

Dariusz Góra

Uniwersytet Śląski, Katowice, Polska

Pojęcie, przedmiot i zadania geografii medycznej ze szczególnym uwzględnieniem Polski i Ukrainy

Streszczenie

W literaturze naukowej brak jest jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, kogo należy uważać za twórcę pojęcia geografii medycznej. W literaturze międzynarodowej termin geografia zdrowia pojawił się dopiero w latach 80., zastępując geografię medyczną. Obecnie geografia medyczna (zdrowia) koncentruje się na badaniu: przestrzennego zróżnicowania incydentów chorobowych i procesu dyfuzji chorób, geograficznych nierówności w poziomie zdrowia ludności i uwarunkowań zachorowalności wśród społeczeństwa krajów rozwijających się. Geografia medyczna w Polsce rozwijała się nierównomiernie. W okresie powojennym zaobserwowano natężenie badań w tej dziedzinie, zwłaszcza na przełomie lat 50. i 60. oraz 80. i 90. XX wieku. W latach 80. i 90. XX w. badacze skupili się na analizie czynników środowiska życia człowieka i jego cech indywidualnych oraz ich roli w powstawaniu społecznych i przestrzennych nierówności w poziomie zdrowia. Obecnie tematyka geografii medycznej (zdrowia) poruszana jest zazwyczaj w pracach doktorskich. Celem artykułu jest próba przedstawienia rozwoju geografii zdrowia, zarówno samego pojęcia jak i kierunku jej badań, począwszy od momentu jej istnienia.

The concept, subject and tasks of medical geography with a particular focus on Poland and Ukraine

Abstract

In the scientific literature there is no clear answer to the question of who should be considered the creator of the concept of medical geography. In international literature, the term health geography did not appear until the 1980s, replacing medical geography. Currently, medical (health) geography focuses on the study of: spatial differentiation of disease incidents and the process of disease diffusion, geographical inequalities in the level of health of the population and determinants of morbidity among the society of developing countries. Medical geography developed unevenly in Poland. In the post-war period, research in this field was intensified, especially at the turn of the 1950s and 1960s, as well as the 1980s and 1990s. In the 1980s and 1990s, researchers focused on analyzing the factors of the human life environment and his individual characteristics, as well as their role in the formation of social and spatial inequalities in health. Currently, the subject of medical geography (health)

is usually discussed in doctoral dissertations. The aim of the article is to attempt to present the development of health geography, both the concept and the direction of its research, from its very beginning.

Słowa kluczowe: geografia zdrowia, geografia medyczna, geografia choroby, Polska

Key words: health geography, medical geography, disease geography, Poland

Otrzymano: 02.03.2020

Received: 2.03.2020

Zaakceptowano: 05.05.2020

Accepted: 05.05.2020

Sugerowana cytacja / Suggested citation:

Góra, D. (2020). Pojęcie, przedmiot i zadania geografii medycznej ze szczególnym uwzględnieniem Polski i Ukrainy. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis Studia Geographica*, 15, 138–149, doi: 10.24917/20845456.15.9

Wprowadzenie

W literaturze naukowej brak jest jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, kogo należy uważać za twórcę pojęcia geografii medycznej. Wydaje się, że jest nim lekarz J.Ch. Boudin, który opublikował w 1843 roku *Esej o geografii medycznej lub studium praw rządzących zarówno rozmieszczeniem geograficznym chorób jak i związkami topograficznymi; prawa związków i sprzeczności* (Picheral, 1987). L.T. Ševčuk (1997) z kolei podaje, że po raz pierwszy pojęcia geografii medycznej użył włoski uczonec B. Ramaccini w XVII wieku. Oficjalnie o powstaniu geografii medycznej jako odrębnej subdyscypliny mówiono na Kongresie Międzynarodowej Unii Geograficznej w Lizbonie w 1949 roku. W 1968 roku, w New Delhi, powstała oficjalna komisja zajmująca się problematyką geografii medycznej. W 1952 r. geografia medyczna została oficjalnie włączona w kanon nauk geograficznych przez Komisję Geografii Medycznej funkcjonującą w ramach Międzynarodowej Unii Geograficznej. Zgodnie z ówczesną definicją była to nauka o geograficznych czynnikach wpływających na przyczyny i skutki przemian poziomu zdrowia ludności i częstości zachorowań. Mapy chorób były oczywiście narzędziem dużo wcześniej wykorzystywanym do obrazowania poziomu zdrowia społeczeństwa w XIX wieku (czasy rewolucji industrialnej, okres licznych epidemii). Pierwsza znana mapa chorób wraz z próbami łączenia ich rozmieszczenia przestrzennego z uwarunkowaniami środowiska przyrodniczego i społecznego została sporządzona w 1792 r. przez lekarza Leonharda Ludwiga Finke, który pierwszy raz użył pojęcia „geografia medyczna” (Koch, 2005).

Ogólnie biorąc, geografia medyczna koncentruje się na badaniu: przestrzennego zróżnicowania incydentów chorobowych i procesu dyfuzji chorób, geograficznych nierówności w poziomie zdrowia ludności i uwarunkowań zachorowalności wśród społeczeństwa krajów rozwijających się (Parr, 2002).

W latach 80. i 90. XX w. badacze skupili się na analizie czynników środowiska życia człowieka i jego cech indywidualnych oraz ich roli w powstawaniu społecznych i przestrzennych nierówności w poziomie zdrowia. Zaczęto tworzyć uogólnienia, prawa i teorie (tzw. ramy koncepcyjne), czerpiąc z osiągnięć nauk społecznych. Dzięki większej dostępności zaawansowanych narzędzi badawczych i technik

komputerowych bardziej powszechne stało się wykorzystanie złożonych metod statystycznych, dzięki czemu w coraz większym stopniu do koncepcji teoretycznych dopasowywano wyniki badań empirycznych. Najważniejszą z punktu widzenia nauk geograficznych była koncepcja łącząca zdrowie i miejsce, zakładająca, że poziom zdrowia ludności zależy od lokalizacji (środowiska życia) poprzez obecność w nim zarówno relacji międzyludzkich, jak i zasobów naturalnych (Jones, Moon, 1993).

Poziom zdrowia kształtowany był więc przez cechy środowiska przyrodniczego i społecznego miejsca. Koncepcją przeciwstawną było przypisywanie cechom indywidualnym dominującego znaczenia dla poziomu zdrowia społeczności, a więc przyjęcie stanowiska, że bez względu na miejsce zamieszkania (przebywania) ludzie o podobnych cechach (demograficznych, społecznych, ekonomicznych) i doświadczeniach będą odznaczali się podobnym stanem zdrowia (Curtis, Jones, 1998).

W literaturze międzynarodowej termin geografia zdrowia pojawił się dopiero w latach 80., zastępując geografiię medyczną. Wtedy też zaproponowano odejście od biomedycznego modelu zdrowia i przejście do modelu społecznego. Z modelu tego w latach 90. wykształciła się nowa geografia zdrowia zwana „post-medyczną geografią”, w której wyraźnie widoczny jest wpływ podejścia behawioralnego czerpiącego z geografii kultury (Kearns, 1993). Zgodnie z tą koncepcją zdrowie i choroba badane są jako konstrukcje społeczne, miejsce rozumiane jest jako doświadczenie, a nie sama lokalizacja, natomiast usługi medyczne pojmowane są przez pryzmat ich konsumpcji przez lokalne społeczności (Gesler, Bird, Oljeski, 1997).

Poglądy na przedmiot i zadania geografii medycznej ciągle się zmieniały. R.U. Light (1944) uważał ją za dyscyplinę badającą wpływ środowiska przyrodniczego na zdrowie człowieka i zajmującą się rozmieszczeniem chorób. J.M. May (1952) z kolei twierdził, że zadaniem geografii medycznej jest badanie zjawisk zachodzących pomiędzy czynnikami patologicznymi (patogenicznymi) i czynnikami geograficznymi (neogenicznymi), do których zaliczał zespół komponentów środowiska przyrodniczego i antropogenicznego (kulturowego).

Głównym celem geografii medycznej jest, jego zdaniem, głoszenie sądów o tych zjawiskach. Inni badacze skupiali uwagę na określeniu wpływu czynników społeczno-ekonomicznych na zdrowie ludności (Mayer, 1987). Możemy zatem mówić o istnieniu dwóch odmiennie definiowanych geografiach medycznych: tradycyjnego nurtu, określanego przez niektórych uczonych jako geograficzna epidemiologia, w której główny nacisk został położony na badanie rozmieszczenia i rozpowszechnienia chorób, ze szczególnym uwzględnieniem ich uwarunkowania ekologicznych, i nurtu o charakterze społeczno-przestrzennym, zajmującym się społeczno-przestrzennymi aspektami zdrowia i chorób (Learmonth, 1979).

Inni autorzy są zdania, że geografia medyczna jako nauka kompleksowa zajmuje się kilkoma aspektami:

- badaniem prawidłowości wynikających z jednoczesnego oddziaływania czynników przyrodniczych i społeczno-ekonomicznych na zdrowie ludności,
- analizowaniem pochodzenia i rozpowszechniania się chorób,
- wykrywaniem prawidłowości i wzajemnych związków między przyczynami i następstwami patogenicznego oddziaływania czynników biologicznych, abiotycznych i społeczno-ekonomicznych na zdrowie ludności określonych obszarów,
- wyszukiwaniem, analizowaniem i wykorzystaniem czynników przyrodniczych mogących wpływać zapobiegawczo, leczniczo i regenerująco na zdrowie,

– badaniem zdrowia z uwzględnieniem założeń ekologii człowieka (Podolan, 1983).

Rozwój geografii medycznej w Polsce

Początki polskiej geografii medycznej, podobnie jak i światowej geografii medycznej, związane były z kręgami lekarzy i pracowników socjalnych. Najprawdopodobniej pierwszą definicję geografii medycznej w języku polskim sformułował Krzywicki w 1887 r., który skupił się na jej praktycznym znaczeniu i powiązał jej tworzenie z kolonializmem. Według niego, głównym obszarem zainteresowań geografii medycznej jest z jednej strony wpływ klimatu, odżywiania i budowy geologicznej na ciało ludzkie, a z drugiej strony odporność różnych ras ludzkich na choroby (Krzywicki, 1959).

Badania wpływu środowiska geograficznego na zdrowie populacji zostały przeprowadzone przez osoby niebędące geografami (ten nurt badań można nazwać geografiami chorób). Spośród kilku prądów tych badań na szczególną uwagę zasługuje ten związany z oddziaływaniem klimatu (Baranowski, 1936).

Do II wojny światowej geografowie medyczni w Polsce nie byli utożsamiani jako geografowie (Fleszar, 1956). Po II wojnie światowej udział geografów w tej dyscyplinie naukowej powoli stawał się zauważalny. Podstawy kładzie geolog Kolago, który opublikował nie tylko prace o charakterze teoretycznym (1948, 1950), ale także metodologiczne (1947a, 1954) i empiryczne (1947b, 1952).

Geografia medyczna w Polsce rozwijała się nierównomiernie (Łęcka, 2004). W okresie powojennym zaobserwowano natężenie badań w tej dziedzinie, zwłaszcza na przełomie lat 50. i 60. oraz 80. i 90. XX wieku. Także pod koniec XX i na początku XXI wieku można zaobserwować większe zainteresowanie geografów problemami zdrowia. Niezwykle ważna dla rozwoju geografii medycznej w Polsce była publikacja L. Mazurkiewicza i A. Wróbla *Problematyka badawcza geografii medycznej. Stan współczesny i perspektywy* (Mazurkiewicz, Wróbel, 1990). Zawiera ona definicje geografii medycznej, określa jej zadania badawcze oraz przyszłe kierunki rozwoju. Autorzy wydzieliли dwa główne podejścia badawcze w geografii medycznej: ekologiczne, którego celem jest opis rozmieszczenia chorób (głównie przewlekłych, niezakaźnych), w powiązaniu z warunkami środowiska przyrodniczego, i społeczne, które skupia się na przestrzennej organizacji usług zdrowotnych, charakterystyce ludnością obsługiwaną przez ten system oraz problematyce optymalizacji jego struktury terytorialnej. Mazurkiewicz przedstawił swoje stanowisko w sprawie definicji i zadań badawczych geografii medycznej jako nauki o „środowiskowych warunkowaniach ludzkiego zdrowia, zajmującej się badaniami wokół przestrzennego rozkładu popytu na usługi zdrowotne; przestrzennej zachorowalności ludności w związku z korzystaniem z usług medycznych oraz optymalnym rozmieszczeniem sieci usług zdrowotnych w oparciu o rozpoznany przestrzenny popyt na te usługi” (Mazurkiewicz, 1993:281).

Z opracowań empirycznych tego okresu należy wymienić opracowania J.M. Kostrzewskiego (1979), poświęcone ocenie sytuacji zdrowotnej Polski na tle sytuacji światowej, J. Klaneckiego (1990) na temat przestrzennego zróżnicowania umieralności niemowląt w Polsce, w układzie gmin w latach 1982–1984, G. Kaczorowskiego

(1992) o przyczynach umieralności mężczyzn w Polsce w latach 1960–1989, a także publikacje H. Powęskiej (1990) opisującą przestrzenną dostępność do usług medycznych w strefie podmiejskiej Warszawy. Z opracowań dotyczących związków pomiędzy zanieczyszczeniem środowiska przyrodniczego a stanem zdrowia ludności Polski ważne są m. in. prace: Cz. Andryszka (1990) dotyczące ekologiczno-przestrzennego zróżnicowania chorób nowotworowych i układu krążenia w Polsce.

Interesującym wątkiem metodologicznym był również artykuł H. Sęk (1993), w którym przedstawiono złożoną problematykę związków między jakością życia a zdrowiem. Jej zdaniem przyjmowany sposób rozumienia zdrowia „wymusza” odpowiednią koncepcję jakości życia. Należy odnotować, że problem jakości życia w relacji do zdrowia ludności zaczął pojawiać się w naukach medycznych w latach 70. H. Sęk (1993) definiuje jakość życia jako zespół warunków życia człowieka, obiektywne atrybuty świata przyrody, przedmiotów i kultury oraz obiektywnie oceniane atrybuty człowieka związane z poziomem życia i pozycją społeczną.

Publikacje dotyczące geografii choroby można podzielić na te, które badają wpływ środowiska na sytuację zdrowotną ludności i te skupione na dywersyfikacji sytuacji zdrowotnej ludności. W pierwszym przypadku mówić można o wpływie środowiska naturalnego (o różnym stopniu degradacji) na zdrowie populacji. Tematyka ta jest stosunkowo dobrze rozwinięta (Kolago, 1952; Zemła 1979, 1983; Biernacki, 1995; Poniży, 2006, 2008; Łęcka 1999, 2000).

Również wiele jest publikacji koncentrujących się na wpływie społecznym środowiska oraz infrastruktury na sytuację zdrowotną ludności (Zemła, 1985; Mazurkiewicz, 1993; Pantyley, 2008; Kretowicz, 2010). Są też publikacje, w których omówiono wpływ środowiska naturalnego i społecznego na zdrowie populacji, w tym niektóre aspekty patologii biologicznej człowieka jako konsekwencje degradacji wartości środowiska ekologicznego okręgów przemysłowych, niektóre aspekty ekologii człowieka, analizę przemian strukturalnych środowiska geograficznego człowieka wskutek oddziaływania przemysłu ze szczególnym uwzględnieniem elementów nozogeografii (Zemła 1984a; Zemła i in., 1986, Zemła i in., 1992; Michalski, 2010). Istnieje wiele publikacji skupiających się głównie na opisie różnorodności sytuacji zdrowotnej, zwłaszcza występowaniu chorób cywilizacyjnych, w tym szczególnie na chorobach nowotworowych (Zemła 1980, 1984b; Zemła, Zielonka, Banasik, 1988; Zemła, Kołosza, Banasik, 1994; Szczygielski, 1992; Michalski, 2015; Malczewski, 2010).

Stosunkowo liczne są badania na pograniczu socjologii. Badania te zasadniczo dotyczą postrzegania zagrożeń ekologicznych w kontekście postrzegania własnego zdrowia (Duś, Magda-Żabińska, 1992; Duś, 1993; Magda-Żabińska, 1994).

Wśród współczesnych badaczy podejmujących problemy geografii medycznej w Polsce należy wymienić T. Michalskiego, I. Łęcką, K. Magdę-Żabińską (Sęk, 1993). Geografia medyczna w Polsce jest młodą dyscypliną naukową, w której nadal precyzuje się zadania i określa kierunki badawcze. Dość często jej synonimami są geografia zdrowia, społeczna geografia medyczna, geomedycyna, geografia epidemiologiczna, demografia zdrowia. Obecnie tematyka geografii medycznej (zdrowia) poruszana jest zazwyczaj w pracach doktorskich (Michalski, 2018).

Rozwój geografii medycznej na Ukrainie

W latach 70. XX wieku i później osłabło tempo rozwoju ukraińskiej geografii medycznej. Ożywienie badań nastąpiło dopiero po uzyskaniu przez Ukrainę niepodległości. W latach 90. ubiegłego wieku ukazały się dwie fundamentalne prace z tego zakresu: V. Ševčenko (1994) *Mediko-geografičeskoje kartografirovanije territorii Ukrainy* i L. Ševčuk (1997) *Osnovy medyčnoji geografiji*. W swej pracy L. Ševčuk przedstawiła współczesne teoretyczne i praktyczne problemy geografii medycznej, a także przeanalizowała rozmieszczenie przestrzenne zachorowalności i sfery usług zdrowotnych na terenie Ukrainy. Zdaniem L. Ševčuk przedmiotem badań geografii medycznej jest zdrowie ludności w jego przestrzenno-czasowym wymiarze, a także występowanie chorób. Do głównych zadań geografii medycznej wyżej wspomniana autorka zalicza:

- badanie prawidłowości pozytywnego i negatywnego wpływu środowiska przyrodniczego i społecznego, a także społeczno-ekonomicznych warunków konkretnego obszaru na stan zdrowia ludności,
- określenie roli czynników przyrodniczych oraz społeczno-ekonomicznych w rozpowszechnieniu różnych chorób człowieka,
- przedstawienie zależności poszczególnych zachorowań od konkretnego obszaru i obiektów antropogenicznych,
- poszukiwanie optymalnej organizacji przestrzennej systemu ochrony zdrowia,
- naukowe uzasadnienie działań (przedsięwzięcia) ukierunkowanych na wykorzystanie pozytywnego i eliminację negatywnego oddziaływania środowiska przyrodniczego i społecznego na stan zdrowia ludności.

Innym istotnym metodologicznym osiągnięciem L. Ševčuk był podział wewnętrzny geografii medycznej na następujące subdyscypliny:

- medyczne geokompleksoznawstwo (analiza medyczno-geograficzna kompleksów środowisk naturalnych oraz ich wpływu na zdrowie ludności to środowisko zamieszkującej),
- medyczne krajoznawstwo (badanie geograficznej specyfiki terenów pod kątem stanu zdrowia ludności zamieszkującej te tereny oraz pod kątem organizacji i instytucji ochrony zdrowia tam występujących),
- nozogeografia (geografia chorób),
- kartografia medyczna,
- prognozowanie medyczno-geograficzne (przewidywanie przyszłych zmian w sytuacji zdrowotnej ludności w układzie regionalnym) (ryc. 1).

Współczesna geografia medyczna

Współczesne nurty w geografii medycznej podzielić można następująco:

- nurty dotyczące seksualności – zajmujące się m.in. analizą sytuacji zdrowotnej kobiet, tzw. geografiami feministyczną, problemami prostytutki, a także opisem mniejszości seksualnych,
- nurty dotyczące wieku ludności – skupiające prace nawiązujące do sytuacji lub potrzeb zdrowotnych dzieci oraz osób w wieku podeszłym,

– nurt radykalny – należy odnotować tutaj prace poświęcone problematyce dostępności do usług medycznych, zwłaszcza w przypadku najuboższych warstw społecznych (Michalski, 2001).

Współczesne perspektywiczne kierunki badań w geografii medycznej w Polsce i na Ukrainie koncentrują się wokół następujących płaszczyzn:

– nurt integralny skoncentrowany jest wokół kwestii stanu zdrowia ludności, w powiązaniu z jakością i poziomem życia. Przy takim podejściu jakość życia traktowana jest jako integralna kategoria społeczno- ekonomiczna, obejmująca poziom oraz styl życia i oznacza stopień zadowolenia człowieka ze swojego życia, z uwzględnieniem stanu zdrowia. Należy przy tym podkreślić podwójne znaczenie terminu „jakość życia”. Z jednej strony, jakość życia ludności stanowi pozytywny miernik zdrowia społeczeństwa, a z drugiej strony, występuje ona jako determinanta stanu zdrowia ludnością,

– nurt matematyczno-statystyczny koncentruje się wokół poszukiwania integralnych wskaźników (mierników) stanu zdrowia ludności, uwarunkowań zdrowotnych, a także wokół ekonomicznej wartości zdrowia i życia ludności. Szczególne miejsce w ramach tego kierunku badań zajmuje problem określenia znaczenia wpływu poszczególnych uwarunkowań, mierzalnych statystycznie, na stan zdrowia ludności konkretnych obszarów,

– nurt społeczno-ekonomiczny przewiduje analizę wpływu czynników społeczno-ekonomicznych (w tym poziomu zamożności, bezrobocia, warunków pracy i innych czynników) na stan zdrowia ludności. Z tego punktu widzenia dla państw przechodzących intensywne przemiany społeczno-gospodarcze konieczne wydają się badania wpływu kierunków, skali i skutków tych przemian, a także reform w zakresie służby zdrowia na stan zdrowia ludności,

– nurt ekologiczny związany jest przede wszystkim z badaniem wpływu zanieczyszczenia środowiska przyrodniczego na stan zdrowia. W ramach tego kierunku niezbędne wydaje się kontynuacja badań w zakresie skutków zdrowotnych, społeczno-gospodarczych, psychologicznych i ekologicznych awarii w Czarnobylu,

– nurt demograficzny bada wpływ uwarunkowań demograficznych na stan zdrowia ludności,

– nurt społeczno-psychologiczny, obejmuje badania nad kulturą zdrowotną ludności, percepcją swojego własnego zdrowia/choroby oraz istniejącym systemem opieki medycznej (Michalski, 2001; Pantyley, 2008).

W grupie prac, które ukazały się w ostatnich dziesięcioleciach, ważne są przede wszystkim ujęcia monograficzne takich autorów, jak: Eyles, Woods, 1983; Ševčuk, 1997; Mustard, 1998.

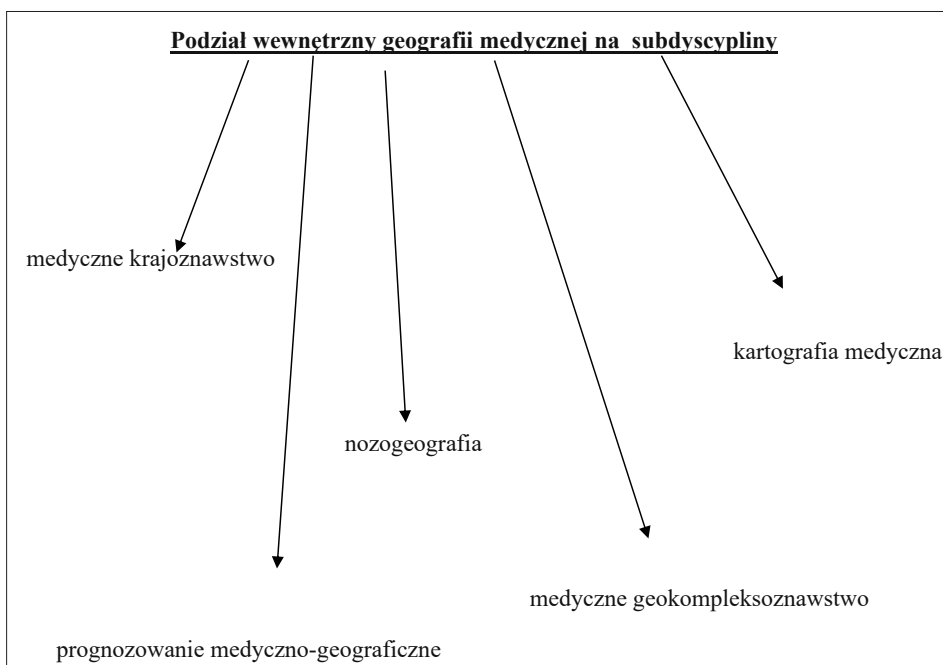
Obecne są również opracowania poświęcone związkowi pomiędzy wysokością dochodów ludności a jej umieralnością oraz rozpatrujące wpływ środowiska społeczno-ekonomicznego na choroby przewlekłe niezakaźne, a także wpływ ubóstwa, nierówności społecznych i bezrobocia na stan zdrowia ludności, w tym również zdrowia mieszkańców Europy Środkowo-Wschodniej. Prace te powstały głównie w Stanach Zjednoczonych, krajach Europy Zachodniej, Rosji, Chinach, Indiach i Australii. Dla niektórych krajów (zwłaszcza USA i państw Europy Zachodniej) jest charakterystyczny wyższy stopień integracji środowiska naukowego lekarzy i geografów, przy czym największą wagę przypisuje się opracowaniom kartograficznym;

ukazała się liczna grupa „atlasów zdrowia” lub „atlasowa chorób”, głównie w Stanach Zjednoczonych, Rosji, Wielkiej Brytanii i Niemczech (Wilkinson, Marmot, 2003).

Ze względu na przedmiot badań w światowej geografii medycznej wyróżnia się najczęściej następujące kierunki badawcze:

– podejście ekologiczne – związane z przestrzenną analizą uwarunkowań środowiskowych stanu zdrowia/choroby. W jego ramach da się wyróżnić dwa nurty badań: epidemiologiczny, który bada zależności pomiędzy populacją ludzką a otaczającym ją środowiskiem pod kątem występowania w nim kompleksów patogennych i ich oddziaływania na ludzi, oraz nieepidemiologiczny, zajmujący się zastosowaniem w badaniach medyczno-geograficznych teorii geograficznych o charakterze formalnym, bądź metod ilościowych analizy przestrzennej,

– podejście społeczne – związane z badaniem przestrzennej organizacji służby zdrowia, planowaniem systemów medycznych, określane również jako geografia zdrowia. W ramach tego podejścia wydziela się trzy nurty badań: analiza przestrzennej organizacji służby zdrowia; optymalizacja przestrzennej organizacji służby zdrowia; charakterystyka ludności korzystającej z usług służby zdrowia (Rosenberg, 1998):



Ryc. 1. Podział wewnętrzny geografii medycznej na subdyscypliny

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ševčuk, 1997

Podsumowanie

Geografia medyczna w Polsce na tle innych subdyscyplin geografii społeczno-ekonomicznej jest stosunkowo słabo rozwinięta. Dla zdecydowanej większości badaczy jest to drugorzędna dyscyplina w ich dorobku naukowym. Geografię zdrowia

zwłaszcza w krajach anglosaskich cechuje coraz wyższy stopień interdyscyplinarności, który łączy się z wykorzystaniem w badaniach osiągnięć nauk społecznych, ekonomicznych i medycznych. Geografowie anglosascy nie poprzestają również na wykształconych biomedycznych i społecznych modelach zdrowia, ale coraz częściej poszukują innych powiązań pomiędzy zjawiskami społeczno-gospodarczymi a zachorowaniami. Polscy geografowie powinni w jak największym stopniu wykorzystywać osiągnięcia światowej geografii zdrowia posiłkując się także teoriami z zakresu epidemiologii oraz zdrowia publicznego.

Literatura/ References

- Andryszek, C. (1990). *Zróźnicowanie przestrzenne sytuacji zdrowotnej kraju. Resortowy program badawczo-rozwojowy RPBR MZ. IV. „Optymalizacja opieki zdrowotnej i społecznej”*. Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź.
- Baranowski, W. (1936). Kilka uwag o wpływie czynników atmosferycznych na częstość zgonów. *Polska Gazeta Lekarska*, 35(15), 686–687.
- Biernacki, Z. (1995). Environmental pollution and the health status of the population in Warsaw. *Geographia Polonica*, 64, 37–47.
- Curtis, S., Jones, I.R. (1998). Is there a place of geography in the analysis of health inequality? *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 645–672.
- Duś, E., Magda-Żbińska, K. (1992). The awareness of the inhabitants of the Upper Silesian industrial region of environmental pollution problems. W: P. Miguła, T. Sławek (red.), *Proceedings of the international conference “Determinants of ecological awareness in various scientific disciplines”*. Katowice 9–10 April 1992. *University of Silesia Centre of Human and Environmental Studies*, Katowice, 75–79.
- Duś, E. (1993). Negatywne skutki przekształcenia środowiska geograficznego w świadomości mieszkańców wybranych obszarów w Polsce. Sborník referátů 10. Severnomoravského Demografického Kolokwia. Mezinárodní kolokwium kotázkám demografického vývoje frýdecko-místeckého okresu a euroregionu Szelsko. Okresní Úřad ve Frýdku-Místku, Frýdek-Místek, 280–285.
- Eyles, I., Woods, K. (1983). *The social geography of medicine and health*. London: Croom Helm.
- Fleszar, M. (1956). Studia z dziejów geografii ekonomicznej w Polsce od połowy XVIII w. do r. 1848. *Prace Geograficzne*, 8.
- Gesler, W., Bird, S.T., Oljeski, S. (1997). Disease ecology and a reformist alternative: the case of infant mortality. *Social Science & Medicine*, 44(5), 657–671.
- Jones, K., Moon G., (1993). Medical geography: taking space seriously. *Progress in Human Geography*, 17(4), 515–524.
- Kaczorowski, G. (1992). Umieralność mężczyzn w Polsce według wybranych przyczyn zgonów w latach 1960–1989. *Studia Demograficzne*, 1/107.
- Kearns, R. (1993). Place and health: towards a reformed medical geography. *The Professional Geographer*, 45(2), 139–147.
- Klanecki, J. (1990). Zróźnicowanie terytorialne umieralności niemowląt w gminach w Polsce, 1982–1984. *Studia Demograficzne*, 1/99.
- Koch, T. (2005). *Cartographies of disease: Maps, mapping, and medicine*. Redlands, ESRI Press, 24–26.

- Kolago, C. (1947a). Mapy izarytmiczne w statystyce zdrowia. *Polski Tygodnik Lekarski*, II(10), 305–309.
- Kolago, C. (1947b). Uzdrowiska w cyfrach w roku 1946. *Polski Tygodnik Lekarski* II(19), 578–583.
- Kolago, C. (1948). O przedmiocie badań geografii medycznej. *Polski Tygodnik Lekarski* III(29/30), 913–916.
- Kolago, C. (1950). Choroby zakaźne w geografii medycznej. *Polski Tygodnik Lekarski* V(5), 183–186.
- Kolago, C. (1952). *Geomedyczne zagadnienie wola*. Warszawa: PZWL.
- Kolago, C. (1954). Mapy izochron w planowaniu zakładów służby zdrowia. *Polski Tygodnik Lekarski* IX(45), 1467–1469.
- Kostrzewski, J. M. (1979). *Stan zdrowia ludności Polski – dotychczasowe wyniki i dalsze kierunki badań*. Warszawa: PZWL.
- Kretowicz, P. (2010). The influence of socio-economic factors upon public health on the example of Podkarpackie Voivodeship. *Bulletin of Geography. Socio-Economic*, Series 14, 63–78.
- Krzywicki, L. (1959). *Geografia medyczna, jej znaczenie i powstanie*. Dzieła. T. 3. Artykuły i rozprawy 1886–1888. Warszawa: PWN, 339–350.
- Learmonth, A.T. (1979). *Patterns of Disease and Hunger: A Study in Medical Geography*. Newton Abbot, David and Charles.
- Light, R. U. (1944). The progress of medical geography. *Geographical Review*, 34, 36–41.
- Łęcka, I. (1999). *Woda a choroby tropikalne*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie DIALOG.
- Łęcka, I. (2000). Water engineering projects and the spread of parasitic infections in tropical areas of Africa and Asia. *Miscellanea Geographica*, 9, 237–242.
- Łęcka, I. (2004). *Powolny rozwój geografii medycznej*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Magda-Żabińska, K. (1997). *Zróźnicowanie przestrzenne świadomości zagrożeń dla zdrowia mieszkańców wybranych miast województwa katowickiego*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Malczewski, J. (2010). Exploring spatial autocorrelation of life expectancy in Poland with global and local statistics. *Geography Journal*, 75(1), 79–92.
- May, J.M. (1952). *History, definition, and problems of medical geography: a general review*. International Geographical Union. XVIIth International Geographical Congress. Washington: The United Educational, Scientific and Cultural Organization.
- Mayer, J. D. (1987). *Związki między dwiema tradycjami w geografii medycznej: planowaniem systemów ochrony zdrowia i geografią epidemiologiczną*, PZLG, z. 1, Warszawa: PAN.
- Mazurkiewicz, L., Wróbel, A. (1990). *Przestrzenne problemy zdrowotności. Materiały konferencyjne*. Warszawa: Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN.
- Mazurkiewicz, L. (1993). Uwarunkowania niektórych chorób na obszarze województwa stołecznego. *Przegląd Geograficzny*, 65(3–4), 279–287.
- Michalski, T. (red). (2001). *Próba nowego podziału geografii medycznej. Koncepcje teoretyczne i metody badań geografii społeczno-ekonomicznej i gospodarki przestrzennej*. Poznań.
- Michalski, T. (2010). *Sytuacja zdrowotna w europejskich krajach postkomunistycznych w dobie transformacji*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Michalski, T. (2015). Changes in the health situation in the Czech Republic, Estonia and Slovenia during the transition period. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis, Facultas Rerum Naturalium. Geographica*, 46(1), 5–18.

- Michalski, T. (2018). History and main research currents in Polish medical geography. *Quaestiones Geographicae*, 37(2), 27–37.
- Mustard, F. (1998). *The Determinants of Population Health: A Critical Assessment*, Canada.
- Pantyley, V. (2008). Kierunki badań w geografii medycznej w Polsce i na Ukrainie. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, vol. LXIII, 15, 257–271.
- Parr, H. (2002). Medical geography: diagnosing the body in medical and health geography. *Progress in Human Geography*, 26(2), 240–251.
- Picheral, H. (1987). Geografia medyczna, geografia chorób, geografia zdrowia. *Spółeczna geografia medyczna*. Warszawa: PZLG, IGiPZ, PAN.
- Podolan, V. (1983). *Metodologičeskie osnovy medicinskoj geografii*. Sbornik nauenyh trudov, Leningrad.
- Poniży, L. (2006). Jakość środowiska przyrodniczego w aspekcie zachorowalności na wybrane choroby cywilizacyjne. *Regionalne Studia Ekologiczno-Krajobrazowe, Problemy Ekologii Krajobrazu*, 16/2, 361–373.
- Poniży, L. (2008). *Wpływ jakości środowiska przyrodniczego miasta na nasze zdrowie. Analiza przestrzenna na przykładzie Poznania*. Sorus, Poznań.
- Powęska, H. (1990). *Dostępność przestrzenna usług medycznych a zachowania medyczne ludności*. Biuletyn Informacyjny IGiPZ PAN 61.
- Rosenberg, M. W. (1998). Medical or Health Geography? Populations, Peoples and Places. *International Journal of Population Geography*, 4(3), 211–226.
- Ševčuk, L. T. (1987). *Osnovy medycnoji geografiji*. Lvivs'kyj deržavnyj universytet imeni Ivana Franka, L'viv.
- Ševčenko, V. (1994). *Mediko-geografičeskoje kartografirovanije territorii Ukrainy*. Zdorov'je, Kijev.
- Sęk, H. (1993). Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, z. 2.
- Szczygielski, K. (1992). Umieralność na nowotwory złośliwe w województwie opolskim w latach 1980–1986. *Śląsk Opolski*, 2(1), 10–21.
- Wilkinson, R. Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health. The Solid Facts (Second Edition)*. WHO, Copenhagen, Denmark.
- Zemła, B. (1979). Zawartość magnezu w wodzie do picia i potrzeb gospodarskich a zachorowalność na raka żołądka wśród ludności autochtonicznej i imigracyjnej w obrębie wybranego miasta górnośląskiego. *Polski Tygodnik Lekarski*, 34(47), 1825–1827.
- Zemła, B. (1980). Nowotwory złośliwe narządów trawiennych w populacjach imigrantów ze szczególnym uwzględnieniem miejsca urodzenia. *Polski Tygodnik Lekarski*, 35(30), 1141–1144.
- Zemła, B. (1983). Biogeograficzne aspekty zachorowalności na raka skóry. *Wiadomości Lekarskie*, 36(23), 1941–1950.
- Zemła, B. (1984a). *Geografia nowotworów złośliwych najczęstszych umiejscowień wśród mężczyzn i kobiet w świetle uprzemysłowienia i innych czynników*. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź: Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Zemła, B. (1984b). Geografia zachorowalności na nowotwory złośliwe krtani w obrębie województwa katowickiego w latach 1965–1974. *Otolaryngologia Polska*, 38(6), 501–506.
- Zemła, B. (1985). Geografia zachorowalności na raka żołądka w świetle twardości wody do picia i potrzeb gospodarskich. *Wiadomości Lekarskie*, 33(13), 1027–1031.

- Zemła, B., Zielonka, I., Banasik R. (1986). Ryzyko względne raka płuc w korelacji z paleniem tytoniu i narażeniami na aeropolutanty (pyły, gazy) w mikrośrodkowisku pracy. *Wiadomości Lekarskie*, 34(14), 946–956.
- Zemła, B., Kołosza, Z., Banasik, R. (1988). Zachorowalność na nowotwory złośliwe ogółem wśród mężczyzn i kobiet województwa katowickiego w latach 1975–1985. *Wiadomości Lekarskie*, 41(16), 1069–1076.
- Zemła, B., Zielonka, I., Skalska-Vorbrodt, J., Wołosza, Z., Banasik R. (1992). Rak płuca wśród autochtonów i migrantów Górnego Śląska a palenie tytoniu, narażenia w mikrośrodkowiskach pracy i zanieczyszczenia atmosfery. *Wiadomości Lekarskie*, 45(9–10), 349–353.
- Zemła, B., Kołosza, Z., Banasik, R. (1994). Geografia umieralności na nowotwory złośliwe ogółem (nr 140–208 wg M.KL.Ch) w województwie katowickim w latach 1985–1990. *Wiadomości Lekarskie*, 47(17–18), 683–687.

Notka biograficzna o autorze: Dariusz Góra, absolwent Wydziału Biologii i Ochrony Środowiska UŚ w Katowicach, uczestnik studiów doktoranckich Wydziału Nauk Przyrodniczych UŚ w Katowicach, nauczyciel chemii i biologii w szkole ponadgimnazjalnej.

Biographical note of author: Dariusz Góra, a graduate of the Faculty of Biology and Environmental Protection of the University of Silesia in Katowice, participant of doctoral studies at the Faculty of Natural Sciences of the University of Silesia in Katowice

ORCID: 0000-0003-2495-3191

e-mail: darczkeg@op.pl