

**RAZGLEDI****OD MEDICINSKE GEOGRAFIJE H GEOGRAFIJI ZDRAVJA:  
RAZVOJ VEJE IN SLOVENSKE PERSPEKTIVE**

AVTOR

**Miha Staut**

Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper, Garibaldijeva 1, SI – 6000 Koper, Slovenija  
miha.staut@zrs.upr.si

UDK: 910.1:61(497.4)

COBISS: 1.02

## IZVLEČEK

**Od medicinske geografije h geografiji zdravja: razvoj veje in slovenske perspektive**

V prispevku je podan krajši pregled vsebin, ki jih pokrivata medicinska geografija in geografija zdravja skozi njun časovni razvoj. Nanizane in opisane so glavne tematske ter teoretsko metodološke smeri in podani njihovi relevantni primeri. Pri tem je posebej izpostavljen evolutivni proces, ki je pripeljal do novejših tematik in gledišč na zdravje in bolezni ter jih danes prepoznavamo pod imenom geografija zdravja. V slovenski geografiji je bila doslej geografija zdravja deležna obravnave le v nekaj delih, ki se brez izjeme uvrščajo v tradicionalne teme medicinske geografije.

## KLJUČNE BESEDE

geografija, geografija zdravja, medicinska geografija, Slovenija, razvoj veje

## ABSTRACT

**From medical geography to health geography: sub-disciplinary evolution and Slovene perspectives**

The article gives an overview of the themes covered by medical geography and health geography. Main thematic and theoretical turns in their evolutionary process are presented with relevant examples from home and abroad. By drawing on these examples, the extent to which a new geography of health has emerged in recent years is considered. As most small countries' national geographies, Slovenian is struggling to follow the explosion of thematic and theoretic orientations that are discernible in international trends. Consequently an apparent non-interest in health geography is more an expression of lilliputism than neglect.

## KEYWORDS

geography, geography of health, medical geography, Slovenia, sub-disciplinary evolution

Uredništvo je prispevek prejelo 25. februarja 2008.

## 1 Uvod

Zdravje obravnavajo številne vede, ki ponujajo zelo raznolika gledišča na skupno temo. Medicinski, sociološki, antropološki, politični, filozofski, ekonomski in tudi geografski pogledi ponujajo različne poudarke in interpretacije tematik, kot so:

- načini, prek katerih so zdravje in zdravstvene storitve povezani z družbenimi odnosi,
- socialna konstrukcija zdravja,
- kulturne razlike in pomen, ki ga pripisujemo zdravju,
- učinkovitost in enakopravnost zdravstvenih virov in zdravstvenega sistema,
- povezava etike in pravičnosti z zdravjem ter
- pomen okolja in kraja za zdravje (Curtis 2004; Jones in Moon 1992).

Namen prispevka je opisati proces razvoja izredno raznolike in vsebinsko bogate veje geografije, ki ima v Sloveniji precejšnje razvojne možnosti, vendar do sedaj ni bila deležna večje pozornosti. V prispevku osvetljujemo številne tematske sklope, s katerimi se geografija tradicionalno identificira, vendar niso nujno del raziskav, ki so bile opravljene v okviru geografije. Mednje sodijo:

- prostorsko porazdeljevanje zdravja in slabega zdravja ter ponudba in povpraševanje po zdravstveni oskrbi,
- interakcija med različnimi prostorskimi nivoji zdravstvenih politik in njihove organizacije,
- vplivi različnih dejavnikov okolja za nastanek bolezni,
- primerjalne raziskave zdravja različnih geografsko ali družbeno ločenih skupin ljudi ter
- pomen kraja in skupnosti za razumevanje vprašanj, povezanih s porazdeljevanjem zdravja. Na tem mestu je treba poudariti, da namen prispevka ni izčrpen pregled razvoja medicinske geografije in geografije zdravja po svetu in doma. Prav tako ne skuša podati vsesplošnega pregleda metod, ki so bile v tem okviru uporabljene. Osvetljuje ključne poudarke in prelomnice, ki so se zgodile v njenem razvoju, in v ta kontekst umeščena dela znotraj geografije v Sloveniji.

## 2 Razvoj medicinske geografije in vsebina njenega zanimanja

Knjiga *The dictionary of human geography* (Johnston in sodelavci 2003, 494) navaja varljivo enostavno definicijo medicinske geografije: »... *geografska analiza zdravja, bolezni, smrtnosti in zdravstvene oskrbe* ...«. Ta opredelitev nas navede na dve področji njenega zanimanja. Prvo obsega analizo prostorske spremenljivosti zdravja (ali pogosteje njegove odsotnosti). Pod tem naslovom se običajno izvajajo raziskave smrtnosti in/ali obolevnosti ter možnih okoljskih in družbenih dejavnikov, ki so do obravnavanega stanja ali dinamike privedli. Drugo področje pa obsega raziskave zdravstvene oskrbe v najširšem pomenu besede, vključujoč vse formalne (javne, privatne in prostovoljne) in neformalne oblike (samooskrba in laična oskrba), ki stremijo k zdravljenju, negi, preventivni dejavnosti in promociji zdravja. V njegovem okviru se pogosto sprožajo vprašanja o enakosti in enakopravnosti glede dostopnosti do zdravstvene oskrbe. Zgoraj omenjena opredelitev na ta način povsem vsebinsko izpušča novejšo smeri, ki so se v medicinski geografiji začele razvijati v osemdesetih letih prejšnjega stoletja, ki se v svojih izhodiščih trdneje opirajo na socialno teorijo. Za ta del medicinske geografije se je postopno uveljavil izraz **geografija zdravja**. Veliko avtorjev na tej osnovi deli medicinsko geografijo na »tradicionalno« in »sodobno« (Jones in Moon 1992). Glede na trenutno proizvodnjo znanosti znotraj znanstvene veje pa je težko opredeliti eno smer kot tradicionalno in s tem »staro«, saj sta še tudi dandanes obe dokaj enakovredno zastopani in dovolj uspešno sobivata tako znotraj geografije kot tudi navzven. Tovrstno pojmovanje bi kaj hitro privedlo do dualističnih vrednostnih opredelitev, ki v trenutnem stanju vede nimajo osnove, saj sta smeri bližje komplementarnosti kot kompetitivnosti (Kearns in Moon 2002).

Vsaka tipizacija raziskav v medicinski geografiji (kot v vsaki vedi) je neizogibno subjektivna in nepopolna. V pričujočem pregledu se avtor oprijema delitve medicinske geografije, ki sta jo opravili Curtisova

in Taketova (1996), saj meni, da delitev, zasnovana na teoretskih izhodiščih, v precejšnji meri določa tudi vsebino in uporabljen metodološki aparat.

## 2.1 Medicinska geografija

Smer medicinske geografije, ki obravnava **prostorsko spremenljivost bolezní in smrti**, ima zelo stare korenine. Že klasični misleci, kot je Aristotel, še bolj pa Hipokrat, so videli razmerja med zdravjem in boleznijo v neločljivi povezanosti med prebivalstvom s svojimi navadami ter okoljem, ki ga je obdajalo (Hippocrates). Kljub zgodnjim začetkom pa se je posebna veda oblikovala šele mnogo kasneje. Večino študij od začetka 18. stoletja dalje, ki so skušale na določenih krajih povezati kvantificirane podatke o boleznih z različnimi dejavniki okolja (običajno topografskimi ali podnebnimi) in navadami prebivalstva, je bilo opravljenih v okviru zdravniške stroke. Različni viri navajajo delo nemškega zdravnika Finkeja kot prvo, v katerem se pojavi izraz medicinska geografija (Riley 1987; Barrett 1998). Številna zgodnja dela na prehodu iz 19. v 20. stoletje so med drugim poudarjala kartografske prikaze. Za večino teh del je bolj značilno opisovanje kot analiza in velika odvisnost od pičlih podatkov, kar je stalnica širokopoteznih zgodnjih del. Nekatere modernejšje izraze medicinske kartografije najdemo v nacionalnih in svetovnih atlasih smrtnosti, na primer ameriški (Williams Pickle in sodelavci 1996), britanski (Howe 1963) ali francoski (Salem in sodelavci 2000a; 2000b). Tovrsten atlas za primer incidence raka imamo tudi v Sloveniji (Pompe-Kirn in sodelavci 1992).

Kakovostnejši podatki in izpopolnjene analitične tehnike so vodile v vse bolj artikurirane študije povezanosti med boleznijo in okoljem. **Bolezenska ekologija** oziroma **geografska patologija**, kakor se je prijel izraz za tovrstne študije, se ukvarja s prostorsko porazdelitvijo bolezní ter njihovo možno povezanostjo z okoljskimi dejavniki, v katerih se pojavlja oziroma ne pojavlja. Verjetno je najpogostejše citirano delo te vrste študija Johna Snowa (1855) o izbruhu epidemije kolere v Londonu sredi 19. stoletja. S kartiranjem stalnega prebivališča obolelih s smrtnim izidom, ki so se zgoščali v osrednjem delu Soha, in analizo dogodkov pred nastopom bolezní pri nekaterih posameznikih, je prišel do zaključka, da je za prenos bolezní kriva voda, za izbruh epidemije pa verjetno onesnažena voda iz črpalke na Broad Street v Sohu. Epidemija se je plegla, ko je tej črpalci dal odstraniti ročaj in tako onemogočil javno uporabo. Primer ne nakazuje le na iznajdljivost in pronicljiv um nekega londonskega zdravnika, ampak je poučen tudi zaradi uspešnega in hitrega prenosa njegovih izsledkov v prakso.

V nasprotju s Snowovo raziskavo danes študije te vrste prednostno uporabljajo agregirane podatke. Za take študije se je uveljavil izraz **ekološke asociativne študije**. V ta okvir spada večina raziskav nekdanjega Inštituta za geografijo. V tem duhu so bile za mestni občini Ljubljana in Koper opravljene vse relevantne raziskave na to temo (Špes in sodelavci 1996; 1997; 1998; 2001). Imele so interdisciplinarni značaj in pri njihovi izvedbi so sodelovali predstavniki različnih ustanov, med katerimi so pomembno vlogo odigrali tudi predstavniki Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije. Zdravstvene vidike kakovosti življenja zatorej večinoma niso raziskovali geografi ampak strokovnjaki s področja javnega zdravja. Delom, v katerih prevladuje empirično-analitična metodologija, je bila na ta način še dodatno odvzeta moč geografskega pojasnjevanja prostorskih neenakosti v zdravju. V to skupino sodi tudi sodelovanje geografa V. Klemenčiča s stomatologom I. Antoličem. Ugotavljala sta vzroke za povišano prevalenco zobne gnilobe pri šolski mladini v okolici Ilirske Bistrice (Antolič 1974).

Geografe ekoloških smeri je še posebej podžigalo vprašanje vzroka za prostorsko zgoščanje prebivalstva z določeno značilnostjo (na primer nekim tipom bolezní). Oblikovali sta se dve hipotezi:

- prva pravi, da so nekatera okolja po svoji naravi patogena (razvojna hipoteza),
- druga pa, da se na določenih območjih zgošča prebivalstvo s podobnimi značilnostmi (migracijska hipoteza).

Postavlja se vprašanje, ali je povečana razširjenost duševnih bolnikov v nekaterih deprivilegiranih delih mesta posledica patogenosti teh območij ali morda razmerij moči, ki so vsakovrstne marginalne skupine prisilile v naselitev v najslabših delih mesta (Dauncey in sodelavci 1993)?

Z ekološkimi študijami bolezní, ki so običajno presečne narave, so tesno povezane časovno-prostorske raziskave širjenja bolezní. Primeri takih študij se najpogosteje navezujejo na različne prenosljive bolezní. Eno začetnih temeljnih raziskav tega tipa sta opravila Cliff in Haggett (prvotni članek je bil objavljen leta 1988) na primeru širjenja ošpic na Islandiji (Haggett 2000). Primer je odličen za preučevanje širjenja pojavov v pokrajini, saj je Islandija precej izoliran otok in je redko poseljena. Zaradi tega obstaja precejšnja verjetnost, da je bolezen »stopila« na otok le na enem mestu in se je na druga območja širila sorazmerno počasi in pregledno.

Druga smer v medicinski geografiji, ki obravnava **prostorsko spremenljivost zdravstvene oskrbe**, se osredotoča na ponudbo in uporabo zdravstvene oskrbe. Poseben poudarek je zato na bolj ali manj učinkovitem prostorskem porazdeljevanju zdravstvenih ustanov. Zanj sta v uporabi tudi imeni **geografija zdravstvene nege** in nekoliko ožje **geografija zdravstvenih uslug**. Tovrstna stremjenja so privedla do raziskav, ki se osredotočajo predvsem na dve področji.

Prvo pokriva analize golega prostorskega porazdeljevanja zdravstvenih ustanov, na primer bolnišnic, klinik, zdravstvenih domov, privatnih ambulant. Podobnost s smerjo ekoloških študij prostorskega porazdeljevanja zdravja in bolezní je očitna. Primer je prispevek o zdravstvu objavljen v Geografskem atlasu Slovenije (Turel-Faleskini in Kladnik 1998).

Drugo področja zanimajo vprašanja neenakosti pri ponudbi in uporabi zdravstvenih uslug. Pogosto (ne pa vselej) so v te študije poleg prostorskih vključene strukturne značilnosti zdravstvenega sistema ter z njim povezana vprašanja dostopnosti in enakopravnosti. Primer tovrstne raziskave najdemo v Piryjevi analizi dostopnosti mreže zdravstvenih ustanov z vidika organizacije prostora po naseljih v savinjski regiji (Piry 1993). Nekaj osnovnih analiz dostopnosti do zdravstvenih ustanov na nivoju celotne države je po nekdanjih krajevnih skupnostih opravil tudi Krevs v okviru svojega doktorskega dela (Krevs 1998). Pri analizah avtorji pogosto predpostavljajo obstoj »optimalne« ureditve in porazdelitve zdravstvenega sistema. Ta koncept je v zadnjem času deležen precej kritik teoretske, metodološke in tudi praktične narave. Vsebinska in opredelitev zdravja in bolezní namreč nista problematizirana. Uporabljene predpostavke so bodisi (pre)poenostavljene bodisi nerealistične, kriteriji, ki določajo optimalnost pa v nasprotju s teoretskimi predpostavkami, niso absolutni. Nekatere izredno pomembne dejavnike, na primer osebne preference ali kakovost oskrbe, je namreč izjemno težko zajeti v model in podobno. Pogosto se v teh študijah tudi eksplicitno ali implicitno predpostavlja, da se bodo ljudje prednostno gibali znotraj, z raziskavo določenih nodalnih območij, kar v resničnosti seveda ne drži. Razen teh pa je še več praktičnih, političnih in socialnih omejitev za udejanjanje »optimalnih« rešitev. Nekatere izmed teh težav so bile izpostavljene v kasnejših študijah, ki so skušale urejanje prostora zgolj informirati, ne pa podajati planskih odločitev (Curtis 1996). Raziskav, ki skušajo razkriti motive za (ne)uporabo zdravstvenih storitev, in dejavnike, ki privedejo ljudi do uporabe določene zdravstvene ustanove v slovenski geografiji, ni bilo narejenih. Tovrstne raziskave se po svoji tematiki (ne pa tudi pristopu) dotikajo tretje smeri v medicinski geografiji, ki zadeva humanistične aspekte zdravja in zdravstvene oskrbe.

## 2.2 Nova medicinska geografija oziroma geografija zdravja

V zadnjih dvajsetih letih, še bolj pa v zadnjem desetletju, so se znotraj medicinske geografije začeli dogajati nekateri premiki, ki so se oddaljevali od tradicionalnih tem medicinske geografije. Slednja je v teh letih doživljala krizo kot manjša in ne posebno zanimiva veja družbene geografije (Rosenberg 1998). Za premik je značilno oddaljevanje od konceptov biomedicinsko opredeljene bolezní k širšim socialnim konstrukcijam zdravja in bolezní ter zdravstvene oskrbe. Razen tega se v geografiji zdravja, v nasprotju s tradicionalno medicinsko geografijo, uveljavljajo nekatere nove izstopajoče značilnosti. Prva je prav gotovo povečana zavest, da je kraj kot tisti »živeči konstrukt«, ki se vsakokratno ustvarja in preoblikuje v skladu z izkušnjami in razumevanjem okolja, izredno pomemben dejavnik, ki aktivno učinkuje na zdravje. To je v precejšnjem nasprotju s prejšnjo prakso, ki je videla prostor predvsem kot pasivno embalažo procesov, ki se v njem odvijajo (Rosenberg 1998). Na tem področju najdemo tri

skupine raziskav, ki temeljijo na različnih koncepcijah kraja. Prve so študije posameznih manjših lokalitet, kot na primer odzivi skupnosti na grožnje njene zdravstvene integritete. Druga skupina študij se tesneje veže na idejo pokrajini, kot na primer pokrajine obupa (angleško *landscapes of despair*) (Dear in Wolch 1987) in terapevtske pokrajine (*therapeutic landscapes*) (Gesler in Kearns 2002), vendar tudi potrošniške pokrajine, pokrajine moči in nadzora, pokrajine preнове in podobno. Končno sodijo po mnenju Kearnsa in Moona (2002) v to skupino še analize, ki uporabljajo metode večnivojskega modeliranja (*multilevel modeling*). Slednje razkrijejo dejanski vpliv kraja (ali prostora?) samega na sebi brez njegove vsebinske navlake. Druga značilnost premika h geografiji zdravja je identifikacija z jasnejšo teoretsko opredelitvijo in močnejšo oslombo v socialni in kulturni teoriji (Kearns in Moon 2002). O tem bo več govora v nadaljevanju. V istem prispevku izpostavljata še razvoj kritičnih stališč v obravnavanju zdravja in bolezni v odnosu do različnih socialno in kulturno pogojenih tematik kot so spolnost, etnija ali invalidnost. Razen tega se tematika iz bipolarnih analiz ekoloških asociativnih študij in analiz zdravstvene oskrbe razsloji na precej več tematskih sklopov.

**Humanistični premik:** Skladno z razvojem drugih vej družbene geografije so v osemdesetih letih kritike pre(poenostavljenih) normativnih konceptov racionalnega vedenja postale vse glasnejše. Premik se je torej zgodil v smeri preučevanja vzrokov za odločitve, povezane z zdravjem, in razumevanja vsebine zdravja in bolezni s strani laične, vendar tudi strokovne javnosti (stroka ni več omejena zgolj na medicinsko znanost ampak tudi na njen komplementarni del). Metodologijo, za katero se je postopno uveljavil izraz kvalitativna, te študije črpajo prednostno iz humanističnih ved. Če je bilo za študije predhodno opisanih smeri značilno mehanicistično prenašanje biomedicinske opredelitve bolezni v svoje analize, se je v novih pristopih pokazalo, da je razumevanje zdravja in bolezni, njihovih vzrokov, dojemanja lastnega in tujega zdravstvenega stanja, družbeno pozicioniranje bolnih, odnosov do bolezni in zdravja ter vzrokov in odločitev za (ne)uporabo zdravstvenih storitev in pogledov nanje sporno in terja posebno obravnavo (Butler in Parr 1999). V angleškem jeziku se je za osebni odnos, socialno vpetost ter dojemanje obstoja in vsebine bolezni uveljavil izraz *illness* v nasprotju z izrazom *disease*, ki označuje njeno klinično definirano prisotnost. Uporaba podrobnih študij primerov, kvalitativnih metod in teoretskega izbora subjektov, v nasprotju z naključnim, predstavlja paradigmatični premik v razumevanju veljavnosti in »resnice« in pomeni odklon od pozitivizma. Analiza kvalitativnih virov s pomočjo preučitve celovitih zgodb o zdravju in njegovi oskrbi omogoča vpogled v načine, kako posamezniki osmišljajo svoje življenje in življenje bližnjih v odnosu do dogodkov, ki učinkujejo na zdravje. Taka razmišljanja velikokrat nimajo veliko skupnega z »resničnostjo«, kot jo razumejo naravoslovne znanstvene vede, ampak bolj z načini posameznikovega dojemanja in razumevanja sveta. Pogosto citirane študij, ki se navajajo v tem okviru, so na primer Cornwellova študija o izpovedih o zdravju in bolezni v vzhodnem Londonu iz leta 1984 ali Donovanova študija o vplivu etnije na razumevanje zdravja in bolezni iz leta 1986 (Curtis 1996). Humanistični pristopi v geografiji zdravja vključujejo tudi študije ponudbe in uporabe zdravstvenih storitev s stališča uporabnika. Te analize se v nasprotju s tistimi, opisanimi v prejšnjih poglavjih, ki vsiljujejo vnaprej definirane koncepte, osredotočajo na uporabnikove predstave dostopnosti, primernosti in zadovoljstva. Primer je Scarpacijeva študija (1988) primerjave med pacientovimi ocenami dostopnosti določenih ustanov primarne zdravstvene oskrbe in dejanskimi čakalnimi dobami, ki niso razkrile povezanosti (Curtis 2004).

**Strukturalistični, materialistični in kritični premik:** Ta premik označuje povečano zanimanje za pomen zdravstvenih in socialnih služb, povezanih z zdravjem, za kakovost življenja in blaginjo ljudi. Smer, ki se je sicer razvila iz ekonomskih pristopov k preučevanju blaginje iz sedemdesetih let (kdo dobi kaj, kdaj in kje), se je od njih tudi oddaljila s poudarjenim zanimanjem za vlogo družbeno-gospodarskih procesov pri produkciji zdravstvenih neenakosti in delitvi dobrin (Curtis 2004). Velik del zagona so v preteklosti te smeri črpale iz marksističnih teorij razrednega boja, dominance in zatiranja. Smer izhaja iz naziranja, da je večji del zdravstvenih neenakosti vdelan v politične in ekonomske sisteme in posledično izhaja iz njih. Vzrokov za neenakosti zatorej ne gre iskati na individualnem nivoju, ampak v ekonomskih in političnih strukturah, ki prežemajo vse ravni življenja, tudi zdravje in še posebej dostop-

nost do njegove oskrbe. Primer materialistične smeri je raziskava prostorskega porazdeljevanja malarije v Freetownu, glavnem mestu Sierra Leone, kjer so angleške kolonialne oblasti po odkritju velike smrtnosti zaradi malarije začele voditi rasno segregacijsko naselitveno politiko (Frenkel in Western 1988). Avtorja vidita ta ukrep kot rasistično strategijo v smislu skoraj nezavednega pozicioniranja, kjer so Evropejci sebe videli po barvi in kulturi bistveno drugačne od manjvrednih domorodcev. V družbi pa obstajajo še številni drugi konflikti, ki niso nujno pomaknjeni tako daleč v preteklost. Tovrstne globoke strukture, ki imajo svoje korenine v razmerjih moči in posledice tudi v ustvarjanju zdravstvenih neenakosti, so na primer razmerja med spoloma (prednostno pri strukturiranju zdravja žensk), rasna in etnična razmerja, razmerja na ekonomski lestvici, razredna razmerja in politična razmerja. Nekateri ta razmerja imenujejo tudi »konflikt dominanc«, ki zajema najrazličnejše oblike razmerij moči med dominantnimi in zatiranimi družbenimi skupinami (Stainton-Rogers 1991).

V okviru te smeri prihaja tudi do poudarjenega zanimanja za odnose med posameznikovim delovanjem ter strukturnimi in materialnimi omejitvami, ki oblikujejo njegove izkušnje, povezane z zdravjem in zdravstvenimi storitvami. V svojih teoretskih izhodiščih se navezujejo na ideje britanskega socialnega teoretika Giddensa. Tovrstni odnosi so ponavadi obojestranski. To pomeni, da je na vsakdanji ravni posameznikovo delovanje omejeno s pravili, ki veljajo v družbi, časom in prostorom (na primer zaposlena oseba si v dopoldanskem času ne more privoščiti obiska specialista). Če je to (ne)delovanje množično, lahko sproži spremembo strukture (na primer prireditve urnikov specialistov na bolj ustrezen čas). Raziskave se torej osredotočajo na kompleksno prepletenost medsebojnega učinkovanja strukture in delovanja na zdravje in zdravstveno oskrbo (Gatrell 2002). Za ta sklop so torej značilne raziskave vplivov različnih političnih stanj, odločitev ali načrtov na strukturiranje zdravja ljudi.

**Kulturni premik in prestopanje meja:** Zadnja smer obravnava študije, ki se prednostno sklicujejo in opirajo na izhodišča kulture geografije. V velikih pogledih lahko ameriškega geografa W. Geslerja razumemo kot začetnika te smeri v medicinski geografiji. Trdi, da lahko geografija zdravja veliko pridobi z refleksijo in raziskovanjem terapevtskih procesov, ki se vršijo na različnih krajih skozi prizmo konceptov razvitih v novi kulturni geografiji, kot na primer »občutek kraja«, »pokrajina kot tekst«, »simbolične pokrajine«, »teritorialnost«, »skonstruirana resničnost«, »hegemonija in odpor«. Svoja razmišljanja združi v novem geografskem konstrukt, imenovanem »terapevtska pokrajina«, ki jo razume kot »... *geografsko metaforo za pomoč pri razumevanju, kako se proces zdravljenja vrši na različnih krajih (lokalitete, miljeji, inscenacije, situacije ...)* ...« (Gesler 1992, 743). V konfrontaciji bolnika in zdravnika uspešnost zdravljenja ne bo odvisna le od zdravnikove pronicljive analize težav, ki jih ima pacient, ampak tudi od idej in namer obeh udeleženih (na primer verovanja o bolezni in njenem zdravljenju, opis in interpretacija simptomov, prikrivanje nekaterih dejstev), razmerja v odnosu, ki se med njima vzpostavi (dominanca in odpor, tip medicinskega sistema, teritorialnost) in tudi fizičnih značilnosti samega kraja, kjer se njuna interakcija odvija (sanitarni videz, tip pohištva, razstavljeni inštrumentarij) (Gesler 1992).

V ta okvir lahko umestimo tudi razmišljanja o problematizaciji ureditve prostora ne le v bolnišnicah, ampak številnih drugih ustanovah (zapori, vojašnice, delavska taborišča, sanatoriji ...), ki s svojim ustrojem služijo nadzoru in s tem ohranjanju razmerij moči in znanja. Posamezniki, opredeljeni kot bolni, so odstranjeni iz svojega domačega okolja v skupnosti in družini in podvrženi temu, kar je Foucault (1963) imenoval »medicinski vpogled«: analitično in znanstveno opazovanje z namenom identifikacije bolezni in spremljanja zdravljenja. Proces prostorske institucionalizacije zdravljenja v bolnišnicah je na ta način privedel do razvrednotenja človeškega dostojanstva, kjer so »bolni« privedeni na skupen kraj, opazovani, obravnavani in znanstveno analizirani kot primeri bolezni ter skladno s tem grupirani in zdravljeni. Razmerja moči se ne glede na prejšnji status in ugled bolne osebe v takih klinikah porušijo in gredo od zdravnikov, ki so najvplivnejši strokovnjaki, prek tehničnega osebja do bolnikov. Zaradi tega so bili režimi v bolnišnicah pogosto tarča kritik, saj so številni pacienti čutili, da je njihova avtonomija ogrožena zaradi prenosa nadzora nad lastnim telesom na nekoga oziroma nekatere druge. Historični geograf Philo (1997) je analiziral ustroj viktorijanskih norišnic, ki so se zgledovale po zaporih. Prostor je bil sestavljen po vzoru »panoptikona«, kjer lahko nadzornik iz enega mesta nadzoruje

dogajanje v celotnem azilu in posledično tudi hitro posreduje za ponovno vzpostavitev reda (razmerij moči-znanja). Razen tega ugotavlja, da so bili ti prostori, ki so bili poleg »zdravljenja« namenjeni ustvarjanju in ohranjanju populacije, etiketirani kot »drugačni«, »deviantni« in tudi »nevarni«. Prostorski izraz nadzora in kaznovanja ter celo panoptikona pa se sploh ne omejuje na dogodke izpred sto let, ampak je vgrajen v številne bolnišnice, kjer je pod pretvezo učinkovitosti kaznovan vsak odklon od »normale« in bolnika razvrstijo vsega dostojanstva. Panoptikon se vse bolj udejanja tudi na številnih drugih področjih javnega življenja, kot na primer video kamere na javnih mestih, kartice, ki beležijo prihod in odhod iz službe, bančne kartice, mobilni telefoni, personalizirane vozovnice, vstopnice, ki beležijo čas in kraj vstopa in izstopa in podobno. Vse te naprave imajo cilj uprostorjanja nadzora nad gibanjem in dejanji opazovancev z namenom ohranjanja obstoječih razmerij družbene moči in ustvarjanja pohlevne in ubogljive »rase«. Nепrestana grožnja inšpekcije, ki ujame varovance v vseobsegajočem vidnem polju, povzroči prenašanje »zunanjega očesa« v ponotranjeno inšpekcijo. V končni fazi so varovanci (prebivalci) ujetniki lastne »volje«, ki jim je imponirana od zunaj. Na ta način se v družbi vzpostavlja nek zaporniški kontinuum, ki gre od najbolj varovanih kaznilnic do najrazličnejših pogojnih prostosti, celo tistih, ki jih večina pojmuje kot vsakdanje (Foucault 1963).

*Preglednica 1: Smeri v medicinski geografiji po Curtisu (1996)*

prostorska spremenljivost boleznih in smrti	prostorska spremenljivost zdravstvene oskrbe	humanistični premik	strukturalistični, materialistični in kritični premik	kulturni premik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• prostorsko porazdeljevanje boleznih</li> <li>• povezave med boleznijo in okoljem</li> <li>• ekološke asociativne študije</li> <li>• študije širjenja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prostorsko porazdeljevanje zdravstvenih ustanov</li> <li>• neenakost pri ponudbi zdravstvenih uslug</li> <li>• »optimalne« boleznih porazdelitve zdravstvenih ustanov</li> <li>• vzroki za (ne)uporabo zdravstvenih uslug</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• širše razumevanje zdravja in zdravstvene oskrbe</li> <li>• kraj kot aktivni dejavnik zdravja</li> <li>• odnos do boleznih in zdravja</li> <li>• načini posameznikovega dožemanja zdravja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• neenakosti v zdravju in dostopnosti do njegove oskrbe</li> <li>• razmerja med strukturnimi omejitvami in družbenim delovanjem pri oblikovanju zdravja in zdravstvene oskrbe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• razlaganje zdravja s pomočjo pristopov nove kulturne geografije</li> <li>• terapevtske pokrajine</li> <li>• preslikovanje družbenih razmerij moči/znanja in zdravstvu in zdravju</li> </ul>

### 3 Sklep

Slovenska geografija se je skozi svoj razvoj zelo malo ukvarjala z geografskimi vidiki zdravja in boleznih ter njene oskrbe. Tudi tista dela, ki so se bolj ali manj posredno dotaknila tovrstnih vsebin, so večinoma ostala pri golem opisovanju in prikazovanju prostorskega porazdeljevanja (slabega) zdravja. Tistih, ki so skušala obstoječe prostorske vzorce tudi pojasnjevati, pa je le peščica. Glede na teoretsko metodološka izhodišča iz zgoraj opisane delitve, lahko ta dela prednostno uvrščamo v prvo skupino del, ki se ukvarja s prostorsko spremenljivostjo boleznih in smrti, le dve pa sta taki, ki se dotakneta prostorskega porazdeljevanja zdravstvene oskrbe. Brez izjeme lahko ta dela uvrstimo v tradicionalno medicinsko geografijo. Del, ki bi se z novejših zornih kotov lotevala geografskih aspektov zdravja in slabega zdravja, pa v slovenski geografiji ne najdemo. Avtor se je v članku osredotočil le na dela, ustvarjena v okviru

geografije in bi rad na tem mestu poudaril, da prejšnja trditev za druge znanosti, prednostno družbo-slovnih in humanističnih usmeritev, ne velja. Čeprav se dela avtorjev teh znanstvenih disciplin do določene mere navezujejo na geografska vprašanja, se konceptualno od njih oddaljujejo. Zato lahko sklenemo, da na področju geografije zdravja (kot še na kakšnem drugem področju geografije) v slovenski geografiji zeva precejšnja luknja, ki je posledica pomanjkanja interesa in majhnosti slovenske geografije ter čaka ustvarjalnih avtorjev s svežimi idejami.

## 4 Viri in literatura

- Antolič, I. 1974: Sodne raziskave etnoloških faktorjev malokluzij pri šolski mladini po krajih in tipih naselij v SR Sloveniji. Ljubljana.
- Barrett, F. A. 2000: *Disease and Geography: The History of an Idea*. Toronto.
- Butler, R., Parr, H. 1999: *Mind and Body Spaces*. London.
- Curtis, S. 2004: *Health and Inequality: Geographical Perspectives*. London.
- Curtis, S., Taket, A. 1996: *Health and Societies: Changing Perspectives*. London.
- Daucey, K., Giggs, J., Baker, K., Harrison, G. 1993: Schizophrenia in Nottingham: Lifelong Residential Mobility of a Cohort. *British Journal of Psychiatry* 163. London.
- Dear, M., Wolch, J. 1987: *Landscapes of Despair: From Deinstitutionalisation of Homelessness*. Princeton.
- Foucault, M. 1963: *Naissance de la clinique – une archéologie du regard médical*. New York.
- Frenkel, S., Western J. 1988: Pretext or Prophylaxis? Racial Segregation and Malarial Mosquitos in a British Tropical Colony: Sierra Leone. *Annals of the Association of American Geographers* 78. Washington.
- Gatrell, A. C. 2002: *Geographies of Health: An Introduction*. London.
- Gesler, W. M. 1992: Therapeutic Landscapes, Medical Issues in the Light of New Cultural Geography. *Social Science and Medicine* 34-7. Amsterdam.
- Gesler, W. M., Kearns R. A. 2002: *Culture, Place and is Health*. London.
- Haggett, P. 2000: *The Geographical Structure of Epidemics*. Oxford.
- Hippocrates: *Airs, Waters and Places*. Medmrežje: [http://en.wikisource.org/wiki/On\\_Airs%2C\\_Waters%2C\\_Places](http://en.wikisource.org/wiki/On_Airs%2C_Waters%2C_Places) (25. 1. 2008).
- Howe, G. M. 1963: *A National Atlas of Disease Mortality in Britain*. London.
- Johnston, R. J., Gregory, D., Pratt, G., Watts, M. 2003: *The Dictionary of Human Geography*. Oxford.
- Jones, K., Moon, G. 1992: *Health, Disease & Society*. London.
- Kearns, R., Moon, G. 2002: From Medical to Health Geography: novelty, place and theory after a decade of change. *Progress in Human Geography* 26-5. London.
- Krevs, M. 1998: *Geografski vidiki življenjske ravni prebivalstva v Sloveniji*. Doktorsko delo, Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani. Ljubljana.
- Lilienfeld, D. E., Stolley P. D. 1994: *Foundations of Epidemiology*. Oxford.
- Philo, C. 1997: *Across the Water: Reviewing Geographical Studies of Asylums and Other Mental Health Facilities*. *Health and Place* 3. Amsterdam.
- Piry, I. 1993: *Razmestitev zdravstvene mreže – primer organizacije prostora z vidika javnih služb*. Savinjska, možnosti regionalnega in prostorskega razvoja. Ljubljana.
- Pompe-Kirn, V., Primic-Žakelj, M., Ferligoj, A., Škrk, J. 1992: *Zemljevidi incidence raka v Sloveniji 1978–1987*. Ljubljana.
- Riley, J. C. 1987: *The Eighteenth-century Campaign to Avoid Disease*. Basingstoke.
- Rosenberg, M. W. 1998: *Medical or Health Geography? Populations, People and Places*. *International Journal of Population Geography* 4. New York.
- Salem, G., Rican, S., Jouglu, E. 2000a: *Atlas de la Santé en France: Les causes de décès*. Paris.
- Salem, G., Rican, S., Jouglu, E. 2000b: *Atlas de la Santé en France: Comportments et Maldies*. Paris.
- Snow, J. 1855: *On the Mode of Communication of Cholera*. London.



- Stainton-Rogers, W. 1991: Explaining Health and Illness. Hempstead.
- Špes, M., Gspan, P., Hočevar, M., Jug, A., Lampič, B., Letnar Žbogar, N., Macarol-Hiti, M., Otorepec, P., Planinšek, T., Požoš, M., Sadar, K., Skobir, M., Smrekar, A. 1996: Vplivi fizičnega in družbenega okolja na zdravje prebivalstva v mestu Ljubljana: I. faza. Tehnično poročilo, Inštitut za geografijo, Inštitut za varovanje zdravja, Fakulteta za kemijo in kemijsko tehnologijo, Oddelek za tehniško varnost, Ministrstvo za okolje in prostor, Hidrometeorološki zavod. Ljubljana.
- Špes, M., Gspan, P., Hočevar, M., Jug, A., Lampič, B., Letnar Žbogar, N., Macarol-Hiti, M., Otorepec, P., Planinšek, T., Požoš, M., Sadar, K., Skobir, M., Smrekar, A. 1997: Vplivi fizičnega in družbenega okolja na zdravje prebivalstva v mestu Ljubljana: II. faza. Tehnično poročilo, Inštitut za geografijo, Inštitut za varovanje zdravja, Fakulteta za kemijo in kemijsko tehnologijo, Oddelek za tehniško varnost, Ministrstvo za okolje in prostor, Hidrometeorološki zavod. Ljubljana.
- Špes, M., Hočevar, M., Lampič, B., Skobir, M., Smrekar, A., Gspan, P., Jug, A., Krek, M., Mišigoj-Krek, J. 1998: Kvaliteta življenjskega okolja v koprski občini. Tehnično poročilo, Inštitut za geografijo, Fakulteta za kemijo in kemijsko tehnologijo, Zavod za zdravstveno varstvo Koper. Ljubljana.
- Špes, M., Cigale, D., Lampič, B., Natek, K., Smrekar, A. 2001: Ranljivost okolja na območju Mestne občine Koper. Tehnično poročilo, Inštitut za geografijo. Ljubljana.
- Taket, A., Mayhew, D., Gibberd, W., Hall, M., Bevan, G., Waring, D., Bertuglia, S., Tadei, R., Rising, J. 1986: RAMOS: a model of the spatial allocation of health care resources. Health projections in Europe: methods and applications. Copenhagen.
- Turel-Faleskini, A., Kladnik, D. 1998: Zdravstvo. Geografski atlas Slovenije. Ljubljana.
- Vrišer, I. 1976: Uvod v geografijo. Ljubljana.
- Vrišer, I. 1987: Uvod v geografijo. Ljubljana.
- Vrišer, I. 1998: Uvod v geografijo. Ljubljana.
- Vrišer, I. 2002: Uvod v geografijo. Ljubljana.
- Williams Pickle, L., Mungiole, M., Jones G. K., White A. A. 1996: Atlas of United States Mortality. Hayattsville.

## 5 Summary: From medical geography to health geography: evolution and Slovene perspectives

(translated by the author)

Different disciplines offer varying perspectives on health and society. Views from within medicine, sociology, anthropology, politics, philosophy, economics and geography will place varying emphasis on topics such as: the ways in which health and health services are linked to social relations, the social construction of health, efficiency, effectiveness, and equity in health and resources for health services, social justice and ethics as they relate to health, and the importance of place, environment and context as they relate to health (Curtis 2004; Jones and Moon 1992). In geography, as in other disciplines, fashions and emphases change. The article gives an overview of the themes covered by medical geography and health geography. Main thematic and theoretical turns in its evolutionary process are presented with relevant examples from home and abroad. By drawing on these examples, the extent to which a new geography of health has emerged in recent years is considered. However, it is not the intention of the article to provide an exhaustive overview of the history of medical geography as well as it is not its intention to cover all the relevant methods used in this strand of geography.

The *Dictionary of Human Geography* (Johnston et al. 2003, 494) provides a simplified definition of medical geography: 'the application of geographical perspectives and methods to the study of health, disease and health care'. This alerts us to two components for study.

The first encompasses the analysis of spatial variations in human health, or more often lack of health, and the search for environmental and social conditions, which may be causally connected to health or ill health. The recognition of the relevance of geographical factors and the nature of particular places

for the study of disease is long standing. Even though a separate discipline of 'medical geography' did not emerge until much later, it reaches as far back as to classical philosophers such as Hippocrates (Hippocrates). Finke was probably the first to use the term in the late 18<sup>th</sup> century (Barrett 1998; Riley 1987). Early studies were characterized by description, cartographical depictions and attempts to give broad overviews of medical conditions of places all over the world. Modern expressions of cartographic efforts in medical geography can be discerned in national atlases of health, mortality or disease (Howe 1963; Pompe-Kirn et al. 1992). Advances in analytical techniques and better availability of data gave way to studies in disease ecology or geographical pathology which take as their purpose the study of geographical patterns of disease in order to suggest possible environmental links. A classic example of this approach is Snow's study on the cholera epidemic in the mid 19<sup>th</sup> century in Soho, London (Snow 1855). Based on the geographical analysis of deaths and life-stories of few individuals, he concluded that cholera is transmitted by water and identified the pump in Broad Street as the source of infection. His studies used individual as well as area-level data while other are concerned only with data measurement at area level. These are often referred to as *ecological associative studies*, where the concern is to estimate relationships between aggregate-level data on morbidity or mortality and variables representing aspects of the physical and social environment. Most of the studies by Slovene geographers use this kind of approach (Špes et al. 1996; 1997; 1998; 2001; Antolič 1974). A major problem however, is the interpretation of the patterns found. The so called 'breeder hypothesis' states that increased incidence of illness is caused by particular factors, present in specific places. An alternative explanation is provided by the 'drifter hypothesis' which argues that high rates are due to inward migration by population with a common condition, such as schizophrenia (Dauncey et al. 1993). Closely related to disease ecology studies are *disease diffusion studies*, which examine the spread of disease over space through time. These are commonly used to explain the dynamics of infectious diseases, such as the study on the spread of measles in Iceland by Cliff and Haggett (2000).

The second strand in medical geography is focused on service provision and/or service use. Two main components can be distinguished within this strand. The first includes studies of the *structure and spatial patterning of health service facilities*. It is analogous to the disease-mapping strand of ecological medical geography. Examples from Slovenia include the section on health sector from the National atlas of Slovenia (Turel-Faleskini and Kladnik 1998). A second component is provided by studies which aim to identify *patterns of inequality in supply and use of services*, in some cases comparing these with structural and spatial configurations of health services which are presented as 'optimal' in certain criteria. Two studies of this type can be found in Slovene geography so far. The first made an attempt to assess the accessibility of health facilities in Savinjska region from the aspect of the organisation of space (Piry 1993). The second, done by Krevs (1998), calculated plain Euclidean distances to the nearest health facility. The concept of 'optimal allocation' has been recognized as extremely problematic from theoretical, methodological and even practical aspects as it usually implies the use of some highly simplistic criteria, a conception of accessibility constructed by the researcher rather than by the user, rational behaviour based on perfect information, etc. Some authors identify a third component focusing on reasons for *patient (non)utilization of health services* within this strand, which thematically relates to the humanistic aspects of health geography (Jones and Moon 1992).

More recent developments in medical geography have reinforced the shift of emphasis from *medical geography* towards *health geography*, which is more critical of biomedical and positivist views of health. The shift has been portrayed as indicative of a distancing from concerns with disease and the interests of the medical world in favour of an increased interest in well-being and broader social models of health and health care. Three salient themes can be identified as novel in this shift: the emergence of place as framework for understanding health, the adoption of stronger positions in socio-cultural theory, and the development of critical geographies of health (Kearns and Moon 2002).

In the third strand we find studies, which have been influenced by humanistic approaches. It is exemplified by work on concepts of health and health-related behaviour. These works are characterized by

the replacement of highly simplistic normative behavioural assumptions, which formed the basis of much earlier work, focusing on the nature of the motivations behind individual health-related behaviour and concern with understanding individual decision-making. The shift of emphasis from quantitative to qualitative investigation, the use of detailed case studies, and the theoretical selection of subjects represent a shift in the notions of validity employed in the conduct of research. They enable researchers to extract relevant concepts and constructs from people's explanations, from their stories, and from the way they make sense of their own and significant others' life (Curtis 1996). Such logical consistency does not need to be related with 'truth' but with how people perceive and act in the world.

The structuralist/materialist/critical turn in medical geography is characterized by a range of different types of social theory that studies of this type might draw on. Structuralist explanations derive much of their impetus from Marxist theories of oppression, domination and class conflict where inequalities are embedded in society. They suggest that economic relations and power relations underpin all areas of human activity, including health and access to health care. In classic Marxist accounts, human agency is absent from explanations, implying there is no free will driving our health-related decisions. Causes for inequalities are therefore not to be searched on individual but rather the economic, political and social level, where paradoxically medicine often serves to perpetuate them. There are, however, other deep structures embedded in society that are based on the conflict of dominance, such as gender, social, cultural, ethnic and political relations and the conflict between the owners of the means of production and those employed, structuring people's health (Stainton-Rogers 1991). In search of the middle ground between humanist and structuralist explanations, the structuration theory, most closely related to the British social theorist Anthony Giddens, emerged. It recognized the duality of structure and agency acknowledging that structures shape social practices and actions but conversely such structures can create and recreate social structures (Gatrell 2002).

The last strand consists of studies in various ways informed by the concerns of cultural geography. It represents the changing views of the importance of space and place to individuals on their health. This aspect is specifically taken up by Gesler (1992), who argues that there is much to be gained in the exploration of therapeutic processes in different settings by the application of concepts drawn from cultural geography such as sense of place, landscape as text, symbolic landscapes, negotiated reality, etc. He integrates these concerns within the notion of the *therapeutic landscape* seen as 'the metaphor for aiding in the understanding of how the healing process works itself out in places' (Gesler 1992, 743). Within this line of thought, we also find issues concerning the newly problematized medical 'gaze' closely related with power/knowledge relations, initially made explicit by the French philosopher Foucault (Philo 1997).

In conclusion, we can state that Slovene geography did very little research related to spatial aspects of health and health service provision. This is even more true for research focusing on themes recently labelled as the 'new medical geography' or 'health geography' where the focus is on distancing from negative biomedical definitions of health and going beyond highly simplistic concepts of normative behavioural theory. As most small countries' national geographies, Slovenian is struggling to follow the explosion of thematic and theoretic orientations that are discernible in international trends. Consequently, an apparent non-interest in health geography is more an expression of its small character than neglect.

