuju koliko će stanovnika i u kojoj mjeri biti izloženo riziku bolesti. Moderno društvo nije iskorijenilo siromaštvo i nejednakost. Baš kao prije sto ili dvjesto godina, čini se da su ove kategorije i danas, bez obzira na drukčiju epidemiološku sliku i bolje uvjete života, odgovorne za veliki dio suvremene patologije.*

*Ključne riječi: siromaštvo, zdravlje, socijalni status, medikalizacija, medicina.*

### *Efekt siromaštva i nejednakosti na zdravlje pojedinca*

Materijalna oskudica pogoršava zdravlje i skraćuje život. Jasno je da svi siromašni nisu bolesni, niti su svi bogati zdravi, no ljudi na svakoj višoj stepenici ljestvice prihoda prosječno su zdraviji nego oni na stepenici ispod njih. Brojne opservacijske studije u zadnjih 30 godina pokazale su da je siromaštvo povezano s povećanim morbiditetom i mortalitetom. Utvrđena je korelacija s dijabetesom, malignim bolestima, tuberkulozom, kroničnim opstruktivnim bronhitisom, astmom, ozljedama, mnogim psihijatrijskim poremećajima, migrenom, no naročito s kardiovasku-

larnom, odnosno koronarnom bolešću.<sup>1</sup> Istraživanja među britanskim državnim službenicima koja traju još od 1967. godine, pokazala su da je stopa ukupnog mortaliteta tri puta veća u zaposlenika na najnižem rangu službe (nosači) u usporedbi s onima na najvišem (administracija).<sup>2</sup> U velikoj finskoj i švedskoj studiji pobol i smrtnost od koronarne bolesti bili su četverostruko veći u osoba s najmanje plaćenim zanimanjima u odnosu na one s najunosnijima.<sup>3</sup> Pokazalo se da je u zakinitim grupacijama infarkt češći, ali i njegov ishod teži, tj. da nosi povećanu smrtnost.<sup>4</sup> U zapadnom svijetu broj hospitaliziranih ljudi iz siromašnih četvrti gotovo je 50 posto veći od broja onih iz bogatih četvrti, a kad se radi o kardiovaskularnim bolestima, veći je za 65-121%. Neki su izračunali da se oko 23 posto od prerano izgubljenih godina života populacije do 75 godina može pripisati nejednakosti u prihodima, s najjačom vezom u slučaju srčanožilnih bolesti.<sup>1</sup>

Siromaštvo, odnosno nizak prihod, bitna je odrednica niskog socioekonomskog statusa. Uz visinu prihoda, socioekonomski status uključuje još razinu obrazovanja, vrstu zanimanja, zaposlenost, uvjete na poslu, mjesto stanovanja, kvalitetu okoliša, raspoloživost i kakvoću hrane, prijevoza, kulturnih i rekreativnih sadržaja i sl., što su kategorije čija niska razina najčešće prati mala primanja. Društveno-ekonomskim statusom služe se znanstvenici na području socijalne medicine, koji ne samo da su zaključili da se s njegovim rastom poboljšava kvaliteta zdravlja, nego smatraju da je on vodeća determinanta zdravlja, bez obzira radi li se o pojedincu, obitelji (tu je posebno relevantna profesija i razina obrazovanja žena) ili cijeloj populaciji. Socijalna medicina, čiji je jedan od rodonačelnika bio Andrija Štampar, tumači da su uvjeti života, tj. vanjski, makrosocijalni čimbenici presudni za zdravlje ljudi. Mnoge su bolesti društveno determinirane te ekonomski, politički, edukacijski,

---

<sup>1</sup> D. RAPHAEL, *Social Justice is Good for Our Hearts: Why Societal Factors — Not Lifestyles — are Major Causes of Heart Disease in Canada and Elsewhere*, Toronto, C. J. S. Foundation for Research and Education, 2002.

<sup>2</sup> M. G. MARMOT i dr., *Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study*, *Lancet*, 1991, 337, str. 1387-1393.

<sup>3</sup> (a) J. W. LYNCH i dr., *Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality and acute myocardial infarction?* *Am. J. Epidemiol.*, 1996, 144, str. 934-942. (b) S. P. WAMALA i dr., *Potential explanations for the educational gradient in coronary heart disease: a population-based case-control study of Swedish women*, *Am. J. Public Health* 1999, 89, str. 315-321.

<sup>4</sup> (a) C. MORRISON i dr., *Effect of socioeconomic group on incidence of, management of, and survival after myocardial infarction and coronary death: analysis of community coronary event register*. *B. M. J.* 1997, 314, str. 541-546. (b) K. MACINTYRE i dr., *Relation between socioeconomic deprivation and death from a first myocardial infarction in Scotland: population based analysis*, *BMJ* 2001, 322, str. 1152-1153.

kulturni i okolinski faktori u većoj mjeri utječu na zdravlje od medicinskih i čimbenika vezanih uz zdravstveni sustav. Riječ je o specifičnom pristupu zdravlju i bolesti koji se bitno razlikuje od prevladavajućeg uskog biomedicinskog shvaćanja.

Istraživanje na području socijalne medicine prilično je složeno jer se, za razliku od tzv. bliskih faktora rizika, udaljene, društvene odrednice zdravlja teže prepoznaju i analiziraju. Zato su tek u novije vrijeme prikupljeni dokazi koji potkrepljuju vezu između socijalnih okolnosti i pojavnosti bolesti, te predloženi mogući mehanizmi njihove povezanosti. Kad je riječ o načinu na koji nizak društveno-ekonomski položaj dovodi do bolesti, istraživači na ovom području i pobornici socijalnog pristupa u medicini ponudili su sljedeće objašnjenje: prvo, postoji izravan utjecaj — materijalna oskudica diktira lošiju ishranu, stanovanje, sanitaciju, okoliš, uvjete na poslu i lošije zbrinjavanje bolesti. Drugo, siromaštvo i s njim povezana društvena izolacija proizvode frustraciju i stvaraju patološka psihoemocionalna stanja koja se negativno odražavaju na tjelesne funkcije. Konačno, u velikog broja zakinutih ta stanja dovode do usvajanja nezdravih oblika ponašanja kao što su pušenje, prejedanje, alkoholizam, narkomanija i sjedilački način života, što dodatno oštećuje zdravlje.<sup>1</sup>

Kad je riječ o izravnim učincima siromaštva na zdravlje, oni su najvidljiviji u stanovnika Trećeg svijeta i ispoljavaju se poglavito posredstvom pothranjenosti i loših higijenskih uvjeta. Međutim, i značajne grupacije stanovništva razvijenih zemalja žive u neimaštini. Zanimljivo je opažanje da materijalna oskudica u ranom razdoblju života loše utječe na buduće zdravlje. Odrastanje u obitelji s niskim socioekonomskim statusom pokazalo se faktorom rizika za kasniji razvoj koronarne bolesti, inzulinske rezistencije (prethodnica šećerne bolesti tipa II), hiperkolesterolemije i debljine u žena.<sup>5</sup> Utjecaj ide čak u prenatalni period. Intrauterina prehrana, porođajna težina, pušačke navike majke i njezin socioekonomski položaj utječu na razvoj srčanožilnih bolesti u odrasloj dobi.<sup>6</sup> Niska porođajna težina, češća u slučajevima pothranjenosti

<sup>5</sup> (a) D. A. LAWLOR i dr., Association between childhood socioeconomic status and coronary heart disease risk among postmenopausal women: findings from the British women's heart and health study, *Am. J. Public Health*, 2004, 94, str. 1386-1392. (b) S. EBRAHIM i dr., Clustering of risk factors and social class in childhood and adulthood in British women's heart and health study: cross sectional analysis, *BMJ*, 2004, 328, str. 861. (c) C. POWER i dr., The contribution of childhood and adult socioeconomic position to adult obesity and smoking behaviour: an international comparison, *Int. J. Epidemiol.*, 2005, 34, str. 335-344.

<sup>6</sup> Treća zajednička radna skupina za prevenciju kardiovaskularnih bolesti u kliničkoj praksi Europskoga kardiološkog društva i ostalih društava. Europske smjernice za prevenciju bolesti srca i krvnih žila u kliničkoj praksi, 2003. Prijevod i komentar Hrvatskog kardiološkog društva, Zagreb, 2004.

i pušenja majke u trudnoći, povezana je s oštećenom tolerancijom glukoze i s dijabetesom tipa II, hipertenzijom te većom smrtnošću od ishemične srčane bolesti kasnije u životu.<sup>7</sup> Kad je riječ o uvjetima u kojima rade ljudi nižeg obrazovanja i društvenog statusa, nedovoljno nagrađen posao, rad u noćnoj smjeni i onaj povrh predviđene satnice povećavaju rizik od koronarne bolesti.<sup>8</sup> Zdravlje ugrožava profesionalna izloženost različitim toksičnim agensima, buci i ozljeđivanju, koja je češća na slabo plaćenim poslovima. Materijalna oskudica narušava obiteljske odnose, što loše djeluje na zdravlje. Pokazalo se da bračna nesloga može pogoršati prognozu u akutnom koronarnom sindromu i smanjiti razdoblje života bez kardiovaskularnih događaja.<sup>9</sup> Siromaštvo i manjkavo obrazovanje hendikep je na različitim razinama brige za zdravlje, od zakašnjelog prepoznavanja bolesti i traženja pomoći, do nedostatnog korištenja medicinskih kapaciteta zbog lošijeg pristupa zdravstvenim uslugama.

Međutim, više od izravnih efekata siromaštva na zdravlje, zastupnike socijalnih teorija bolesti zanimali su njegovi indirektni učinci i posljedice. Najvažnija od njih je socijalna izolacija. Definira se kao stanje koje karakterizira smanjen pristup zapošljavanju i materijalnim resursima, ograničena opskrba dobrima i uslugama, poremećena integracija u uobičajene kulturne procese i nedostatno sudjelovanje u odlučivanju i političkim procesima. Ukratko, to je stanje nemogućnosti participacije i pridonošenja građanskom društvu. Pomoću društvene izolacije objašnjava se kako siromaštvo proizvodi psihoemocionalne poremećaje. Isključeni pojedinci, najčešće nezaposleni, nerijetko i samci, lišeni su različitih oblika potpore, kao što je ona emocionalna i praktična, uključujući financijsku pomoć. Društvena podrška, odnosno broj osoba s kojima se čovjek druži i kvaliteta tih veza vrlo je važna jer amortizira različite stresore iz okoline. Uz financijske brige i nesigurnost svakodnevice, nedovoljna integriranost proizvodi osamljenost, beznade i cinizam te pogoršava osjećaj uskraćenosti zbog materijalne oskudice.

<sup>7</sup> (a) N. S. LEVITT i dr., Impaired glucose tolerance and elevated blood pressure in low birth weight, nonobese, young South African adults: early programming of cortisol axis, *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2000, 85, str. 4611-4618. (b) S. CARLSSON i dr., Low birth weight, family history of diabetes, and glucose intolerance in Swedish middle-aged men, *Diabetes Care*, 1999, 22, str. 1043-1047. (c) D. J. P. BARKER i dr., Weight in infancy and death from ischaemic heart disease, *Lancet*, 1989, 334, str. 577-580.

<sup>8</sup> (a) H. BOSMA i dr., Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease, *Am. J. Public Health*, 1998, 88, str. 68-74. (b) A. KNUTSSON i dr., Increased risk of ischaemic heart disease in shift workers, *Lancet*, 1986, 2, str. 89-92. (c) A. SACKER i dr., The relationship between job strain and coronary heart disease: evidence from an english sample of the working male population, *Psychol. Med.*, 2001, 31, str. 279-290.

<sup>9</sup> K. ORTH-GOMER i dr., Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study, *JAMA*, 2000, 284, str. 3008-3014.

Osim neimaštine same po sebi, postoji još nešto što u zakinutih osoba dodatno povećava stres i frustraciju. To su društvene razlike, nejednakost među ljudima, odnosno svijest o nepravednoj hijerarhiji na kojoj je utemeljena struktura društva. Tome naročito pridonosi medijska promocija bogatih i slavnih. Materijalna deprivacija ne proizvodi nezadovoljstvo dok su i drugi u sličnoj situaciji. Ono što stvara očaj je nejednakost. Ljudi i, što je još važnije, djeca, uviđaju da su nisko na društvenoj ljestvici i stradava njihovo samopouzdanje i optimizam. To stvara čitav niz negativnih emocija, od kroničnog neraspoloženja i potištenosti, preko depresije, do bijesa i agresije. A takva stanja predisponirajući su čimbenik bolesti i smrti.<sup>1,10</sup>

Da socijalna izolacija doista stoji života, potvrdila su istraživanja. Društveno isključeni pojedinci umiru po stopi koja je 2-3 puta viša od one za socijalno integrirane ljude.<sup>10</sup> Samački život, nedostatak osjećajne, praktične i socijalne potpore i nizak stupanj društvene integracije (danas postoje standardizirani načini mjerenja ovih kategorija) vezani su uz veći rizik od bolesti i prerane smrti.<sup>11</sup> Odsutnost društvene podrške dovodi do lošije prognoze i smanjenog preživljavanja među oboljelima od srčanih bolesti.<sup>12</sup>

Postoje brojne potvrde povezanosti siromaštva i negativnih psiho-emocionalnih stanja — kroničnog nezadovoljstva, potištenosti, depresije i agresivnosti. Jedno takvo istraživanje našlo je da ljudi s niskim primanjima više od tri puta češće pate od anksioznosti, dvostruko češće od poremećaja raspoloženja i dva i pol puta češće od alkoholizma.<sup>13</sup> Ova stanja nerijetko zahtijevaju psihijatrijsku pomoć.

Ostaje još pokazati da negativne emocije dovode do srčanožilnih bolesti i smrti te objasniti kako se to događa. Opservacijske studije de-

<sup>10</sup> I. KAWACHI, B. P. KENNEDY, Socioeconomic determinants of health: health and social cohesion: why care about income inequality?, *BMJ*, 1997, 314, str. 1037-1040.

<sup>11</sup> (a) I. KAWACHI i dr., A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA, *J. Epidemiol. Community Health*, 1996, 50, str. 245-251. (b) T. M. VOGT i dr., Social networks as predictors of ischaemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality, *J. Clin. Epidemiol.*, 1992, 45, str. 659-666. (c) H. HEMINGWAY, M. MARMOT, Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies, *BMJ*, 1999, 318, str. 1460-1467.

<sup>12</sup> (a) L. F. BERKMAN i dr., Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly, *Ann. Intern. Med.*, 1992, 117, str. 1003-1009. (b) H. M. KRUMHOLZ i dr., Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure, *Circulation*, 1998, 97, str. 958-964. (c) R. B. WILLIAMS i dr., Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease, *JAMA*, 1992, 267, str. 520-524.

<sup>13</sup> L. B. MAUKSCH i dr., Mental illness, functional impairment, and patient preferences for collaborative care in an uninsured, primary care population, *J. Fam. Pract.*, 2001, 50, str. 41-47.

monstrirale su veću učestalost bolesti u osoba s dugotrajnim negativnim emocionalnim stanjima. Depresija te depresivni i anksiozni sindromi predisponiraju za koronarni incident i pogoršavaju njegovu prognozu.<sup>11c</sup> Klinička depresija povezana je s trostruko većim rizikom velikih srčanih komplikacija u okviru poznate koronarne bolesti. Depresivni pacijenti imaju učestalije kardijalne simptome, a nakon akutnog infarkta skloniji su lošem ishodu.<sup>6</sup> Potištenost i depresija negativno utječu na pojavu, tijek i smrtnost od karcinoma.<sup>14</sup> Za osobe s izraženim osjećajem neprijateljstva i ljutnje također se pokazalo da češće oboljevaju i umiru od srčane i drugih bolesti.<sup>15</sup>

Velika, globalna INTERHEART studija demonstrirala je izraženu vezu akutnog srčanog infarkta s nezadovoljstvom na poslu, u obitelji, financijskim stresom i traumatskim životnim događajima.<sup>16</sup> Dodatnim upitnikom dokazana je korelacija infarkta i depresije. Pokazalo se da je povezanost ovih stanja i koronarne bolesti veća nego što se mislilo i da je učinak tih faktora sličan, neovisno o zemljopisnoj regiji, etnicitetu, dobi ili spolu ispitanika. Za nepoželjna stanja i emocije koji su istraživani u studiji korišten je termin »psihosocijalni čimbenik«. Taj se pojam koristi u suvremenim istraživanjima umjesto prijašnjeg pojma stres. Pod njim se podrazumijeva sklop negativnih psiholoških stanja poput depresije, agresije, bespomoćnosti i isključenosti, koja su društveno uvjetovana. Tako definiran psihosocijalni čimbenik općenito je pokazao nepovoljan utjecaj na razvoj i tijek organskih bolesti i na mortalitet te se danas smatra neovisnim faktorom rizika koronarne bolesti.<sup>6,16</sup>

Kad je riječ o načinu na koji psihosocijalni čimbenik dovodi do obolijevanja, za kardiovaskularne bolesti su razrađeni prihvatljivi biološki modeli. Dugotrajna patološka psihoemocionalna stanja djeluju na fiziološke procese. To se odvija preko neuroendokrinih i neuroimunoloških mehanizama, poglavito preko hipotalamo-hipofizno-adrenalne osovine i neurovegetativnog simpatičkog sustava. Poremećaj ravnoteže ovih sustava proizveden kroničnim stresom ima za posljedicu s jedne strane povišenje krvnog tlaka i promjenu, odnosno nepravilnost srčanog ritma. S druge strane povećava se inzulinska rezistencija, odnosno razina

<sup>14</sup> R. B. WILLIAMS, N. SCHNEIDERMAN, Resolved: Psychosocial interventions can improve clinical outcomes in organic disease (Pro), *Psychosom. Med.*, 2002, 64, str. 552-557.

<sup>15</sup> T. Q. MILLER i dr., A meta-analytic review of research on hostility and physical health, *Psychol Bull*, 1996, 119, str. 322-348.

<sup>16</sup> (a) S. YUSUF i dr., On behalf of the INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study, *Lancet*, 2004, 364, str. 937-952. (b) M. ROSENGREN i dr., Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study, *Lancet*, 2004, 364, str. 953-962.

glukoze u krvi i javlja se dislipidemija. Mijenjaju se karakteristike krvi u smislu hiperkoagulabilnosti i intenzivira se upalni odgovor. Dolazi do disfunkcije endotela i drugih promjena na žilnoj stijenci koje uz navedene poremećaje vode povećanoj sklonosti aterosklerozi i konačno njezinoj kliničkoj manifestaciji. Ovaj model dokazan je nizom znanstvenih istraživanja.<sup>17</sup>

Da je psiha moćan modulator bolesti i tegoba poznato je odavno — postoji cijela skupina tzv. psihosomatskih oboljenja, čiji se nastanak i tijek povezuje s negativnim emocijama. Svaki liječnik može svjedočiti da nepovoljne okolnosti života proizvode i pogoršavaju subjektivne smetnje bolesnika, kako psihičke tako i tjelesne, poput pritiska u prsima i umora. Takvi simptomi mogu biti predznak srčane bolesti, ali i ne moraju. Pacijenti često navode subjektivan osjećaj stresa i napetosti. No pokazalo se da sam doživljaj stresa, ako nije povezan s društvenom deprivacijom, ne bi predstavljao čimbenik rizika za koronarnu bolest. Ispitanici koji su naveli viši stupanj stresa, nakon praćenja od 21 godine samo su češće imali bolove u prsima, dok objektivnih znakova ishemije, porasta infarkta ili skraćanja života nije bilo. Međutim, kad u podlozi stresa postoji socijalna uskraćenost, dolazi do izražaja i objektivno mjerljiv štetan utjecaj na zdravlje srca.<sup>18</sup>

Konačno, negativne emocije proizvedene siromaštvom i društvenom nejednakošću, osim što same po sebi predisponiraju za bolest, stvaraju sklonost nepoželjnim oblicima ponašanja i nezdravome životnom stilu. Visok stupanj stresa proizvodi aktivnosti kojima je svrha smanjiti i ublažiti napetost, a to su pušenje, pijenje i jedenje. Epidemiologija nezdravih životnih navika govori tome u prilog.

Pušenje je uvjerljivo povezano s pripadnošću zakinujoj društvenoj klasi.<sup>5c</sup> U Velikoj Britaniji puši samo 10% žena i 12% muškaraca u najvišim socioekonomskim grupama, dok su u najnižima brojke tri puta veće — 35% žena i 40% muškaraca. U zemljama EU dvije najveće pušačke skupine su nezaposleni i fizički radnici. Intenzitet pušenja obrnuto korelira s razinom obrazovanja i veličinom prihoda. Europske države s nižim BDP-om imaju više prevalenciju pušenja od onih bogatijih. Smatra se da je pušenje odgovorno najmanje za polovinu razlike u smrtnosti između najbogatijih i najsiromašnijih muškaraca.<sup>19</sup> Ljudi s nižim prihodima konzumiraju više nezdravih namirnica, manje voća i povrća i nisu tjelesno

<sup>17</sup> S. STANSFELD, M. MARMOT, *Stress and the heart: psychosocial pathways to coronary heart disease*, London, BMJ Books, 2002.

<sup>18</sup> J. MACLEOD i dr., Psychological stress and cardiovascular disease: empirical demonstration of bias in a prospective observational study of Scottish men, *BMJ*, 2002, 324, str. 1247-1251.

<sup>19</sup> Pušenje i siromaštvo — zatvoreni krug, *Liječničke novine* br. 30, 15. lipnja 2004., str. 49.

aktivni kao oni imućniji. Osobe slabijeg obrazovanja unose hranom više soli, manje kalija i piju više alkohola.<sup>20</sup>

Brojna istraživanja pokazala su veću učestalost rizičnih kardiovaskularnih čimbenika — hipertenzije, debljine, dijabetesa, hiperlipidemije te kalcifikacije koronarnih arterija u osoba nižeg socioekonomskog statusa.<sup>5c, 20, 21</sup> Epidemiološka studija hipertenzije u Hrvatskoj našla je da je prevalencija hipertenzije najveća među populacijom najnižeg obrazovanja i s najnižim primanjima. Čak 48 posto hipertoničara ima prihode ispod 1800 kuna, a 75,5 % ispod 3000 kuna.<sup>22</sup>

Uz to što su nezdrave navike i nepoželjna biološka obilježja poput debljine češći u osoba nižih primanja i društvenog statusa, u prilog njihovoj vanjskoj uvjetovanosti govorila bi i činjenica da se teško mijenjaju. Primjerice, dijetu i pojačanu tjelesnu aktivnost, promjene ponašanja na kojima se temelji liječenje pretilosti, vrlo je teško ostvariti. Pokušaji redukcije težine najčešće su neuspješni ili proizvode zatvoreni krug mršavljenja i ponovnog debljanja. Autori istraživanja o pridržavanju i učinkovitosti četiriju popularnih redukcijskih dijeta na kraju su zaključili da je pridržavanje dijete bilo slabo i da su je uspjeli izdržati tek malobrojni ispitanici.<sup>23</sup> Zapažanje da je upravo u nižem socijalno-ekonomskom razredu nezdrav način života najtvrdokorniji dodatno potvrđuje socijalnu teoriju bolesti. U Norveškoj je između 1955. i 1990. godine među muškarcima s visokim prihodima prestalo pušiti njih 47 %, a među onima s niskim plaćama samo 12 %. Bogati muškarci u zemljama s visokim prihodima sve više odbacuju cigarete dok siromašnima to ne polazi za rukom.<sup>19</sup> Pokazalo se da inzistiranje na promjeni životnog stila, pa čak i u sklopu dobro osmišljenih preventivnih programa, ima smisla u bogatim zajednicama. Učinci takvih kampanja u skupinama niskog socioekonomskog statusa bili su vrlo skromni.<sup>6</sup>

Kad je riječ o preventivnim strategijama u borbi protiv bolesti, ono što ima smisla ciljati jest ishodište problema — siromaštvo, tim više što je njegov učinak na zdravlje širi i dalekosežniji od učinka nezdravih načina ponašanja. Pošto su u istraživanjima korigirane i eliminirane loše životne navike i rizični faktori, obolijevanje i smrtnost bili su i dalje veći među siromašnima, naročito kad se radi o srčanožilnoj patologiji. Čak i

<sup>20</sup> A. V. CHOBANIAN, M. HILL, National Heart, Lung, and Blood Institute Workshop on sodium and blood pressure, *Hypertension*, 2000, 35, str. 858-863.

<sup>21</sup> (a) M. KUMARI i dr., Prospective study of social and other risk factors for incidence of type 2 diabetes in the Whitehall II study, *Arch. Intern. Med.*, 2004, 164, str. 1873-1880. (b) H. M. COLHOUN i dr., Cross sectional study of differences in coronary artery calcification by socioeconomic status, *BMJ*, 2000, 321, str. 1262-1263.

<sup>22</sup> U Hrvatskoj 44 posto ljudi s povišenim krvnim tlakom, *Večernji list*, 8. prosinca 2004.

<sup>23</sup> M. L. DANSINGER i dr., Usporedba Atkinsove, Ornishove, »Weight Watchers« i Zona dijete s obzirom na smanjenje tjelesne težine i smanjenje rizika od srčanih bolesti, *JAMA-HR*, 2005, 2, str. 104-114, preneseno iz *JAMA* 2005, 293, str. 43-53.



kad je isključen učinak obrazovanja, grupa s najnižim primanjima imala je gotovo tri puta veći mortalitet od one s najvišim primanjima. Nizak prihod, dakle, i neovisno o lošim navikama i edukaciji pridonosi slabom zdravlju pa je siromaštvo danas prihvaćeno kao neovisan čimbenik rizika kardiovaskularnih bolesti.<sup>1, 24</sup>

### *Utjecaj siromaštva i nejednakosti na javno zdravlje*

Mnogo toga što se spoznalo o vezi siromaštva i zdravlja pojedinca može se preslikati na društvenu zajednicu. Zemlje s najnižim BDP-om su one s najlošijim zdravstvenim pokazateljima, dok bogatije zemlje imaju i zdravije stanovništvo. Međutim, i u najbogatijim državama siromaštvo nije nestalo i prema suvremenim shvaćanjima u socijalnoj medicini ima presudan utjecaj na javno zdravlje.<sup>1, 25</sup> Pri tom se ne radi toliko o izravnom učinku siromaštva, koliko o ekonomskoj i društvenoj nejednakosti. Na sličan način na koji putem frustracije i nepoželjnih psihoemocionalnih stanja dovodi do bolesti pojedinca, nejednakost putem patoloških društvenih mehanizama proizvodi i bolest društva.

Društvene razlike iskrsnule su kao bitna kategorija i odrednica zdravlja populacije u istraživanjima koja su dovršena devedesetih godina. Znanstvenici su, poglavito R. Wilkinson, I. Kawachi i B. Kennedy, na tom novom području otkrili da su dužina života i drugi pokazatelji zdravlja usko vezani uz strukturu društva, točnije rečeno, uz intenzitet nejednakosti njegovih članova. Povrh apsolutne razine prihoda, odnosno visine životnog standarda, ono što bitno determinira zdravlje jest distribucija prihoda u društvu, tj. *stupanj nejednakosti* u raspodjeli bogatstva. Što je veći raspon, odnosno rascjep u primanjima u jednoj zajednici, to je lošije njezino zdravlje, mjereno općim ili specifičnim mortalitetom (naročito kardiovaskularni, ali i onaj vezan uz malignome, te nasilnu i dojenačku smrtnost).<sup>26</sup> Kad je istraživao pojedine gospodarski razvijene države, Wilkinson nije našao jasnu vezu između bogatstva zemlje i zdravlja njezinih stanovnika. Međutim, uočio je značaj nejednakosti u prihodima. Japan, Island i Francuska, zemlje s najduljim trajanjem života, nisu najbogatije, ali imaju najmanju razliku u plaćama. SAD i

<sup>24</sup> P. M. LANTZ i dr., Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality, *JAMA*, 1998, 279, str. 1703-1708.

<sup>25</sup> R. HOFRICHTER, *Health and social justice: politics, ideology, and inequity in the distribution of disease*, San Francisco: Jossey-Bass, 2003. Dostupno na [http://media.wiley.com/product\\_data/excerpt/35/07879673/0787967335.pdf](http://media.wiley.com/product_data/excerpt/35/07879673/0787967335.pdf), Pristup 20. prosinca 2006.

<sup>26</sup> (a) R. G. WILKINSON, Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards?, *BMJ*, 1997, 314, str. 591-595. (b) B. P. KENNEDY i dr., Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood Index in United States, *BMJ*, 1996, 312, str. 1004-1007

Velika Britanija, s prilično širokim rasponom prihoda, imaju i slabije zdravstvene pokazatelje. Povezanost distribucije prihoda i zdravlja nije se odnosila samo na nacije, već je bila vidljiva i na lokalnoj razini. Američke Savezne Države s najmanjim rasponom plaća imaju dulje očekivano trajanje života nego one s većom razlikom. Slično je demonstrirano unutar Velike Britanije. Studije istih društava u različitim povijesnim razdobljima i okolnostima pokazale su da je sužavanje, odnosno širenje razlika u приходima vodilo produženju ili skraćivanju prosječnog trajanja života stanovništva, s naročito snažnom korelacijom u slučaju koronarne bolesti.<sup>10,27</sup>

Traganje za mehanizmima ove povezanosti dovelo je istraživače do pojma *socijalne kohezije*. Socijalna kohezija, nazvana i *socijalnim kapitalom* (R. Putnam), definirana je kao međusobno povjerenje članova društva i sudjelovanje u životu zajednice (volonterske udruge, sportski klubovi, zborovi, sindikati i sl.). To je predanost, posvećenost građana društvu i institucijama. Viši stupanj socijalnog kapitala znači veće uzajamno povjerenje, solidarnost i toleranciju među sugrađanima. Istraživanja su pokazala da društvena kohezija ili kapital obrnuto korelira s razlikom u приходima u zajednici. Istovremeno, obje su varijable povezane s mortalitetom. To je potaknulo istraživače na zaključak da je efekt nejednakosti u приходima na mortalitet posredovan degradacijom socijalnog kapitala. Naime, razlika između bogatih i siromašnih postaje neprihvatljiva zakinutima, dovodi do osjećaja nepravde, rađa nepovjerenje, sumnju, nezadovoljstvo i agresiju, što slabi osjećaj solidarnosti i povezanosti i vodi dezintegraciji društva. Negativni osjećaji, razgradnja obitelji i rastakanje društvene potpore i kohezije pokretač su bolesti pojedinca, ali i ishodište bolesnih pojava društva, odnosno socijalne patologije. Ne raste samo kardiovaskularni morbiditet i mortalitet; povećava se stopa samoubojstava, a zbog gubitka legitimiteta društvenih institucija i stopa kriminala, nasilja i ubojstava. Kao što društvena isključenost proizvodi bolest pojedinca, slom socijalne kohezije rađa socijalnu nestabilnost i degradaciju zdravlja zajednice. Zanimljivo je da se ne pogoršavaju samo indikatori zdravlja siromašnih, nego i oni koji govore o zdravlju bogatih. U zajednicama s velikim razlikama u приходima kakve su SAD i Velika Britanija sada već visoka društvena klasa ima lošije zdravstvene pokazatelje nego niža klasa u Švedskoj. Riječ je o tzv. *efektu pretakanja*. Dezintegracija društva čini da nasilje, ali i osamljenost i druga psihopatološka stanja koja prethode bolesti, pogađaju ne samo hendikepirane, nego i privilegirane. U svakom slučaju, deterioracija socijalnog kapitala vodi narušavanju zdravlja zajednice i drugim nepoželjnim sustavnim posljedicama, što može rezultirati smanjenjem

---

<sup>27</sup> I. KAWACHI, B. KENNEDY, R. G. WILKINSON, *The Society and Population Health Reader: Income inequality and health*, New York, The New York Press, 1999.

produktivnosti i političkom nestabilnošću te ugroziti funkcioniranje cijelog društva.<sup>1, 10, 27</sup>

Zagovornici teorije socijalnog kapitala smatraju da je društvena kohezija, odnosno njezina odrednica — ujednačena raspodjela bogatstva, uvjet blagostanja zajednice. Razlika između bogatih i siromašnih važnija je determinanta zdravlja nego općenita razina bogatstva jednog društva. Uz uvjet da su zadovoljene njihove osnovne potrebe, ljudi u jednoj zajednici bit će to zdraviji, što je manji raspon između najimućnijih i najsiromašnijih članova. Zdravlje zajednice, dakle, bitno je određeno političko-gospodarskim uređenjem.

Nacije koje su odoljele tržišnim reformama i zadržale socijalne elemente i orijentaciju u politici i gospodarstvu (Austrija, skandinavske zemlje, Danska) imaju bolje zdravstvene pokazatelje nego kršćansko-demokratske (Njemačka, Nizozemska, Belgija, Francuska, Italija) i anglosaksonske liberalne države (SAD, Velika Britanija).<sup>1, 25</sup> Stručnjaci s područja socijalne medicine i javnog zdravstva SAD, Velike Britanije i Kanade ukazuju na rast ekonomske i socijalne nejednakosti u svojim državama i na posljedice koje iz toga proizlaze. Razlike u prihodima i bogatstvu unutar SAD-a veće su nego u bilo kojoj industrijaliziranoj zemlji i od Drugog svjetskog rata se stalno povećavaju. U usporedbi s drugim razvijenim zemljama SAD ima najveći udio stanovništva na slabo plaćenim poslovima i najveći postotak siromašnih ljudi općenito. Država vrlo malo ulaže u socijalnu infrastrukturu koja predstavlja preduvjet za zdravlje i to se odražava na zdravstveni status zakinute društvene klase, pa onda i čitave populacije.<sup>25</sup> Kad je riječ o kardiovaskularnom zdravlju, američki epidemiolozi ukazuju na »upadljivu razliku u stopama kardiovaskularnog mortaliteta u ovisnosti o rasi/etnicitetu, socioekonomskom statusu i zemljopisnoj regiji«. Povezuju to s nejednakošću u prihodima i upozoravaju da »dostupni podaci sugeriraju da se rascjep u KV mortalitetu između siromašnih i neobrazovanih u usporedbi s bogatima i obrazovanima nije smanjio, nego možda i povećao«. Konstatiraju da »će biti teško ili nemoguće postići nacionalne ciljeve kontrole kardiovaskularnih bolesti naporima koji samo povećavaju razlike između grupa određene rasom/etnicitetom, socioekonomskim statusom ili zemljopisom«.<sup>28</sup>

Sudeći po riječima čelnih ljudi Agencije za razvitak zdravlja (HDA) i Britanske zaklade za srce (BHF), slično je i u Velikoj Britaniji: »Nejednakosti u zdravlju postoje — stopa smrtnosti za nekvalificirane radnike tri puta je veća nego za profesionalce, a razlika se bitno povećala u zadnjih 20 godina (...) socijalne razlike između bogatih i siromašnih razlog su

<sup>28</sup> R. COOPER i dr., Trends and disparities in coronary heart disease, stroke, and other cardiovascular diseases in the United States: findings of the National Conference on Cardiovascular Disease Prevention, *Circulation*, 2000, 102, str. 3137-3147.

tisućama smrti od koronarne srčane bolesti u Ujedinjenom Kraljevstvu svake godine«. <sup>29</sup> I u državama donedavno naglašene socijalne osjetljivosti, poput Kanade, došlo je do erozije socijalne politike i rasta društvenih razlika. Sada gornja polovina kanadskih obitelji posjeduje 94 % bogatstva, a donja samo 6 %. Indeksi nejednakosti rastu kao posljedica vladine politike smanjivanja poreza na prihode, izdvajanja za socijalnu infrastrukturu (zdravstvene, socijalne i obrazovne ustanove), slabljenja socijalnih transfera, javnih službi i politike zapošljavanja. Sve veći broj obitelji s djecom spušta se u niže društveno-ekonomske kategorije i predviđa se pogoršanje kardiovaskularnog zdravlja. <sup>1</sup>

I Hrvatska je po uspostavljanju samostalnosti preuzela kapitalističko gospodarsko-političko uređenje. U procesu prelaska na novi sustav primijenjen je model koji je doveo do masovnog gubitka radnih mjesta i osiromašio velik broj radnika i umirovljenika. Na to se nadovezalo uključivanje u globalizacijske procese, što je produbilo negativne sklonosti. Ne smije se zaboraviti da je rat imao i još uvijek ima svoje dramatične posljedice. Hrvatska je primila značajan broj doseljenika, prisutno je ubrzano starenje stanovništva, te stihijska urbanizacija s depopulacijom pojedinih područja zemlje. Prema izvješću Svjetske banke iz 2007. godine, na granici i ispod granice siromaštva u Hrvatskoj živi oko 21 % ljudi. <sup>30</sup> Ovo je slika hrvatske zbilje uzeta iz novina: »Kad bi se iz dohotka građana isključili socijalni transferi (razni oblici pomoći koje država iz proračuna transferira građanima), stopa rizika od siromaštva u Hrvatskoj dosegla bi čak 33,7 posto, pokazuju analize Državnog zavoda za statistiku. (...) Prema podacima Zavoda za statistiku, stopa relativnog siromaštva (koja se utvrđuje u odnosu na srednji dohodak u državi i kod nas je procijenjena na 60 posto tog dohotka) u Hrvatskoj je lani bila upola niža — 16,9 posto«, »U kartoteci Caritasa Zagrebačke nadbiskupije je 10.000 osoba kojima je potrebna pomoć. (...) Svake godine imamo porast od deset posto novopridošlih kojima je nužna naša pomoć«, »Za većinu od 4200 korisnika, ručak u pučkoj kuhinji vjerojatno je jedini topli obrok koji pojedu tog dana. Ustanova Grada Zagreba 'Dobri dom' godišnje pripremi oko 1,6 milijuna obroka«. <sup>31</sup> Osim naglog porasta siromaštva i nejednakosti, tranziciju u Hrvatskoj obilježava vrlo sporo uspostavljanje integriteta društvenih institucija. To proizvodi prolongiranu disfunkcionalnost sustava i obespravljenost širokih slojeva stanovništva koje doživljava najrazličitije vrste nepravde,

<sup>29</sup> Poverty raises heart attack risk. BBC News. 11 May 2001. Dostupno na <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/1323362.stm>, Pristup 8. studenoga 2007.

<sup>30</sup> S. ZAIDI, Croatia. Poverty levels and trends. The World Bank, January 2007. Dostupno na [www.worldbank.hr](http://www.worldbank.hr), Pristup 8. studenoga 2007.

<sup>31</sup> (a) Svaki šesti Hrvat ispod granice siromaštva, *Vjesnik*, 21. studenoga 2004. (b) J. BRAJŠA, Mali čovjek nije nikad tako loše živio kao danas, *Vjesnik*, 21. studenoga 2004. (c) 4200 Zagrepčana u redu za hranu, *Vjesnik*, 21. studenoga 2004.

od one od strane privatnih poslodavaca, pa do one zbog sporosti pravosuđa. Sve to proizvodi nesigurnost, teškoće u prilagodbi, frustraciju i negativna psihička stanja te predstavlja loš temelj za zdravlje ljudi. Uzevši sve to u obzir, a u svjetlu novih spoznaja socijalne medicine, velik kardiovaskularni pobol i smrtnost, a i visok broj samoubojstava te rastući broj ubojstava u Hrvatskoj ne treba previše čuditi.

U sklopu socijalne medicine i javnog zdravstva postoji naglašena kritika suvremenog kapitalističkog gospodarsko-političkog modela. Riječ je o sustavu koji je zadnjih dvadesetak godina ojačao i globalno prevladao, utemeljen je na načelu slobodnog protoka robe i kapitala, a karakterizira ga liberalizacija tržišta i deregulacija, tj. smanjenje državne kontrole i intervencija. Za razliku od socijalnog modela, on stimulira privatizaciju na svim područjima i pogoduje privatnom poduzetništvu koje je relativno rasterećeno od poreznih davanja. To ima za posljedicu smanjeno investiranje u socijalnu infrastrukturu i nedostatak sredstava u javnim fondovima - onima za obrazovanje, znanost, zdravstvo i socijalnu skrb. Ovakav gospodarsko-politički ustroj privilegira bogati sloj društva, dok oni manje imućni ostaju zakinuti. Mehanizmi održavanja društvene i ekonomske pravednosti slabe. Ne uspijeva se reducirati siromaštvo, a razlika u prihodima i društvena nejednakost se povećavaju.

I sami javnozdravstveni stručnjaci iz anglosaksonskih zemalja žestoko kritiziraju neoliberalni kapitalistički model i proglašavaju ga glavnim uzročnikom lošeg zdravlja. Autori okupljeni u knjizi »Zdravlje i socijalna pravda: politika, ideologija i nejednakost u distribuciji bolesti« ukazuju da kapitalističko društvo proizvodi i perpetuira nejednakost jer je ona ugrađena u njegovu strukturu. Liberalni kapitalistički sustav pored socijalne vrijednosti privilegira tržišnu i više vrednuje interese korporacija nego potrebe zajednice, obitelji i ekosustava. Političke stranke prihvaćaju enormne potpore za svoje izborne kampanje i tako vlade dolaze pod nadzor korporacija i bogatih pojedinaca koji time stječu političku moć. U ime svojih interesa oni onda ograničavaju autoritet države i onemogućuju implementaciju politike koja smanjuje ekonomsku nejednakost, degradaciju okoliša i nasilje, tj. mjera koje stvaraju uvjete za bolje zdravlje ljudi. S ciljem povećavanja svoga profita, kapital stimulira legislaciju koja mu smanjuje izdatke i omogućava nesmetano širenje. Sprječava se donošenje zakona koji reguliraju sferu rada, tj. sigurnost zaposlenja, primjerene plaće, zaštitu na radu i organiziranje sindikata, potom socijalnih zakona koji propisuju naknade za nezaposlene i najsiromašnije, zakona koji šire dostupnost edukacije, štite okoliš itd.<sup>25</sup>

Na području zdravstva ograničava se pravo na zdravstvenu skrb širokim slojevima, što uz poticanje privatizacije i tržišnog poslovanja vodi tome da se sustav okreće bogatijim pacijentima koji mogu platiti

zdravstvenu uslugu, dok siromašnima ona postaje teško dostupna. U SAD-u zdravstveno osiguranje sebi ne može priuštiti čak 40 milijuna ljudi i računa se da zbog toga godišnje umre njih 18.000.<sup>32</sup> Tako zdravstveni sektor dodatno pridonosi već izraženoj nejednakosti u zdravlju koja se stvara na sustavnoj razini. Nezadovoljavajući pristup zdravstvenoj službi jedan je od elementa koji smanjuje ukupnu efikasnost američkog zdravstvenog sustava. Naime, njegovi rezultati u zaštiti zdravlja ni izdaleka ne odgovaraju veličini ulaganja. SAD ima apsolutno i relativno najskuplji zdravstveni sustav na svijetu; u 2003. godini stajao je 1,6 bilijuna dolara ili 14 % BDP-a. Unatoč tome, na ljestvici zdravlja populacije (mjenog pomoću 16 indikatora kao što su smrtnost novorođenčadi i male djece, niska porođajna težina, očekivano trajanje života itd.) od 13 industrijaliziranih država, među kojima su najrazvijenije zemlje Europe, Japan i Kanada, SAD zauzima predzadnje, 12. mjesto. U analizi SZO-a, koja se služila nešto drugačijim pokazateljima zdravlja, bio je rangiran kao 15. od 25 industrijaliziranih zemalja. Osim ograničenog pristupa zdravstvenoj skrbi i nejednakosti u приходима (od 13 država iz spo-menutog istraživanja, po veličini razlike u primanjima SAD je bio na 3. mjestu), kao razloge slabog zdravlja Amerikanaca analitičari ističu zapostavljenost primarne zdravstvene zaštite u odnosu na specijalistiku te ijatrogene štetne učinke. Privatni biznis u medicinu uvodi tehnologiju koja proizvodi nevjerojatnu štetu. Računa se da je u SAD-u medicina uzrokom najmanje 225.000 smrti godišnje — uz 106.000 umrlih od nepredviđenih nuspojava lijekova tu su i žrtve medicinskih pogrešaka, dijagnostičkih i kirurških zahvata, od kojih su brojni nepotrebni, te hospitalnih infekcija. Procjene koje uzimaju u obzir i izvanbolničke smrti, one od dekubitusa i pothranjenosti u staračkim domovima i sl., dosežu čak brojku od 780.000 smrti godišnje.<sup>33</sup> Neefikasnosti sustava pridonose visoki troškovi koji nastaju zbog umjetne potražnje za zdravstvenim uslugama i proizvodima koju donosi komercijalizacija. Preširoko indiciranje skupih, stručno i etički često spornih dijagnostičkih i terapijskih postupaka posljedica je kako privatizacije kliničke prakse, tako i privatizacije medicinske znanosti i edukacije, fenomena koji je u najnovije vrijeme dosegao zabrinjavajuće razmjere. U svakom slučaju, kad sustavom upravlja interes kapitala i logika tržišta, njegova učinkovitost pada i njegova temeljna funkcija, zadovoljavanje zdravstvenih potreba i dobro javno zdravlje, odlazi u drugi plan. Kritičarka američke zdrav-

<sup>32</sup> Modeli razvoja dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja kod nas i u svijetu, *Liječničke novine* br. 34, 15. studenoga 2004., str. 8.

<sup>33</sup> (a) B. STARFIELD, Is US health really the best in the world?, *JAMA*, 2000, 284, str. 483-485. (b) G. NULL i dr., Death by medicine. Life Extension Foundation. March 2004. Dostupno na [http://www.lef.org/magazine/mag2004/mar2004\\_aws\\_death\\_02.htm](http://www.lef.org/magazine/mag2004/mar2004_aws_death_02.htm), Pristup 16. kolovoza 2006.

stvene skrbi reći će bez puno uvijanja: »Doista, prvi smo od svih nacija u trošenju za zdravstvenu skrb, ali taj novac se ne koristi za našu dobrobit. On ide za zadovoljavanje korporacijske pohlepe.«<sup>34</sup>

Iako se (socijal)demokratske vlade više od konzervativnih zalažu za socijalnu infrastrukturu, u SAD-u se procesi degradacije javnog sektora prate kontinuirano od 1973. godine. Od tada pada i utjecaj radničke klase. Zanimljivo je da postoji korelacija između moći radničke klase i zdravlja populacije. Autori prije spomenute knjige ne kriju da se u stvari radi o pitanju političke moći i ukazuju da stope mortaliteta i morbiditeta ovise o stupnju političke participacije. Siromašni su bolesniji jer imaju smanjen pristup odlučivanju o temama koje se tiču njihova zdravlja, kao što i njihovo siromaštvo proizlazi iz nemogućnosti utjecanja na odluke koje određuju njihove prihode. Loše zdravlje i nizak ekonomski status velikih dijelova pučanstva posljedica su slabljenja demokracije u liberalnom kapitalističkom društvu. U takvom sustavu s ograničenom demokracijom i krizom vladanja, moć se koncentrira u rukama malog broja vlasnika velikih korporacija i njihov kratkoročni financijski interes nadvladava javno dobro, pa i javno zdravlje. Korporacije oblikuju koncept zdravlja i bolesti te usmjeravaju znanost i edukaciju. Određuju poželjne ekonomske modele, pa na snagu dolazi onaj koji forsira tržište i ekonomski rast, mada se zna da ne uvažava potrebe većine ljudi te da ne može smanjiti siromaštvo. Kapital diktira i političke modele, primjerice, postojeći stranački predstavnički sustav, koji ne osigurava ispravnu i realnu reprezentaciju političke volje i raspoloženja stanovništva. Kontrolom medija sužava diskurs i ograničava kritičko promišljanje, te ideologiju tržišta i odgovarajući društveni ustroj nameće kao jedine i neizbježne.<sup>25</sup>

### *Utjecaj siromaštva i nejednakosti na globalno zdravlje*

Ako zemaljsku kuglu shvatimo kao jedinstveni organizam, a u globalnoj eri moramo, sve što je rečeno o značaju siromaštva i razlika u prihodima na zdravlje lokalne zajednice, vrijedi i za svijet u cjelini. Krajnje siromaštvo kakvo nalazimo u zemljama Trećeg svijeta ima devastirajući učinak na zdravlje njihovih stanovnika i utječe na lošu sliku ukupnog zdravlja na planeti, a jaz između bogatih i siromašnih dovodi do globalne nestabilnosti i »prelijeva« se u razvijeni dio svijeta (terorizam, AIDS). Odgovorni analitičari svjetske ekonomije slažu se da je forsiranje gospodarskog rasta uz zanemarivanje jednakosti uništavajuće za svaku zajednicu, pa i za čitavu planetu.

<sup>34</sup> K. DEOUL, *Cancer cover-up: an indictment of Big Medicine and their suppression of the cesium cancer therapy*, West Caldwell: Cassandra Books, 2001. Dostupno na [www.cassandrabooks.com/coverup/footnotes.htm](http://www.cassandrabooks.com/coverup/footnotes.htm), Pristup 6. prosinca 2006.

Svjetska zdravstvena organizacija proglasila je siromaštvo najvažnijim uzrokom bolesti i smrti na Zemlji. Izvještaj SZO-a o stanju svjetskog zdravlja iz 1995. započinje ovim rečenicama: »Najveći svjetski ubojica i glavni uzrok lošeg zdravlja i patnje na planetu naveden je gotovo na kraju Međunarodne klasifikacije bolesti. Dodijeljena mu je šifra Z59.5 — ekstremno siromaštvo.«<sup>35</sup> Petina svjetskog čovječanstva živi u krajnjoj materijalnoj oskudici. To se reflektira na loše zdravlje i preranu smrt. Siromaštvo ubija izravno i neizravno. Ljudi umiru zbog gladi jer hrane nema ili je ne mogu platiti, zbog bolesti kojima su skloni zbog pothranjenosti, zbog nedostatka lijekova i cjepiva, niskog higijenskog i sanitarnog standarda i niza drugih nepoželjnih pojava vezanih uz siromaštvo kao što su slabo obrazovanje, stres, raspad obitelji i zlouporaba alkohola, droga i cigareta.

Pothranjenost, odnosno niska tjelesna težina majki i djece prvi je po redu i najvažniji nosilac i čimbenik globalnog tereta bolesti (gubitka kvalitetnog života zbog bolesti) na planetu. Radi se, u stvari, o eufemizmu koji SZO rabi za bolest i smrt zbog gladi. Pothranjenost predisponira za bakterijske i parazitarne infekcije koje odnose milijune ljudskih života. Ona se u većini svijeta smanjila, no u podsaharskoj Africi još je uvijek u porastu. Drugi uzrok globalnog tereta bolesti je spolni odnos bez zaštite (AIDS), slijedi povišeni krvni tlak, pušenje duhana i alkohol. Ako se analiza ograniči na svijet u razvoju, nakon pothranjenosti i spolnog odnosa bez zaštite slijedi zagađenje vode, nizak sanitarni i higijenski standard, a potom nedostatak nekih nutrijenata kao izraza neishranjenosti (cinka, željeza i vitamina A).<sup>36</sup>

U pozadini podataka o globalnom produženju trajanja života i poboljšanju zdravstvenih pokazatelja leže neprihvatljive razlike u zdravlju. Prema podacima SZO-a očekivano se trajanje života na planetu povećalo, ali ne i u Africi gdje se od 1990. do 2000. smanjilo za 2,9 godina. Prosječno trajanje života u najsiromašnijim afričkim zemljama tek je nešto duže od 40 godina. Dijete u Africi ima 13 puta veći rizik smrti od djeteta u Europi. Jaz između bogatih i siromašnih najmanje je tako velik kao prije 50 godina i postaje sve veći.<sup>37</sup> Članovi humanitarne organizacije Liječnici bez granica tvrde da se za velik dio svijeta zdravstveni uvjeti pogoršavaju.<sup>38</sup> U siromašnim zemljama uspostavljen je začarani krug

<sup>35</sup> The world health report 1995. WHO. Dostupno na [http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf) Pristup 7. kolovoza 2006.

<sup>36</sup> M. EZZATI i dr., Selected major risk factors and global and regional burden of disease, *Lancet*, 2002, 360, str. 1347-1360.

<sup>37</sup> The world health report 2003. WHO. Dostupno na [www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf), Pristup 8. kolovoza 2006.

<sup>38</sup> B. PECOUL, Access to essential drugs in poor countries. A lost battle?, *JAMA*, 1999, 281, str. 361-367.



siromaštva i bolesti, no posredstvom globalne prostorne komunikacije, opasnost prijete i razvijenim društvima.

Svake godine u svijetu umire 12,2 milijuna djece do pet godina (toliko je stanovništvo Švedske i Norveške). Te smrti bi se mogle spriječiti za iznos od nekoliko centi po djetetu, no njime ne raspolažu obitelji, a čini se ni vlade u siromašnom dijelu svijeta. Zbog nedostatnog cijepljenja umire 2,4 milijuna male djece, zbog infekcija dišnih putova, poglavito upale pluća koja se može liječiti jeftinim antibioticima, 4 milijuna, a 3 milijuna zbog proljeva koji se uglavnom uspješno rješava rehidracijskim solima po cijeni od prosječno 0,07 dolara. Od ukupne globalne smrtnosti 32 posto otpada na infektivne i parazitske bolesti od kojih je većina sprječiva i izlječiva. Malaria ubija 2 milijuna ljudi godišnje, a TBC više od 2,5 milijuna. Lijekovi su jeftini — šestomjesečno liječenje antituberkuloticima stoji 13 do 30 dolara po osobi. U Africi od side boluje 25 milijuna ljudi. Liječenje je skupo, no bolest bi se mogla ograničiti preventivnim postupcima uz razmjerno mala financijska sredstva.

Bolesti od kojih pati stanovništvo Trećeg svijeta mogle bi se u velikoj mjeri spriječiti i izliječiti, ne samo jeftinim lijekovima i cjepivom, nego poglavito zahvatima koji smanjuju neimaštinu. Međutim, to se ne događa. Velik dio svijeta desetljećima živi u jednakoj ekonomskoj bijedi, a razlike između bogatih i siromašnih se povećavaju. Kasnih devedesetih najbogatija petina svjetskog stanovništva imala je 86% svjetskih dobara, a ona najsiromašnija samo 1%.<sup>39</sup> Glavnu odgovornost za ovakvo stanje snose globalni centri moći, a to su opet velike korporacije u sprezi s politikom. Koristeći se metodama pritiska, one univerzalno šire i održavaju gospodarski poredak koji im omogućuje maksimalnu ekspanziju kapitala. Načelo slobodne ekonomije i trgovine koje pogoduje bogatima i moćnima u slabije razvijenim zemljama dovodi do gušenja njihove vlastite proizvodnje, orijentacije na uvoz skupe tehnologije, zaduživanja i sve većeg siromašenja. Slobodno tržište pustoši lokalna prirodna bogatstva i ljudske resurse, onemogućuje nacionalnim vladama da utječu na vlastitu ekonomsku praksu ili održava vlasti koje umjesto u nacionalno gospodarstvo i znanje »ulažu« u vlastite bankovne račune i račune velikih korporacija. Globalizacija generira veliku nestabilnost i nejednakost u društvima širom svijeta i u takvim okolnostima zdravstveni problemi nerazvijenih ne samo da se ne rješavaju, nego se pogoršavaju. Transnacionalni kapital doslovno uništava ljudske živote u siromašnome svijetu.

<sup>39</sup> 75 godina Škole narodnoga zdravlja (ŠNZ) »Andrija Štampar« priča je o uspjehu, *Liječničke novine* br. 13, 15. listopada 2002., str. 43.

Summary

*Social factors of disease*

Both circumstances and conditions of human life, as defined by social environment, are considered as essential health factors. Recently, these factors are regarded as even more important. Social catastrophes, such as a war, significantly affect population health. During a peacetime, human life conditions depend on both the wealth of the society and social-political system. In totalitarian regimes the population health is threatened by shortages of goods, and by physical and mental abuses, including massacring of people. Developed modern societies give optimal opportunities for long and healthy life. However, those societies differ between each other, as well, on the basis of economic and political structure and disparities are observable in the average income, range of salaries, extent of social differences, and functioning of health systems. All these parameters influence the health status and define the population that will be affected by risk of illness. Modern society has not eradicated poverty and inequality. Just as hundred or two hundred years ago, it seems that these categories are still responsible, in spite of different epidemiology and better life conditions, for the most of the contemporary pathology.