
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN — POLONIA

VOL. LXIII, 15

SECTIO B

2008

Instytut Nauk o Ziemi, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

Wiktorija PANTYLEJ

Kierunki badań w geografii medycznej w Polsce i na Ukrainie

Approaches of researches in medical geography in Poland and Ukraine

WSTĘP

Celem niniejszego opracowania jest prezentacja historycznego rozwoju młodego nurtu wiedzy geograficznej – geografii medycznej – w Polsce i na Ukrainie, podziałów geografii medycznej według różnych autorów, a także analiza perspektywicznych kierunków badań z zakresu geografii medycznej w wyżej wymienionych krajach. Geografia medyczna jest często utożsamiana z nowoczesnym interdyscyplinarnym nurtem geografii społecznej, która zajmuje się między innymi badaniem przestrzenno-czasowego zróżnicowania stanu zdrowia ludności oraz opieki zdrowotnej w warunkach zmieniającej się sytuacji społeczno-ekonomicznej krajów, ich makroregionów i regionów. Subdyscyplina ta znajduje się na pograniczu geografii i medycyny, stąd pojawiły się jej różne określenia w środowisku medycznym (jako medycyny społecznej, social medicine) i geograficznym (jako geografii medycznej, medical/health geography). Zarówno na Ukrainie, jak i w Polsce geografia medyczna nie jest tak dobrze rozwinięta jak np. w państwach Europy Zachodniej czy też krajach Ameryki Północnej, wynika to z różnorodnych czynników, przede wszystkim sytuacji geopolitycznej w Polsce i na Ukrainie, gdzie przez dłuższy czas państwo sterowało i ingerowało we wszystkie sfery życia społecznego, w tym i w rozwój nauki. Zwłaszcza silny wpływ państwa na rozwój pewnych dziedzin nauki, w tym częściowo także geografii medycznej, był zauważalny w ZSRR, gdzie hamowano rozwój nauk zagrażających i krytykujących istniejący ustrój polityczny, dlatego też ożywienie badań z zakresu geografii medycznej na Ukrainie nastąpiło dopiero po uzyskaniu przez to państwo niepodległości. W Polsce natomiast na przełomie lat 50. i 60., a także 80. i 90. XX wieku powstawały nieliczne prace z zakresu geografii medycznej.

Ukraina i Polska jako obiekt badań zostały wybrane nieprzypadkowo, istnieją bowiem wspólne korzenie tej dyscypliny w obu sąsiadujących ze sobą państwach, wspólne problemy naukowo-badawcze i wspólne współczesne nurty badawcze.

KRÓTKI RYS HISTORYCZNY ROZWOJU GEOGRAFII MEDYCZNEJ NA ŚWIECIE

W literaturze naukowej brak jest jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, kogo należy uważać za twórcę pojęcia geografii medycznej. Według H. Picherala (1987) 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*. L. Ševčuk (1997) z kolei podaje, że po raz pierwszy pojęcia geografii medycznej użył włoski uczony 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.

Jak można się domyślać, poglądy na przedmiot i zadania geografii medycznej zmieniały się. R. U. Light (1944) traktował ją jako dyscyplinę badającą wpływ środowiska przyrodniczego na zdrowie człowieka i zajmującą się rozmieszczeniem chorób. J. M. May (1952) z kolei stwierdził, 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 zaś celem geografii medycznej jest, jego zdaniem, głoszenie sądów o tych zjawiskach. Inni badacze kładli nacisk na określenie wpływu czynników społeczno-ekonomicznych na zdrowie ludności (Szoszín 1966; Singh i in. 1976/77; Kratochvíl 1971; Armstrong 1972; Carfis 1986; Mayer 1987). Według A. T. Learmontha (1978) możemy zatem mówić o istnieniu dwóch odmiennie definiowanych geografii medycznych: tradycyjnego nurtu, określonego przez niektórych uczonych jako geograficzna epidemiologia, w której główny nacisk został położony na badanie rozmieszczenia i rozpowszechnienia chorób, ze szczególnym uwzględnieniem ich uwarunkowań ekologicznych, i nurtu o charakterze społeczno-przestrzennym, zajmującym się społeczno-przestrzennymi aspektami zdrowia i chorób.

V. J. Podolan (*Metodologičeskije osnovy...* 1983) określa z kolei geografie medyczną jako naukę kompleksową, zajmującą się następującą problematyką:

- 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.

W grupie prac, które ukazały się w ostatnich dziesięcioleciach, ważne są przede wszystkim ujęcia monograficzne, takich autorów, jak: I. Eyles, K. Wood (1983), K. Jones, G. Moon (1987), L. G. Pol, R. K. Thomas (1992), A. Schærström (1996), L. Ševčuk (1997), A. Keller, W. I. Kuvakin (1998), F. Mustard (1998), E. Harris, P. Sainsbury, D. Nutbeam (1999), M. S. Meade, R. S. Earickson (2000), R. Griffiths, L. Craze, R. Fernandez, R. Langdon, L. Gentles (2001), G. J. Andrews (2002), J. Mackenbach, M. Bakker (2002), R. Kearns, G. Moon (2002), M. Shaw, D. Dorling, R. Mitchell (2002), D. Lloyd, S. Newell, U. Dietrich (2004). Bardzo liczne z tego okresu są też publikacje o charakterze wąskospecjalistycznym, wśród których wymienić można J. Wolcha, Ch. Philo (2000), P. Hagetta (2000), W. M. Gesler, R. A. Kearns (2002) i innych. Szczególnie interesującą grupę tworzą badania społeczno-ekonomiczne uwarunkowań stanu zdrowia ludności (Robert, House 2000; Auerbach, Krimgold 2001; Davey Smith, Shaw, Dorling, Pearce 2001; Evans, Kantrowitz 2002). Z tego zakresu należy przytoczyć opracowania: R. Wilkinsona (1986) poświęcone związkowi pomiędzy wysokością dochodów ludności a jej umieralnością, a także monografię M. Marmota, R. Wilkinsona (2003) *Social Determinants of Health. The Solid Facts*, w której autorzy rozpatrują 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 „atlasów chorób”, głównie w Stanach Zjednoczonych, Rosji, Wielkiej Brytanii i Niemczech). Natomiast Polska i Ukraina są przykładami krajów o bardzo niskim stopniu integracji środowisk medycznego i geograficznego, co rzutuje negatywnie na rozwój geografii medycznej. Przyjrzymy się szczegółowo rozwojowi geografii medycznej w tych dwóch sąsiadujących ze sobą państwach.

BADANIA Z ZAKRESU GEOGRAFII MEDYCZNEJ W POLSCE

Według I. Łęckiej (2004) 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. 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* (Przestrzenne problemy zdrowotności... 1990). Zawiera ona definicję geografii medycznej, określa jej zadania badawcze oraz przyszłe kierunki rozwoju. Autorzy wydzielili 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 ludności obsługiwanej przez ten system oraz problematyce optymalizacji jego struktury terytorialnej. Także w innej pracy L. Mazurkiewicza (1993) przedstawiał swoje stanowisko w sprawie definicji i zadań badawczych geografii medycznej jako nauki o „środowiskowych uwarunkowaniach 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” (s. 281). Z opracowań o charakterze metodologicznym z zakresu geografii medycznej ważny wydaje się również artykuł M. W. Meksuły (1993)¹ o zastosowaniu kartografii w geografii medycznej, a także artykuł J. Paryska (1987) zawierający model sytuacji zdrowotnej ludności Polski.

Z opracowań empirycznych tego okresu należy odnotować następujące opracowania: J. M. Kostrzewskiego (1979), poświęcone ocenie sytuacji zdrowotnej Polski na tle sytuacji światowej, J. Klaneckiego na temat przestrzennego zróżnicowania umieralności niemowląt w Polsce, w układzie gmin w latach 1982–1984, B. Pułaskiej-Turyny (1990) dotyczące przestrzennego zróżnicowania umieralności w Polsce, G. Kaczorowskiego (1992) o przyczynach umieralności mężczyzn w Polsce w latach 1960–1989, K. Warakomskiej (1993) poświęcone analizie zróżnicowania przestrzennego zgonów ludności wiejskiej w Polsce w nawiązaniu do jej struktury wieku, a także publikację 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 prace: J. Kończalika, T. Dutkiewicza, Cz. Andryszka i D. Rachańskiego (1993)² – zawierająca ocenę stopnia degradacji środowiska i względnego ryzyka zgonu w obszarach ekologicznego zagrożenia, oraz V. Korporowicz (1993) – dotycząca ekologiczno-przestrzennego zróżnicowania chorób nowotworowych i układu krążenia w Polsce.

¹ *Zdrowie a środowisko...*, 1993.

² Tamże.

W zakresie opracowań dotyczących społeczno-ekonomicznych uwarunkowań stanu zdrowia ludności w Polsce wyróżniają się prace L. Frąckiewicz (1990)³, J. Malczewskiego (1990), A. Mazura (1988), J. Kopczyńskiego (1987), T. Żylicz (1989) i innych. L. Frąckiewicz (1990) podkreśla, że istotną przeszkodą w poprawie stanu zdrowia ludności jest niska świadomość społeczeństwa polskiego (w zakresie własnego zdrowia), lekceważenie zaleceń profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. A. Mazur (1988) z kolei analizuje związki poziomu umieralności w Polsce i wpływu czynników zewnętrznych (m.in. warunki pracy, sytuacja mieszkaniowa, warunki życia w aglomeracjach miejskich, zanieczyszczenie środowiska przyrodniczego). J. Malczewski (1990) w swojej analizie skupia się na przyczynach przestrzennego zróżnicowania trwania życia populacji mężczyzn w Polsce. Wiąże je m.in. ze strukturą zatrudnienia i warunkami pracy na obszarach miejskich oraz z warunkami mieszkaniowymi, zanieczyszczeniem powietrza i chemizacją rolnictwa na obszarach wiejskich. Szczególne znaczenie metodologiczne we współczesnej geografii medycznej ma także praca Cz. Andryszka (1991) o charakterze metodologiczno-aplikacyjnym, poświęcona opracowaniu kompleksowego systemu analiz zróżnicowania przestrzennego sytuacji zdrowotnej w Polsce, z uwzględnieniem metod taksonomicznych.

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. Wśród tych obiektywnych wyznaczników jakości życia mieści się także struktura organizmu człowieka i poziom funkcjonowania jego układów biologicznych, czyli zdrowie. Odwołując się do definicji stanu zdrowia WHO (1946), zaczęto utożsamiać dobrą jakość życia z subiektywnie dobrym samopoczuciem (de Walden-Gałuszko 1994). Zagadnienie to zaczęło też szerzej interesować geografów i demografów. W swoich badaniach poszukiwali oni powiązań między zdrowotnością grup społecznych a środowiskiem zewnętrznym i jego cechami określającymi jakość życia.

Istotne jest to, że niektóre z definicji jakości życia, które sformułowano w ciągu ostatniego dziesięciolecia, zawierają także pojęcie stanu zdrowia. Dla przykładu 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. Wśród tych obiektywnych wyznaczników jakości życia mieści się także

³ W pracy *Przestrzenne problemy zdrowotności...*, 1990.

struktura organizmu człowieka i poziom funkcjonowania jego układów biologicznych, czyli zdrowie. W zbliżony sposób definiują jakość życia N. Fjedorjenko i N. Rimaševskaja (1986)⁴, V. Gurjeva (1991).

Wśród współczesnych badaczy podejmujących problemy geografii medycznej w Polsce należy wymienić T. Michalskiego (Uniwersytet Gdański), I. Łęcką (Uniwersytet Warszawski), K. Magdę-Żabińską (Uniwersytet Śląski). 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 (*health demography, health care demography*, Pol, Thomas 1992). Interesujący dla tych rozważań jest artykuł o charakterze metodologicznym A. Podrażki-Malki (1995), w którym autorka rozróżnia pojęcia demografii zdrowia i geografii medycznej. Demografia zdrowia jej zdaniem koncentruje się wokół trzech głównych płaszczyzn: „stanu zdrowia populacji; ochrony zdrowia i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej; a także uwarunkowań demograficznych, epidemiologicznych i społeczno-ekonomicznych stanu zdrowia, potrzeb zdrowotnych oraz zagadnień związanych z ochroną zdrowia”. Natomiast geografii medyczną traktuje jako naukę zajmującą się „przestrzennym rozmieszczeniem i zróżnicowaniem m.in. chorób (zachorowalności), warunków zdrowotnych i stanu zdrowia, jak również rozmieszczeniem kadry medycznej, czyli dostawców opieki zdrowotnej, a także urządzeń i infrastruktury medycznej”. Zdaniem autorki, współczesne traktowanie terminu geografii medycznej łączy w sobie obydwa zaprezentowane przez A. Podrażkę-Malkę podejścia.

BADANIA Z ZAKRESU GEOGRAFII MEDYCZNEJ NA UKRAINIE

Na Ukrainie pierwszą osobą zajmującą się problemami z zakresu geografii medycznej był S. Podolyns'kyj, który opublikował w roku 1878 w Genewie swoją pracę *Żyttia i zdorov'ja liudej na Ukrajinii*.⁵ Stwierdził, że zdrowie jest największym dobrem człowieka, zależnym od okoliczności życia, stanu środowiska zewnętrznego i wielu innych czynników. Podjął też próbę pomiaru stanu zdrowia ludności na podstawie umieralności ludności, umieralności niemowląt, urodzeń, średniej długości trwania życia. Dokonał zestawienia i analiz najbardziej rozpowszechnionych chorób na Ukrainie, w powiązaniu z warunkami mieszkaniowymi i jakością odżywiania się ludności Ukrainy.

Na początku XX wieku ważnym ośrodkiem rozwoju geografii medycznej była Rosja. W 1954 roku w Leningradzie utworzono Komisję ds. geografii medycznej przy Towarzystwie Geograficznym. Analogiczne Komisje powstały w wielu oddziałach Radzieckiego Towarzystwa Geograficznego, w tym także lwowskim.

⁴ Żerjebin, Jermakova 2000, s. 3–11.

⁵ W pracy Ševčuk 1997.

Zasługą Komisji było opracowanie teoretycznych podstaw geografii medycznej, a także odpowiednich metod badawczych. Systematycznie odbywały się konferencje, zjazdy i narady naukowe poświęcone geografii medycznej.⁶ Jedna z nich odbyła się we Lwowie, we wrześniu 1964 roku, na której N. J. Škredova przedstawiła perspektywy badań medyczno-geograficznych w zachodnich obwodach Ukrainy. Na konferencji tej nie doszło jednak do uzgodnienia poglądów na temat przedmiotu i zadań geografii medycznej.

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 i 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 (przedsięwzięć) 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:

⁶ Medicinskaja geografija. Simpozium komissii medicinskoj geografii Meždunarodnogo geografičeskogo sojuza (Moskwa, 23–26 ijulija 1976 g.). Tezy dokladov, 1976, Moskva; Medicinskaja geografija: itogi, perspektivy, 1964, Izdatel'stvo AN SSSR, Sibirskoje otdelenije, Irkutsk; Problemy medicinskoj geografii. Doklady z pervomu naučnomu soveščanju po problemam medicinskoj geografii (Leningrad, 19–24 nojabria 1962 g.), pod red. Šošina A.A., Ignat'jeva E.I.), 1962, GO AN SSSR, Leningrad; Regional'nyje problemy medicinskoj geografii. Tezy dokladov. VII Vsesojuznaja konferencija po medicinskoj geografii, pod red. Biakova V.P. (Leningrad, sentiabr' 1987 g.), 1987, GO SSSR, Leningrad; Regionalnyje osobennosti zdorov'ja naselenija USSR i opyt realizacii kompleksnyh program „Zdorov'je” v uslovijach naučno-techničeskogo progressa: Materialy respublikanskoj naučnoj konferencii (Ternopol', 8–10 dekabnja 1988 g.), 1988, Kijev.

– 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).

Według O. Šablja (1993) jako przedmiot badań w geografii medycznej należy przyjąć „przestrzenną strukturę (organizację) tych aspektów społeczeństwa, które mają bezpośredni wpływ na zdrowie jego przedstawicieli, a także – samo zdrowie” (Zdrowie a środowisko... 1993). Z kolei monografia V. Ševčenka (1994) poświęcona jest nowemu kierunkowi zastosowań kartografii tematycznej na Ukrainie – opracowywaniu map medyczno-geograficznych. W pracy zostały przedstawione przedmiot i podstawy teoretyczne tego kierunku zastosowań kartografii, a także podane autorskie wyniki w postaci map medyczno-geograficznych. Obecnie badania w zakresie geografii medycznej prowadzone są na uniwersytetach medycznych Lwowa, Kijowa, Tarnopola, Iwano-Frankowska, na Uniwersytecie im. Iwana Franki we Lwowie (L. Ševčuk), a także w Instytucie Zdrowia Publicznego w Kijowie.

WSPÓŁCZESNE NURTY BADAWCZE W GEOGRAFII MEDYCZNEJ

Ze względu na przedmiot badań w światowej geografii medycznej wyróżnia się najczęściej następujące kierunki badawcze (Jones, Moon 1987; Rosenberg 1998):

– 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 (Picheral 1987);

– 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 (Przestrzenne problemy zdrowotności... 1990).

Według innego autora, T. Michalskiego (2001), współczesne nurty w geografii medycznej podzielić można następująco:

– nurty dotyczące seksualności – zajmujące się m.in. analizą sytuacji zdrowotnej kobiet (Ford, Siregar 1998), tzw. geografiami feministyczną (McDowell 1991), problemami prostytutki, a także opisem mniejszości seksualnych (Binnie, Valentine 1999);

– nurty dotyczące wieku ludności – skupiające prace nawiązujące do sytuacji lub potrzeb zdrowotnych dzieci oraz osób w wieku podeszłym (Warnes 1990);

– nurt radykalny – należy odnotować tutaj prace poświęcone problematyce dostępności do usług medycznych (Kearns, Joseph 1997), zwłaszcza w przypadku najuboższych warstw społecznych (Kanji, Harpham 1992).

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

1. Nurt integralny skoncentrowany jest wokół kwestii stanu zdrowia ludności, w powiązaniu z jakością i poziomem życia (Słaby 1990; Śmiłowska 1995; Marczyńska-Witczak, Michalski 1996; Kremlev 2000; Taksonomiczna analiza... 2000). 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 ludności.

2. Nurt matematyczno-statystyczny koncentruje się wokół poszukiwania integralnych wskaźników (mierników) stanu zdrowia ludności, uwarunkowań zdrowotnych, a także wokół ekonomicznej wartości zdrowia i życia ludności (Gądek 1991; Vojtenko 1991; Dartau, Jefremov 1995; Polz 1996; Karski 1997; Korporowicz 1999; Nagorna 2006). Szczególne miejsce w ramach tego kierunku badań zajmuje problem określenia znaczenia wpływu poszczególnych uwarunkowań, mierzalnych statystycznie, na stan zdrowia ludności konkretnych obszarów.

3. Nurt społeczno-ekonomiczny przewiduje analizę wpływu czynników społeczno-ekonomicznych (w tym poziomu zamożności, bezrobocia, warunków pracy i innych czynników) na stan zdrowia ludności (Bejnarowicz 1994; Bejnarowicz 1999; Ostrowska 1999; Ostrowska 2000; Warzywoda-Kruszyńska 2000; Kuryło 2006). 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.

4. Nurt ekologiczny związany jest przede wszystkim z badaniem wpływu zanieczyszczenia środowiska przyrodniczego na stan zdrowia ludności (Barnier 1995; Herman, Annau, Ayres i in. 1995; Hertzmann 1995; Czernobyl'skaja katastrofa... 1995; Bertollini, Dora, Krzyżanowski, Stanners 1996; Bugajov, Lagutin, Rogożyn, Kazak 1996; Gukalova 1999; Wcisło, Dutkiewicz, Kowalczyk 2002 i in.). W ramach tego kierunku niezbędna wydaje się kontynuacja badań w zakresie skut-

ków zdrowotnych, społeczno-gospodarczych, psychologicznych i ekologicznych awarii w Czarnobyliu.

5. Nurt demograficzny bada wpływ uwarunkowań demograficznych na stan zdrowia ludności (Induski, Kowalewski 1998; Stešenko, Piskunov 1998; Stešenko, Rudnyc'kyj i in. 1999; Bezrukov, Veržykovs'ka, Čajkovs'ka 2000; Gębska-Kurczewska, Miller, Supranowicz 2001 i in.).

6. Nurt społeczno-psychologiczny, obejmuje badania nad kulturą zdrowotną ludności, percepcją swojego własnego zdrowia/choroby oraz istniejącym systemem opieki medycznej (Duch, Uramowska-Żyto 1990; Dawydzik 1994; Healy, McKee 1997; Matusiak 1999; Czapiński, Panek 2000; Leowski 2000; Golinowska, Czepulis-Rutkowska, Kawczyńska-Butrym 2002; Kornai, Eggleston 2002; Kawczyńska-Butrym 2002; Osnovni šliachy... 2005). Na obecnym etapie reformowania służb zdrowia na Ukrainie i w Polsce, przy zmianie stereotypów kultury zdrowotnej polegającej na przenoszeniu odpowiedzialności za stan zdrowia ludności z państwa i instytucji państwowych na samych mieszkańców, podejście takie staje się niezwykle aktualne.

PODSUMOWANIE

Istnieją różnorodne podziały kierunków badań w geografii medycznej. Ich podstawą jest zwykle podział nurtów według przedmiotu badań, a także według ich aktualności. Najbardziej perspektywicznymi nurtami badań z zakresu geografii medycznej Polski i Ukrainy są, zdaniem autorki, następujące kierunki badań: integralny (skoncentrowany wokół kwestii stanu zdrowia ludności, w powiązaniu z jakością i poziomem życia), matematyczno-statystyczny (mający za zadanie poszukiwanie integralnych mierników stanu zdrowia ludności, uwarunkowań zdrowotnych, a także ekonomicznej wartości zdrowia i życia ludności), społeczno-ekonomiczny (przewidujący analizę wpływu czynników społeczno-ekonomicznych, takich jak poziom zamożności, bezrobocia, warunków pracy i innych czynników na stan zdrowia ludności), ekologiczny (związany z analizą wpływu zanieczyszczenia środowiska przyrodniczego na stan zdrowia ludności), demograficzny (badający wpływ uwarunkowań demograficznych na stan zdrowia ludności), społeczno-psychologiczny (badanie kultury zdrowotnej ludności, percepcji swego własnego zdrowia/choroby oraz istniejącego systemu opieki medycznej).

LITERATURA

- Andrews G. J., 2002: Towards a more place-sensitive nursing research: an invitation to medical and health geography, [w:] *Nursing Inquiry*, nr 9 (4): 221–238.
- Andryszek Cz., 1991: Zróżnicowanie przestrzenne sytuacji zdrowotnej kraju. Resortowy program badawczo-rozwojowy RPBR MZ. IV. „Optymalizacja opieki zdrowotnej i społecznej”. Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź.

- Armstrong R. W., 1972: Medical geography and health planning in the United States: prospects and concepts. [w:] Medical Geography. Techniques and Field Studies, [red.] McGlashan N. D. Methuen and Co. Ltd., London: 119–128.
- Auerbach J. A., Krimgold B. K., 2001: Income, Socioeconomic Status, and Health: Exploring the Relationship. National Policy Association, Washington D.C.
- Barnier M., 1995: Atlas wielkich zagrożeń: ekologia, środowisko, przyroda. Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Warszawa.
- Bejnarowicz J., 1994: Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowań. Wyzwania dla promocji zdrowia. [w:] Promocja zdrowia. Nauki społeczne i medycyna, nr 1–2: 9–36.
- Bejnarowicz J., 1999: Niektóre cechy zmiany stanu zdrowia ludności w okresie zmiany systemowej w wybranych krajach europejskich. [w:] [red.] Latoszek M., Zdrowie i choroba. Promocja zdrowia dla gmin i instytucji edukacyjnych. Gdańskie Towarzystwo Naukowe, Gdańsk.
- Bertollini R., Dora C., Krzyżanowski M., Stanners D., 1996: Environment and health. Overview and main European issues, WHO Regional Publications, European Series, nr 68. EEA Environmental Monograph, nr 2, WHO, Copenhagen.
- Bezrukov V. V., Verżykovs'ka N. V., Čajkovs'ka V. V., 2000: Stan zdrow'ja i nadannja medyčnoji dopomogy litnim liudiam. [w:] Visnyk social'noji gigijeny ta organizaciji ochorony zdrow'ja Ukrainy, nr 3: 53–59.
- Binnie J., Valentine G., 1999: Geographies of sexuality – a review of progress. Progress in Human Geography, vol. 23, nr 2: 175–187.
- Bugajov V. M., Lagutin A. J., Rogożyn O.G., Kazak S. S., 1996: Zminy zdrow'ja naselennja Ukrainy vnaslidok Čornobyl's'koji katastrofy. Vydannja Sojusu Ukrainok Ameryky, Kyjiv.
- Carfis P. C., 1986: Geografija prirodných lečebných bogatstv SSSR. Mysl, Moskva.
- Černobyl'skaja katastrofa, 1995: [red.] Bar'jachtar V.G. Naukova dumka, Kiev.
- Czapiński J., Panek T., 2000: Diagnostyka społeczna. Warszawa.
- Dartau L. A., Jefremov L. I., 1995: Ispol'zovanije novych informacionnych tjechnologij dlja monitoringa i ocenki populjacionnogo zdrow'ja. [w:] Zdravoochranjenje Rossijskoj Federaciji. Moskva, nr 4: 21–26.
- Davey Smith G., Shaw M., Dorling D., Pearce N., 2001: Explanations for Socio-Economic Differences in Health. Symposium on Explanations for Socioeconomic differences in Health. Massey University Centre for Public Health Research, Wellington New Zealand.
- Dawydzik L., 1994: Przekształcenie w opiece zdrowotnej nad pracującymi w Polsce – od medycyny naprawczej do umacniania zdrowia. [w:] Gniazdowski A., Promocja zdrowia w miejscu pracy. IMP, Łódź.
- De Walden-Gałużsko K., 1994: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Duch D., Uramowska-Żyto B., 1990: Zróżnicowanie społeczne a zdrowie, Konferencja naukowa pt. „Człowiek – Środowisko – Zdrowie”. PAN, Warszawa.
- Evans G. W., Kantrowitz E., 2002: Socioeconomic status and health: The potential role of environmental risk exposure. [w:] Annual Review of Public Health, nr 23: 303–331.
- Eyles I., Woods K., 1983: The social geography of medicine and health. Croom Helm, London.
- Ford N. J., Siregar K. N., 1998: Operationalizing the new concept of sexual and reproductive health in Indonesia. International Journal of Population Geography, vol. 4, nr 1: 11–30.
- Gądek K., 1991: Wstępne propozycje wskaźników społecznych. Biblioteka Wiadomości statystycznych GUS, Warszawa, t. 41.
- Gesler W. M., Kearns R. A., 2002: Culture, place, health. Routledge, London.
- Gębska-Kuczevska A., Miller M., Supranowicz P., 2001: Zagrożenia zdrowotne w XXI wieku wynikające ze starzenia się populacji. [w:] Problemy higieny i epidemiologii u progu XXI wieku. Materiały pokonferencyjne, Warszawa, nr 74: 138–142.

- Golinowska G., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M. i in., 2002: Opieka zdrowotna w Polsce po reformie służby zdrowia. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych. Raporty CASE, nr 53/2002, Warszawa.
- Griffiths R., Craze L., Fernandez R., Langdon R., Gentles L., 2001: Health and Equity: A Targeted Literature Review. South Western Sydney Area Health Service, University of Western Sydney, Sydney.
- Gukalova I.V., 1999: Geografični aspekty vyvčennja vplyvu ekologičnoji situaciji na liuds'kyj rozvytok v Ukrajinі (na prykladi naslidkiv Čornobył's'koji katastrofy), Ukrajin's'kyj geografičnyj žurnal, nr 4: 16–21.
- Hagett P., 2000: The Geographical Structure of Epidemics. Oxford University Press, Oxford.
- Healy J., McKee M., 1997: Health sector reform in Central and Eastern Europe: the professional dimension, Health Policy and Planning, nr 12: 286–295.
- Herman C., Annau Z., Ayres W., Hughes G., Krzyżanowski M., Levy B., 1995: Environment and health in Central and Eastern Europe: a report for the environmental action programme for Central and Eastern Europe. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington.
- Hertzmänn C., 1995: Environment and health in Central and Eastern Europe. World Bank, Washington D. C.
- Indulski J., Kowalewski J., 1998: Proces starzenia się populacji jako determinanta sytuacji zdrowotnej oraz popytu na usługi w ochronie zdrowia. [w:] Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce, aspekt medyczny i społeczno-demograficzny: 65–73.
- Jones K., Moon G., 1987: Health, Disease and Society: A Critical Medical Geography. Routledge&Kegan Paul, London–New York.
- Kaczorowski G., 1992: Umieralność mężczyzn w Polsce według wybranych przyczyn zgonów w latach 1960–1989. [w:] Studia Demograficzne, 1/107.
- Kanji N., Harpham T., 1992: After the war: prospects for the health of the poor in Luanda. Angola. [w:] [red.] Verhasselt Y., Philips D.R., Bailey W. Perspectives on Health and Development. GeoJournal, vol. 26, nr 1: 53–59.
- Karski J., 1997: Pozytywne mierniki zdrowia z perspektywy promocji zdrowia. [w:] Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia. Krajowa konferencja naukowa 6–7 czerwca 1997. Warszawa 1997: 42–47.
- Kawczyńska-Butrym Z., 2002: Zdrowie-choroba jako kategoria opisu położenia społecznego. [w:] [red.] Piątkowski W., Titkow A., W stronę socjologii zdrowia. Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Kearns R. A., Joseph A. E., 1997: Restructuring health and rural communities in New Zealand. Progress in Human Geography, vol. 21, nr 1: 18–32.
- Kearns R., Moon G., 2002: From medicine to health geography: novelty, place and theory after a decade of change. [w:] Progress in Human Geography, nr 26(5): 606–625.
- Keller A. A., Kuvakin V. I., 1998: Medicinskaja ekologija. PETROC, Sankt-Peterburg.
- Kłanecki J., 1990: Zróżnicowanie terytorialne umieralności niemowląt w gminach w Polsce, 1982–1984. [w:] Studia Demograficzne, nr 1/99. PAN, Warszawa.
- Kopczyński J., 1987: Umieralność szczerogłowa z powodu wybranych przyczyn w Polsce, „Polska 2000”, nr 2.
- Kornai J., Eggleston K., 2002: Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego, Warszawa.
- Korporowicz W., 1999: Ekologiczne uwarunkowania zdrowia. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa.
- Kostrzewski J. M., 1979: Stan zdrowia ludności Polski – dotychczasowe wyniki i dalsze kierunki badań. PZWL, Warszawa.
- Kratochvil O., 1971: The importance of medical geography in medicine, Geographia Medica, nr 2: 74–83.

- Kremlev N., 2000: Problemy oceny urovnja žizni naselenija, Voprosy statistiki, nr 8: 18–23.
- Kurylo I. O., 2006: Social'no-ekonomična struktura naselennja: evolucija, sučasnist', transformacija. Instytut demografičnych ta social'nych doslidžen' NAN Ukrainy, Kyjiv.
- Learmonth A., 1978: Patterns of Disease and Hunger: A Study in Medical Geography. David&Charles, London.
- Leowski J., 2000: Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia, Prawo i Medycyna, t. 2, nr 6–7: 21–30.
- Light R. U., 1944: The progress of medical geography, Geographical Review, nr 34: 36–41.
- Lloyd D., Newell S., Dietrich U., 2004: Health inequity: a review of the literature. Health Promotion, Northern Rivers Area Health Service (http://www.ncahs.nsw.gov.au/docs/echidna/Health_Inequity.pdf, 12 maja 2008 r.).
- Łęcka I., 2004: Powolny rozwój geografii medycznej. [w:] Badania geograficzne w poznaniu środowiska, [red.] Michalczyk Z. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin: 743–749.
- Marczyńska-Witczak E., Michalski W., 1996: Przestrzenne i czasowe zróżnicowanie warunków życia ludności w Polsce. Polskie Towarzystwo Geograficzne Oddział w Łodzi, Łódź.
- Matusiak M., 1999: Sondaż socjologiczny na temat służby zdrowia. [w:] [red.] Malczak-Duraj D., Społeczne aspekty reformowania służby zdrowia. Łódź: 209–215.
- May J. M., 1952: History, definition, and problems of medical geography: a general review. [w:] International Geographical Union. XVIIth International Geographical Congress. The United Educational, Scientific and Cultural Organization, Washington: 1–9.
- Mayer J. D., 1987: Związki między dwiema tradycjami w geografii medycznej: planowaniem systemów ochrony zdrowia i geografją epidemiologiczną. [w:] Społeczna geografia medyczna, PZLG, z. 1, PAN, Warszawa.
- Mazur A., 1988: Społeczno-ekonomiczne czynniki zróżnicowania umieralności w wielkich miastach w Polsce. [w:] Studia Demograficzne, nr 3/99, PAN, Warszawa.
- Mazurkiewicz L., 1993: Uwarunkowania niektórych chorób na obszarze województwa stołecznego, Przegląd Geograficzny, t. LXV, z. 3–4.
- McDowell L., 1991: The baby and the bath water: diversity, deconstruction and feminist theory in geography. [w:] [red.] Regulska J., Changing Gender Relations in Urban Space, Geoforum, vol. 22, nr 2: 123–133.
- Meade M. S., Earickson R. J., 2000: Medical Geography. Second edition. The Guilford Press, London.
- Metodologičeskie osnovy medicinskoj geografii. Sbornik naučnych trudov, 1983, [red.] Podolan V. J. GO SSSR, Leningrad.
- Michalski T., 2001: Próba nowego podziału geografii medycznej. [w:] Koncepcje teoretyczne i metody badań geografii społeczno-ekonomicznej i gospodarki przestrzennej. Praca zbiorowa pod red. H. Rogackiego, Poznań: 109–115.
- Mustard F., 1998: The Determinants of Population Health: A Critical Assessment, Canada.
- Nagorna A. M., 2006: Zdorov'ja: fundamental'ni i prykladni aspekty. „Nord-Pres”, Donec'k.
- Osnovni šliachy podal'shogo rozvytku systemy ochorony zdorov'ja v Ukraini, 2005: [red.] Lechan V. M., Rudyj V. M. Vydavnyctwo Rajevs'kogo, Kyjiv.
- Ostrowska A., 1999: Styl życia a zdrowie. IFiS PAN, Warszawa.
- Ostrowska A., 2000: Styl życia a zdrowie – bilans dekady. [w:] [red.] Domański H., Ostrowska A., Rychard A., Jak żyją Polacy? Warszawa.
- Parysek J. J., 1987: A multivariate statistical model of the influence of pathogenic factors on the spatial structure of the Polish population's health (using the canonical correlation model). [w:] Geographia Medica, nr 17: 177–185.
- Picheral H., 1987: Geografia medyczna, geografia chorób, geografia zdrowia. [w:] Społeczna geografia medyczna. PZLG, IGiPZ, PAN, Warszawa.

- Podrażka - Malka A., 1995: Demografia zdrowia – próba zarysu problematyki badawczej. [w:] *Studia demograficzne*, nr 3/121, PAN, Warszawa: 3–18.
- Pol L. G., Thomas R. K., 1992: *The Demography of Health and Health Care*. Plenum Press, New York.
- Polz M. A., 1996: Zdrowie i mierniki jego oceny. [w:] *Epidemiologia*. Podręcznik dla lekarzy i studentów, [red.] Jabłoński L. Wydawnictwo FOLIUM, Lublin: 131–147.
- Powęska H., 1990: Dostępność przestrzenna usług medycznych a zachowania medyczne ludności. *Biuletyn Informacyjny IGiPZ PAN*, z. 61.
- Przestrzenne problemy zdrowotności. Materiały konferencyjne, 1990: [red.] Mazurkiewicz L., Wróbel A. Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN, Warszawa.
- Pułaska - Turyna B., 1990: Terytorialne zróżnicowanie umieralności w Polsce. [w:] *Studia Demograficzne*, nr 3/101, PAN, Warszawa.
- Reducing inequalities in health: a European perspective, 2002: [red.] Mackenbach J. Bakker M. Routledge, London.
- Robert S. A., House J. S., 2000: Socioeconomic inequalities in health: an enduring sociological problem. [w:] [red.] Bird C. E., Conrad P., Fremont A. M. *Handbook of Medical Sociology*. SAGE, London.
- Rosenberg M. W., 1998: Medical or Health Geography? Populations, Peoples and Places, *International Journal of Population Geography*, vol. 4, nr 3: 211–226.
- Schærström A., 1996: Pathogenic paths? A time geographical approach in medical geography. Lund University Press, Lund.
- Ševčenko V., 1994: Mediko-geografičeskoje kartografirovanije territorii Ukrainy. *Zdorov'je*, Kijew.
- Ševčuk L. T., 1997: *Osnovy medyčnoji geografiji*. Lvivs'kyj deržavnyj uniwersytet imeni Ivana Franka, L'viv.
- Sęk H., 1993: Jakość życia a zdrowie. [w:] *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, z. 2.
- Shaw M., Dorling D., Mitchell R., 2002: *Health, Place and Society*. With a preface by Peter Hagggett. Pearson: London.
- Singh R. L., Singh Rana P. B., Singh B. P., 1976/1977: Approaches towards geography of health: a synoptic review, *Geographia Medica*, nr 6–7: 1–21.
- Słaby T., 1990: Poziom życia, jakość życia, Wiadomości statystyczne, nr 6.
- Social Determinants of Health, 2000, [red.] Marmot M., Wilkinson R. G. Oxford University Press, Oxford.
- Stešenko V., Piskunov S., Piskunov V., 1998: Starinnja naselennja Ukrajiny: stan, etnični osoblyvosti, perspektyvy. [w:] *Demografii doslidžennja*, випуск 20. Instytut Ekonomiky NAN Ukrainy, Kyjiv: 126–127.
- Stešenko V., Rudnyč'kyj O., Chomra O., Stefanovs'kyj A., 1999: Demografični perspektyvy Ukrainy do 2026 roku, Instytut ekonomiky NAN Ukrainy, Kyjiv.
- Szoszin A. A., 1966: Podstawy geografii medycznej. [w:] *Geografia medyczna*. PZLG, PAN, Warszawa, z. 3/4.
- Śmiłowska T., 1995: Zróżnicowanie poziomu życia i jakości życia w przekroju terytorialnym. *Z Prac Zakładu Badań Statystyczno-Ekonomicznych GUS i PAN*. GUS, Warszawa, z. 229.
- Taksonomiczna analiza przestrzennego zróżnicowania poziomu życia w Polsce w ujęciu dynamicznym, 2000: [red.] Zeliaś A. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków.
- Vojtenko V. P., 1991: *Zdorov'je zdorovyh*. *Zdorov'je*, Kyjiv.
- Warakomska K., 1993: Zróżnicowanie przestrzenne zgonów ludności wiejskiej a struktura jej wieku w Polsce. [w:] *Zdrowie a środowisko*, [red.] Mazurkiewicz L. Lublin: 144–155.
- Warnes A. M., 1990: Geographical questions in gerontology: needed directions for search. [w:] *Progress in Human Geography*, vol. 14, nr 1: 24–59.

- Warzywoda-Kruszyńska W., 2000: Bieda a zdrowie i szanse rozwoju dzieci, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, nr 18.
- Wcisło E., Dutkiewicz T., Kowalczyk J., 2002: Indicato-based assessment of environmental hazard and health effects in the industrial cities of Upper Silesia. [w:] *Environmental Health Perspectives*. vol. 110, nr 11, November 2002: 1133–1140.
- Wilkinson R., 1986: *Income and mortality*. [w:] *Class and Health: Research and Longitudinal Data*. Tavistock, London.
- Wilkinson R., Marmot M., 2003: *Social Determinants of Health. The Solid Facts (Second Edition)*. WHO, Copenhagen, Denmark.
- Wolch J., Philo Ch., 2000: From distributions of deviance to definitions of deviance: past and future mental health geographies. [w:] *Health & Place*, vol. 6, 3: 137–157.
- Zdrowie a środowisko. Materiały konferencji naukowej z geografii medycznej 14–15 września 1993: [red.] Mazurkiewicz L. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Žerjebin V., Jermakova N., 2000: Uroven' žizni naselenija – kak on ponimajetsja segodnja. [w:] *Voprosy statistiki*, nr 8: 3–11.
- Żylicz T., 1989: Umieralność w Polsce w opinii respondentów różnych dyscyplin – forum dyskusyjne. [w:] *Studia Demograficzne*, 3/97, PAN, Warszawa.

SUMMARY

This paper deals with the historical review of medical geography in the world, in Poland and in Ukraine. There are different approaches in medical geography: according to the research subject (ecological and economic approaches) and according to the current affairs of research (approach concerns sexuality, the age of the population and accordingly, accessibility of health care services to the population). To the author's mind, the most perspective approaches in medical geography in Poland and Ukraine are as follows:

- integrative – dedicated to the health status of the population in connection with the quality and life level;
- mathematical-statistical – connected with the problem of synthetic indexes of health status of the populations and factors influencing it, and with the problem of economic value of health and life of the population;
- social-economic – the analysis of the influence of socioeconomic factors (such as wealth measure, rate of unemployment, work conditions and others) on public health;
- ecological – connected with the researches dedicated to the analysis of environmental impact on public health status of the population;
- demographical – the analysis of demographical factors of forming public health status;
- social-psychological – health culture of the population, perception of the own health/morbidity and health care systems existing in different countries.