

Wojciech Bielecki

(Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Patologii Społecznych)

Markery ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych (CNCDs) a proces modernizacji biomedycznej społeczeństwa – wyzwania i dylematy współczesności

Wstęp

Modernizacja pojmowana jako proces społeczny, opisywany i interpretowany na gruncie teorii przemian społecznych (tzw. socjologia zmiany), wyraźnie nawiązuje do reguł ewolucjonizmu, przyjmując, iż źródło wszelkich przemian tkwi niejako wewnątrz każdego społeczeństwa. Tego rodzaju rozwój liniowy, zakładający konieczność przejścia przez wszystkie jego stadia wiąże się z przeświadczeniem, iż owe zmiany są nieuchronne i co więcej – nieodwracalne; ich stopniowy, narastający charakter, nacechowany jest progresywizmem (procesy modernizacji prowadzą do powszechnej poprawy jakości życia społecznego), oznaczającym w gruncie rzeczy przejście od tradycjonalizmu do nowoczesności (Giddens 2008: 87; Beck i in. 2009)¹. Co więcej, pojawia się tu również pojęcie „późnej nowoczesności”, czyli tej fazy rozwoju, w której najważniejsze ze społecznego punktu widzenia cechy nowoczesności przybierają coraz to bardziej wyrazistą postać. Wielowymiarowa globalizacja, łącząca się z koniecznością niemal bezwzględnego i powszechnego zaufania do skomplikowanych technologii, relatywnie niski poziom transparentności życia społecznego z jednej strony i z drugiej – „społeczeństwo sieci” czy wreszcie – nowe formy ryzyka na masową skalę, to najważniejsze cechy tak rozumianej modernizacji. Analogie, czy też paralele tego typu sytuowane w ramy medycyny, wydają się ze wszech miar uprawnione. Medycyna jako jeden z wielu subsystemów społecznych, podlegała i nadal

¹ Wg A. Giddensa „nowoczesność” – to nazwa skrótowa nowoczesnego społeczeństwa lub cywilizacji przemysłowej, gdzie świat postrzegany jest jako transformowalny przez ludzkie działania, gdzie funkcjonują skomplikowane instytucje gospodarcze, w tym produkcja przemysłowa i gospodarka rynkowa oraz gdzie istnieją instytucje polityczne, w tym państwo narodowościowe oraz demokracja masowa (przyp. autora – W. B.)

podlega niemal wszystkim mechanizmom modernizacyjnym; niezależnie od przyjmowanej płaszczyzny teoretyczno-wyjaśniającej (funkcjonalizm, teorie konfliktu, interakcjonizm, teorie wymiany społecznej), stanowi poważny problem społeczny (Turner 1998:174–176, Ritzer 2004:310). Imobilność systemowa opieki zdrowotnej i rozmaite kontrowersje związane ze sposobami pełnienia profesjonalnych ról medycznych, ale także – by posłużyć się znanym określeniem Alvina Tofflera – ról prosumenckich, oraz automedycyna (czyli idea zachęcająca ludzi do wykonywania prostych praktyk lekarskich w trosce o własne zdrowie – *self care*), to tylko niektóre egemplifikacje problemu.

Proces modernizacji biomedycznej społeczeństwa niesie ze sobą niejako *ex definitione* – różnego rodzaju zagrożenia. Truizm ten, odnoszący się z jednej strony do niebywałego wręcz progresu, jaki dokonuje się współcześnie w zakresie stosowanych procedur leczniczych (procesy technicyzacji, informatyzacji etc., zmieniające często w sposób wcześniej niewyobrażalny paradygmat medycyny euroamerykańskiej), z drugiej strony – egemplifikuje narastający niezwykle dynamicznie społeczny krytycyzm wobec wielu aspektów owych zmian. Mamy do czynienia ze swoistą erozją wyobrażeń społecznych, dotyczących postępu i modernizacji *per se*; postępu pojmowanego jako stopniowe wypieranie wszystkiego co stare, modernizacji zaś – jako nieuchronnego przewyciężania tradycji, którą traktuje się na ogół w kategoriach stagnacji i wstecznicstwa (Kurczewska, Szacki 1984:8).

Kwestie dotyczące współczesnych zagrożeń w relacji do zdrowia populacyjnego, nie stanowią w tej mierze wyjątku. Nieprzewidywalne i zarazem niepożądane efekty charakteryzujące owo stadium, są z jednej strony najbardziej typową cechą życia społecznego, z drugiej w sposób oczywisty wiążą się ze skutkami ubocznymi rozwoju wiedzy i poziomu refleksyjności społecznej (Bielecki 2012:31–57). Przewlekłe choroby niezakaźne, w sposób globalny zmieniają społeczną recepcję świata (relacje ze światem – zarówno w sensie fizycznym, jak i w sensie psychicznym); stają się swoistym pryzmatem, przez który postrzegamy rzeczywistość i nasze z nią związki.

CNCDs – kontekst socjo-ekonomiczny i epidemiologiczny

Przewlekłe choroby niezakaźne (CNCDs), osiągają współcześnie w całym świecie rozmiary epidemii. Obejmując uwarunkowania sercowo-naczyniowe (głównie choroby serca i zawały), niektóre postaci nowotworów, choroby układu oddechowego oraz cukrzycę typu drugiego – są niezwykle interesujące w sensie socjologicznym; oddziałują na ludzi

w każdym wieku, wszystkich narodowości i klas społecznych. Globalnie, mają największy udział sprawczy wśród przyczyn śmierci i kaleczenia, „objasniając” w ten sposób około 60% wszystkich zgonów na całym świecie. Są też przyczyną około 44% ogółu tzw. zgonów przedwczesnych (Daar, Singer 2007: 494–496).

Tabela 1. Odsetek zgonów z powodu CNCDs we wszystkich grupach wieku w wybranych krajach świata

KRAJ	% ZGONÓW
Bośnia i Hercegowina	95
Czarnogóra	
San Marino	
Chorwacja	92
Niemcy	
Włochy	
POLSKA	89
Burkina Faso	21
Czad	
Zimbabwe	
Niger	16

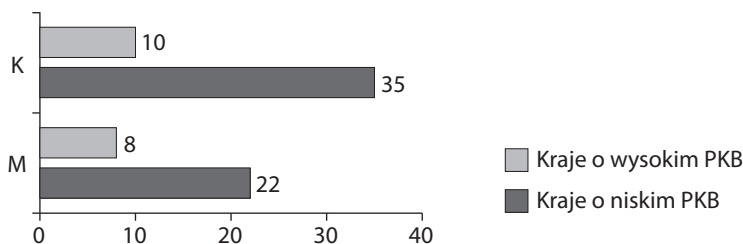
Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Noncommunicable diseases country profiles 2011* (WHO 2011).

W większości krajów o średnich i wysokich dochodach, choroby te są odpowiedzialne za większą liczbę zgonów, aniżeli wszystkie inne przyczyny śmierci. Jasne jest zatem, iż mowa tu o takim ich profilu, który pokazuje wyraźny związek śmiertelności z poziomem PKB; standaryzowane współczynniki zgonów ze względu na wiek są najwyższe w krajach o niskim i niższym średnim poziomie PKB – kraje te mają najwyższy odsetek zgonów ludzi poniżej 60. roku życia. Warto dodać, iż współczynniki śmiertelności, czyli stosunek zgonów z powodu danej choroby do liczby chorych na tę właśnie chorobę, w przypadku przewlekłych chorób niezakaźnych pokazują następujący obraz: więcej niż 70% zgonów z powodu CNCDs notuje się właśnie w krajach o niskim i średnim dochodzie – PKB (Leeder i in. 2004).

Konsekwencje chorób niezakaźnych są wielowymiarowe – społeczne, emocjonalne, ekonomiczne i dotkliwie uderzają w rozwój gospodarczy danego kraju, zwiększając np. koszty leczenia i utraconej produktywności, a co za tym idzie – powodują straty w dochodzie narodowym. Społeczne koszty nierobienia niczego w tej materii, w ciągu paru najbliższych dekad prawdopodobnie osiągną tryliony dolarów;

szacuje się np., że w ciągu 10 lat, Chiny, Indie i UK utracą wskutek tej przyczyny odpowiednio: 558 mld, 237 mld i 33 mld dolarów, częściowo w wyniku zredukowanej produktywności ekonomicznej.

Więcej niż 9 mln spośród tych zgonów dotyczy ludzi przed 60. rokiem życia (90% przypadków przedwczesnej śmierci spowodowanej chorobami niezakaźnymi ma miejsce w krajach rozwijających się) i – jak się powszechnie sądzi – można było im skutecznie zapobiec. Te tzw. przedwczesne zgony dotyczą około 22% mężczyzn i 35% kobiet w krajach o niskim dochodzie (PKB) i około 8% mężczyzn i 10% kobiet w krajach o wysokim dochodzie (Bloom i in. 2011; Alwan i in. 2010: 1861–1868).



Wykres 1. Odsetek tzw. zgonów przedwczesnych (przed 60. rokiem życia) z powodu CNCDs w 2008 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Noncommunicable diseases country profiles 2011* (WHO 2011)

Epidemiologiczny wymiar głównych „atrybutów” zjawiska w ocenie ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia nie pozostawia żadnych złudzeń. I tak np. choroby układu sercowo-naczyniowego (*Cardiovascular diseases* – CVD), WHO mianowało „zabójcą nr 1” na świecie. Dane wskazują, że każdego roku z powodu chorób sercowo-naczyniowych umiera więcej ludzi niż z jakiegokolwiek innej przyczyny (WHO 2011). W 2008 r. z tego powodu zmarło 17,1 mln ludzi, co stanowiło 29% wszystkich zgonów na świecie; wśród nich 7,2 mln było spowodowanych chorobą niedokrwienną serca, a 5,7 mln – udarem mózgu.

Postęp medycyny spowodował, że choroby nowotworowe stały się także chorobami przewlekłymi. W 2008 r. rak był przyczyną 7,6 mln zgonów, co stanowiło ok. 13% wszystkich zgonów (Sun i in. 2008, *The Lancet* 2010: 1665), zaś w Polsce – dwukrotnie więcej tj. 26%. W USA, choroby nowotworowe są zabójcą numer 2 (1,5 mln nowych przypadków rocznie i 560 000 zgonów). W indywidualnym wymiarze, w ciągu całego życia ryzyko zachorowania na nowotwór wynosi 41%, a zgonu z jego powodu 21%. Najwięcej nowotworów, bo około 1/3, spowodowana jest paleniem papierosów. W Polsce nowotwory to również druga pod względem liczby przyczyna zgonów. Tylko w 2009 r. na choroby nowotworowe

zachorowało ponad 138 tys. osób, a liczba odnotowanych zgonów właśnie z tego powodu wynosiła 93 tys. Najwięcej zachorowań notuje się u osób w wieku 50–79 lat, a w związku z procesem starzenia się społeczeństwa zagrożenie będzie wzrastać. Według prognoz WHO w 2025 r. na świecie będzie 27 mln zachorowań na raka; w Polsce liczba nowych przypadków sięgnie 176 tys.

Według tych samych danych, 180 mln ludzi na świecie choruje na cukrzycę, a do 2030 r. szacowane jest podwojenie tej liczby. W 2008 r. z powodu cukrzycy na świecie zmarło aż 1,3 mln. Prawie połowa zgonów z powodu cukrzycy dotyczyła osób powyżej 70. roku życia, a prawie 80% występowało w krajach o niskim i średnim dochodzie narodowym. Szacuje się, że jeżeli nie zostaną podjęte zdecydowane działania, śmiertelność spowodowana cukrzycą wzrośnie w następnych 10 latach o ponad 50% (Fact Sheet N312 2009). Generalnie, liczba zgonów z powodu chorób niezakaźnych wzrosła w latach 1990–2010 o prawie 8 mln i stanowią one obecnie dwie trzecie (34,5 mln) wszystkich zgonów na świecie. W 2010 r. zmarło o 38% więcej niż przed dwudziestu laty chorych na nowotwory (8 mln); w 19% (1,5 mln zgonów) przyczyną był rak oskrzeli oraz płuc. Dla porównania – choroba niedokrwienna serca i udar mózgu były przyczyną zgonu w sumie 12,9 mln osób, tj. każdej jednej na cztery osoby zmarłe w 2010 r. (w porównaniu z jedną piątą w 1990 r.). Natomiast z powodu cukrzycy zmarło 1,3 mln osób, czyli dwa razy więcej niż w 1990 r. (Lozano i in. 2012: 20–95).

Wreszcie – przewlekłe choroby układu oddechowego (*Chronic Respiratory Diseases* – CRD), do których należy: astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), alergiczny nieżyt nosa, obturacyjny bezdech senny i zwłóknienia płuc, są kolejnym wyzwaniem dla światowej medycyny XXI w. Dzieje się tak, ponieważ do dziś nie znaleziono skutecznego sposobu walki z tymi chorobami, ani zahamowania wysokiej i wciąż rosnącej śmiertelności będącej ich skutkiem. Około 300 mln osób na świecie choruje na astmę, a dodatkowe 100 mln ludzi zachoruje na nią do 2025 r. Na POChP na świecie choruje 200 mln ludzi, natomiast 600 mln – na alergiczny nieżyt nosa. Ponad 4,2 mln osób na świecie umiera każdego roku z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego, w tym ok. 2 mln na POChP i około 255 tys. na astmę; jest to obecnie trzecia przyczyna zgonów na świecie z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych.

Ważne jest także i to, że z tymi wysokimi wartościami współczynników śmiertelności powiązane są wprost markery ryzyka o różnej przecież proveniencji. Są to przede wszystkim czynniki behawioralne (nadużywanie alkoholu, konsumpcja tytoniu, niski poziom aktywności fizycznej, zła dieta itp.) oraz czynniki metaboliczne (nadciśnienie tętnicze, wysoki poziom cholesterolu frakcji LDL, hiperglikemia czy też

nadwaga i otyłość). W jednym i drugim przypadku, owe *risk factors* związane są przede wszystkim ze stylem życia, który sam w sobie – według Reinharda Bendixa pojmowany właśnie na sposób uczestniczący – paradoksalnie oznacza nowoczesność (Kurczewska, Szacki 1984: 112).

Symptomatyczne jest też tutaj zjawisko tzw. agregacji (współwystępowania) zarówno markerów ryzyka, jak i samych chorób przewlekłych. O ile np. w 2005 r. u 44% Amerykanów rozpoznano przynajmniej jedno schorzenie przewlekłe, a u 13% występowały trzy lub więcej schorzeń przewlekłych, o tyle prognozuje się, że w 2020 r. liczba obywateli USA z chorobami przewlekłymi wyniesie 150 milionów, a z wieloma chorobami jednocześnie – 81 milionów (Lancet 2009: 175).

Socjopatogeneza problemu

Przewlekłe choroby niezakaźne – powtórzmy raz jeszcze – są zjawiskiem niezwykle interesującym z socjologicznego punktu widzenia, nie tylko dlatego, że dotyczą ludzi obojga płci, z wszystkich kontynentów i krajów, klas i warstw społecznych oraz – w pewnym sensie – są indyferentne w stosunku do poziomu wykształcenia i osiąganych dochodów. Ich socjologiczną specyfikę opisuje się przez odniesienie do czasu (perspektywa temporalna); fenomen przewlekłego chorowania należy łączyć z faktem, że są to choroby w swojej istocie degeneracyjne, to jednak w znakomitej proporcji odwracalne. Takie czynniki ryzyka jak: palenie tytoniu, niezdrowa dieta, brak lub niski poziom aktywności fizycznej czy też nadużywanie alkoholu (prowadzące przecież *a natura rei* do nadwagi i otyłości, podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi i wysokiego poziomu cholesterolu), są w pełni modyfikowalne zarówno w sensie behawioralnym, jak i farmakologicznym². Co więcej, teza ta, odnosząca się do przewlekłych chorób niezakaźnych, w żadnym razie nie pozostaje w sprzeczności z powszechnie akceptowanym na gruncie socjologii medycyny (zdrowia i choroby) przeświadczeniem, że oto między zdrowiem a nierównościami społecznymi istnieje korelacja, choć brakuje

² Komisja Chorób Przewlekłych przy Światowej Organizacji Zdrowia definiuje chorobę przewlekłą, jako „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki” (cyt. za: R. Busse, M. Blümel, D. Scheller-Kreinsen, A. Zentner, *Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges*, World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Chapter 2, s. 9 – W. B.)

takiej zgody, co do natury tych powiązań i postępowania, jakie należałoby podjąć w tej kwestii (Giddens 2008: 167). To, w jaki sposób człowiek postrzega objawy chorobowe w ogóle, w jaki sposób je prezentuje „na zewnątrz”, jest uzależnione od przynależności do grup społecznych, kulturowo zróżnicowanego sposobu postrzegania i oceniania objawów, wreszcie – od ogółu treści związanych ze zdrowiem i chorobą przekazywanych w trakcie procesu socjalizacji. Tak jest również w przypadku CNCDS, które nie tylko stanowią podstawowy problem zdrowotny cywilizowanego świata, lecz są także chorobami, w zapobieganiu którym człowiek może mieć ogromny udział i to niezależnie od tego, w jakim stopniu uznaje się, że są one kwalifikowane w obręb grupy tzw. *man-made diseases* (Baroletti, Dell’Orfano 2010: 1455; Dunkelman 1979: 311). Taka perspektywa oznacza, że zwłaszcza w przypadku przewlekłych chorób niezakaźnych, kryteriami szczególnie istotnymi są: masowość ich występowania, doniosłe konsekwencje społeczne (koszty), ale i wzory zachowań, traktowane jako swoiste nośniki tych chorób (Uramowska-Żyto 1980: 47). Związane z tymi wzorami zachowań postawy – niestety – w olbrzymiej mierze są z perspektywy socjologicznej przejawami mertonowskiego konformizmu społecznego, oznaczającego uznanie zarówno ogólnie przyjętych wartości, jak i konwencjonalnych środków ich realizacji, bez względu na to, czy udaje się w ten sposób osiągnąć sukces czy też nie. Wypieranie zagrożeń i niepewności życiowej ze sfery świadomościowej i koncentrowanie się na rozwiązywaniu codziennych kłopotów (pragmatyczna akceptacja), oznaczający wiarę w to, że wszelkich zagrożeń da się uniknąć za sprawą losu, opatrności, nauki itp. (konsekwentny optymizm) czy wreszcie – postrzeganie rzeczywistości jako świata pełnego zagrożeń, których żadną miarą nie da się uniknąć (cyniczny pesymizm), to zarazem procedury obronne określane mianem „higieny umysłu”. W sytuacji częstych kontaktów z alternatywnymi rzeczywistościami procedury te mogą przybrać formę nawyków, oznaczających w gruncie rzeczy „zmianę świata” (Berger, Luckmann 1983: 239). Raymond Boudon nazywał ten mechanizm „przebywaniem za zasłoną niewiedzy” (Boudon 2008: 196).

Postęp cywilizacyjny, w tym postęp obejmujący sferę zdrowotną człowieka, nie tylko rozwiązuje problemy bieżące, ale powoduje też pojawianie się zupełnie nowych, które oznaczają konieczność redefiniowania obowiązujących dotychczas zasad postępowania. Złożoność mechanizmów psychospołecznych, decydujących o zachowaniach prozdrowotnych lub ich braku, zwłaszcza w warunkach globalnego kryzysu ekonomicznego, może np. powodować spadek zainteresowania usługami medycznymi (Catalano 2009: 749). Niejako w konsekwencji, po pewnym czasie pojawi się w gabinetach fala osób, które opóźniły zgłoszenie się

do systemu opieki zdrowotnej z powodu obaw o koszty (tzw. popyt odłożony)³. W przypadku przewlekłych chorób niezakaźnych, trzeba więc mówić o propagowaniu postaw radykalnej walki z nimi, oznaczającej zbiorową mobilizację (*concerted action*) wobec owych źródeł zagrożeń zarówno na poziomie makro, jak i w mikroskali. W znaczeniu socjotechnicznym jest to jednak zadanie niezwykle trudne i dlatego działania takie, zwłaszcza te o zinstytucjonalizowanym charakterze przynoszą – póki co – ograniczone efekty. Dzieje się tak, ponieważ inny, aniżeli tylko deklaracyjny sposób ich potraktowania, zarówno na poziomie makrostrukturalnym, jak i w wymiarze jednostkowym, musiałby łączyć się z zakwestionowaniem wartości związanych z dobrostanem i dobrobytem, tak mocno osadzonych przecież w kulturze Zachodu.

Są dwie „ścieżki” wiodące do deskrypcji i interpretacji problemu. Pierwsza, koncentruje się wokół czynników albo/i mechanizmów „produkujących” zmiany w zakresie przewlekłych chorób niezakaźnych. Druga – dotyczy całościowej charakterystyki tych zmian, odwołując się do aspektów technologicznych, ekonomicznych, adaptacyjnych itp., petryfikujących dotychczasowe (indywidualne i zbiorowe) postawy i zachowania w tym zakresie; aspektów stanowiących najważniejsze komponenty społecznej dyferencjacji tzw. przestrzeni zdrowia⁴. Jest to kwestia niekiedy przemożnych oddziaływań środowiska społecznego, które może sprzyjać lub nie procesowi tzw. kondukcji (wszystkie nawet te najnowocześniejsze technologie medyczne, stają się przecież bezużyteczne, jeśli pacjent nie będzie stosował się np. do zaordynowanych mu przez lekarza zaleceń). W przypadku przewlekłych chorób niezakaźnych, wyznacznikami trajektorii ich przebiegu są na ogół indywidualne i zbiorowe sposoby interpretacji oraz rozumienia dolegliwości, leżące nie tyle w sferze biomedycznej, ile w socjokulturowej. Zatem należy przyjąć, że zachodzi mogą tu istotne niezgodności (asymetria) między wizjami laików (pacjentów) i profesjonalistów medycznych. Stąd fenomen przewlekłych chorób niezakaźnych opisywany jest w socjologii medycyny przez pryzmat „podstępного początku”, „fluktuacji przebiegu” i „niepewnego

³ Można tu rysować rozmaite scenariusze. Np. spadek dochodów może ograniczać spożycie kalorii, a zatem zmniejszyć liczbę osób otyłych; z drugiej jednak strony osoby dotknięte trudną sytuacją finansową mogą zacząć kupować produkty o mniejszej wartości odżywczej. Albo też – zaburzenia socjosphery mogą prowadzić do nadużywania alkoholu i innych używek; z drugiej strony ograniczenie dochodów rodziny może skłaniać do oszczędzania i niekupowania używek (przyp. autora – W. B.)

⁴ Przez „dyferencjację społeczną” rozumiem tu, w sensie ogólnym, proces postępującego komplikowania się podziału pracy w ochronie zdrowia, ale i struktury społecznej w ogóle, wiążący się z postępem wiedzy i narastaniem przekształceń w ramach zbiorowej i indywidualnej świadomości (przyp. autora – W. B.)

rokowania” (Skrzypek 2011: 129). Obserwowane tu rozbieżności między typami idealnymi (modelami) a rzeczywistością w tym zakresie kierują *eo ipso* socjologię medycyny na coraz bardziej pragmatyczne tory.

Tak czy inaczej, chodzi tu o internalizację takiej perspektywy teoretyczno-wyjaśniającej, która nawiązuje wprost do biopsychospołecznego modelu zdrowia i choroby; model ten, będąc niejako „opozycją” w stosunku do modelu biomedycznego, zakłada *ex definitione* nie tylko badanie związków między procesami biochemicznymi i danymi klinicznymi, ale także – według Georga Engela, koncentruje się na rozumieniu sposobu, w jaki pacjent komunikuje objawy w kontekście psychologicznym, społecznym i kulturowym (Wiener 1996: 227). Jednak wobec i takiej perspektywy, coraz częściej też spotkać można wyrażany *expressis verbis* krytycyzm, kierowany zwłaszcza w stronę ustanowionej jeszcze w 1946 r. słynnej definicji Światowej Organizacji Zdrowia (zdrowie jako kompletny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny), stanowiącej przecież *conditio sine qua non* orzekania również o przewlekłych chorobach niezakaźnych. Wydaje się, iż ta „historyczna” już definicja nie wytrzymała próby czasu, związanej choćby z postępem w nauce, która dostarcza nam jakościowo nowych informacji na poziomie molekularnym, indywidualnym i społecznym (Lancet 2009: 781). Stąd ów biopsychospołeczny paradygmat zdrowia i choroby musi uwzględniać fakt, iż pomimo ogromnych postępów i dostarczania nowych technologii pozwalających poprawiać stan zdrowia poszczególnych ludzi, nauka nie usunęła przecież z ich życia cierpienia. W ten sposób, owo kryterium implemantacji przewlekłych chorób niezakaźnych w ramy zjawisk i procesów dewiacyjnych (śmierć ludzi, osłabienie ich odporności fizycznej i psychicznej, wzrost zachorowalności i chorobowości, nasilenie stresu, internalizacja wadliwych norm i wzorców) pozwala na sformułowanie tezy, iż społeczeństwa ponowoczesne ze względu na rozpowszechniony profil ryzyka CNCDs, są niewątpliwie – z tego punktu widzenia – społeczeństwami spatologizowanymi. Jeśli tak, to zwłaszcza w wymiarze społecznym – ponieważ ludzie nie robią tego, co wedle reguł racjonalnego zachowania robić powinni – nie można cieszyć się zdrowiem w chorym społeczeństwie.

Zamiast zakończenia

Truizmem jest stwierdzenie, że znajomość przyczyn powstawania chorób pozwala skutecznie im zapobiegać, zachować zdrowie w stanie pozwalającym na optymalne funkcjonowanie do późnej starości, a także – odczuwanie satysfakcji z życia w ogóle. Zatem nie tylko ludzie dotknięci bezpośrednio chorobami przewlekłymi, powinni mieć

ustrukturalizowaną w świadomości wiedzę o podstawowych czynnikach ryzyka, a także – zachowaniach dotyczących podtrzymywania zdrowia. Wiedza ta ma kapitalne wręcz znaczenie dla modyfikowania postaw i utrwalania prozdrowotnego stylu życia. Czy zatem dokonujący się współcześnie proces zmiany społecznej i kulturowej, określany *en bloc* mianem „ponowoczesności”, odnoszący się w tym przypadku do szczególnej wartości, jaką jest zdrowie i – używając sformułowań Hansa Joasa – jej mocy wiążącej (Joas 2009: 10), można interpretować raczej w oparciu o hipotezę niedoboru, czy też raczej w związku z hipotezą socjalizacji? (Sztompka, Kucia 2007: 335). Rozstrzygając ten rodzaj antynomii, przypomnijmy, że hipoteza niedoboru Ronalda Ingleharta zakłada, iż porządek wartości człowieka stanowi odbicie środowiska socjoekonomicznego, największą subiektywnie określaną wartość przypisuje się rzeczom, które są względnie trudno dostępne. W tym drugim przypadku przyjmuje się, iż podstawowe wartości (w tym zdrowie), w dużej mierze stanowią odbicie warunków panujących niejako przed wejściem człowieka w dorosłe życie. Otóż zarysowany tu społeczny i epidemiologiczny kontekst przewlekłych chorób niezakaźnych i determinujących ich występowanie czynników ryzyka utwierdza nas w przekonaniu, że mamy do czynienia z antynomią pozorną. Zdrowie tradycyjnie było i będzie zawsze jedną z wartości podstawowych i zarazem – kategorii zdroworozsądkowych (Bielecki 2011: 73–74). Kluczowe dla prowadzonych tutaj rozważań jest postawienie pytania o taki rodzaj definiowania zdrowia, który z jednej strony byłby kontestacją obowiązującej niejako definicji WHO, a z drugiej – akcentowałby funkcjonalne potrzeby ludzi wobec rozpowszechnionego kryterium statystycznej powtarzalności CNCdS.

Ciekawą, choć z pewnością nieco zapomnianą, propozycją jest pochodząca z 1943 r. definicja francuskiego filozofa i lekarza Georges’a Canguilhema, który odrzucał dychotomiczną ideę prawidłowego *vs.* nieprawidłowego stanu zdrowia. Canguilhem postrzegał zdrowie jako *constans*, ale jako zdolność jednostki do przystosowania do otaczającego ją środowiska (w szerokim rozumieniu tego słowa); *ergo* – pojęcie zdrowia jest różne dla poszczególnych osób i w zależności od okoliczności. Nie definiuje go medycyna, lekarz, ale pacjent, zgodnie ze swoimi potrzebami funkcjonalnymi (Lancet 2009: 781). Ten rodzaj operacyjnej definicji jest – jak się wydaje – szczególnie istotny wobec faktu, iż w nadchodzących kilku dekadach, problem CNCdS będzie szczególnie szybko narastał również w tzw. rozwijającym się świecie. W następnych 10 latach, jeśli nie podejmie się wspólnych działań, około 388 mln ludzi na całym świecie umrze z powodu jednej lub więcej CNCdS. Szacuje się, że poprzez wspólne działania, można by zapobiec przynajmniej 36 mln

przedwczesnych zgonów już do 2015 r., a jakaś ich część dotyczyłaby ludzi poniżej 70. roku życia. Jednak by tak mogło się zdarzyć, socjologia medycyny (zdrowia i choroby) musi zwracać uwagę różnych środowisk na występowanie tzw. błędów kategorialnych w użyciu predykatów dotyczących sekwencji tych działań i ich kontekstów społecznych (Pharo 2008: 263–266). Owego *efektu odwrócenia* ponowoczesności (Bielecki 2010: 21–48). Nieustanne otaczanie nas troską, podejmowanie ciągłych starań o nasze dobro znajduje swoje odzwierciedlenie w ideologii społeczeństwa leczącego (terapeutycznego), traktującego nas wszystkich, jako potencjalnych pacjentów (Baudrillard 2006: 229).

Bibliografia

- Alwan A. et al. (2010), *Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries*, „Lancet”, 376, s. 1861–1868.
- Baroletti S., Dell’Orfano H. (2010), *Medication adherence in cardiovascular disease*, „Circulation”, vol. 121, s. 1455–1458.
- Baudrillard J. (2006), *Spółczesność konsumpcyjna. Jego mity i struktury*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa.
- Beck U., Giddens A., Lash S. (2009), *Modernizacja refleksyjna. Polityka, tradycja i estetyka w porządku społecznym nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Berger P. L., Luckman T. (1983), *Spółeczne tworzenie rzeczywistości*, PIW, Warszawa.
- Bielecki W. (2010), *Efekt odwrócenia jako ryzyko. Socjologiczna perspektywa konsekwencji modernizacji biomedycznej społeczeństw*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Modernizacja biomedyczna społeczeństwa a ryzyko zdrowotne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź.
- Bielecki W. (2011), *Spółczesność terapeutyczna a globalizacja – socjologiczny i epidemiologiczny kontekst przewlekłych chorób niezakaźnych* [w:] „Przegląd Socjologiczny”, tom LXI(2), Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź, 2012.
- Bielecki W. (2012), *Ryzyko zdrowotne w kontekście przewlekłych chorób niezakaźnych – od konformizmu przez alternację do patologii społecznych*, [w:] M. Gałuszka, M. Wiczorkowska (red.), *Spółeczne, kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź.
- Bloom D. E. et al. (2011), *The Global Economic Burden on Non-communicable Diseases*, World Economic Forum, Geneva.
- Boudon R. (2008), *Efekt odwrócenia*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Busse R., Blümel M., Scheller-Kreinsen D., Zentner A. (2010), *Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges*, World Health Organization.
- Catalano R. (2009), *Health, Medical Care, and Economic Crisis*, „New England Journal of Medicine”, 360, s. 749–751.
- Daar A. S., Singer P. A. et al. (2007), *Grand challenges in chronic non-communicable diseases*, „Nature”, vol. 450/22, s. 494–496, Nature Publishing Group, November.
- Dunkelman H. (1979), *Patients’ knowledge of their condition and treatment: how it might be improved*, „British Medical Journal”, vol. 2(6185), s. 311–314.
- Giddens A. (2008), *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Joas H. (2009), *Powstawanie wartości*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Kurczewska J., Szacki J. (red.) (1984), *Tradycja i nowoczesność*, Czytelnik, Warszawa.
- Leeder S. et al. (2004), *The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Countries*, Trustees of Columbia University, New York.
- Lozano R. et al. (2012), *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study*, „Lancet”, 380, s. 20–95.
- Pharo P. (2008), *Moralność a socjologia*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Ritzer G. (2004), *Klasyczna teoria socjologiczna*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- Skrzypek M. (2011), *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Sun E. et al. (2008), *The determinants of recent Bains in Cancer survival: An Analysis of the Surveillance Epidemiology, and End Results (SEER) database*, „Journal of Clinical Oncology”, Suppl. (Abstract 6616).
- Sztompka P., Kucia M. (2007), *Socjologia. Lektury*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- The Lancet (2009), *Tackling the burden of chronic diseases in the USA*, „Lancet”, 373, s. 185.
- The Lancet (2009), *What is health? The ability to adapt*, „Lancet”, 373, s. 781.
- The Lancet (2010), *Preventable cancer in the USA*, „Lancet”, 375, s.1665.
- Turner J. H. (1998), *Socjologia. Koncepcje i ich zastosowanie*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań.
- Uramowska-Żyto B. (1980), *Medycyna jako wiedza i system działań*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, PAN, Wrocław.
- Wiener J. M. (1996), *Medycyna behawioralna*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław.
- World Health Organization (2011), *Noncommunicable diseases country profiles*, WHO Library, s. 3. Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 978 92 4 150228 3 (NLM classification: WT 500).
- World Health Organization Discussion Paper (2011), *A comprehensive global monitoring framework and voluntary global targets for the prevention and control of NCDs* (updated version dated 21 December 2011).

Netografia

- WHO (2009), *Fact Sheet N 312, Diabetes*, Geneva, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en (dostęp: 8.02.2013).

Chronic non-communicable diseases (CNCDs) risk factors and the process of modernization of the biomedical society – challenges and dilemmas of the present

The late modernity period as a stadium of social formations' development is an immanent feature of a so-called risk society. Unforeseeable adverse effects characteristic for this stadium are one of the most typical social life features; on the other hand, they are apparently connected with social reflexivity level. Contemporary risks comprising populations' health are not the exception in this matter; chronic non-communicable

diseases change the worldwide social perception in general. They become a kind of prism, through which we tend to perceive the reality and our relations with it. Taking the increased CNCDs risk into account, as well as considering global uncertainty as a result of the late modernity period, people adapt specific procedures. Depending on the types of challenges which socially defined 'reality' has to face, these procedures may have either individual or collective character. The report aims therefore at systematization of social attitudes towards the risk connected with the CNCDs occurrence which basically means – its most significant risk factors.

Keywords: chronic non-communicable diseases, biomedical modernization, risk society, social pathology.