

Sociološke dimenzije šećerne bolesti tipa 2

SRĐAN GOLUBOVIĆ¹, IVAN PRISTAŠ¹

¹Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za medicinsku informatiku i biostatistiku

Sažetak U radu pokušavamo u kratkim crtama kroz literaturni pregled nabrojiti sociološke dimenzije dijabetesa tipa 2. Od globalnih društvenih procesa, globalizacije i urbanizacije, do zdravstvene sposobnosti pojedinca, pokušavamo sažeti aktualna saznanja o društvenim dimenzijama pandemije dijabetesa kroz različit utjecaj na obrasce ponašanja i stilove života. Čak i ovakva površna analiza može biti dobar indikator gdje i kako intervenirati u društvene strukture kako bi se pandemija dijabetesa zaustavila i kontrolirala. Shodno tome, najveća odgovornost leži u institucijama na koje klinička i znanstvena struka ima malo realnog utjecaja, ali bi je trebalo osnažiti kroz javnozdravstvenu metodologiju.

Ključne riječi. Dijabetes tip 2, društvene determinante zdravlja, bihevioralni obrasci, državni servisi

Dijabetes je kronična neizlječiva bolest koju pacijenti sa sobom nose od trenutka postavljanja dijagnoze pa do kraja svog života. U svjetskim razmjerima poprimio je oblik pandemije čiji uzroci i posljedice izlaze iz područja djelovanja medicine. Općenito govoreći, na dijabetes utječu socioekonomski i sociokulturni status te globalne društvene promjene¹. Razmjer pandemije dijabetesa u velikom broju istraživanja nadmašuje čak i znanstvene projekcije. Tako je 1995. godine Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) radila projekcije epidemije dijabetesa za 2025. godinu². Ukratko sažeta, njihova se projekcija kretala od 135 milijuna oboljelih 1995. godine prema 300 milijuna oboljelih u svijetu 2025. godine. Prema procjenama Međunarodne dijabetičke federacije (International Diabetes Federation, IDF) već 2015. godine u svijetu je bilo 415 milijuna oboljelih od dijabetesa³. Naravno, prema projekcijama uvijek treba pristupati oprezno i možda blagonaklono, jer ovise o toliko mnogo faktora da je gotovo nemoguće točno izračunati trendove u budućnosti.

U medicinskim krugovima uvriježeno je mišljenje kako je dijabetes bolest obilja. I zbilja, dijabetes možemo smatrati bolešću obilja, ali detaljnija analiza sugerira ne baš jednoznačnu i jednostavnu situaciju. Dijabetes spada u nezarazne bolesti i epidemiološki karakter te bolesti počeo se nazirati tek nakon industrijalizacije, progresivne modernizacije, poboljšanja stanovanja, poboljšanja sanitarnih čvorova, opskrbi vodom te razvojem antibiotika i cjepiva. Do kraja 19. i početka 20. stoljeća zarazne bolesti u danas razvijenim državama zauzimale su prioritet sustavu javnog zdravstva. Navedenim razvojem industrije, infrastrukture i medicine polako možemo govoriti o *epidemiološkoj tranziciji*. Epidemiološka tranzicija podrazumijeva prijelaz sa zaraznih na kronične nezarazne bolesti kao primarnom brigom sustava javnog zdravstva, od kojih je jedna bolest i dijabetes⁴.

Zanemarimo li kompleksnost pojma, dijabetes zbilja jest bolest obilja. Razvijene zemlje svijeta imaju visoku prevalenciju dijabetesa, a samim time i visoke troškove liječenja dijabetesa.

Ipak, detaljnijom analizom možemo vidjeti kako su u razvijenim zemljama dijabetesom disproporcionalno zahvaćeni siromašniji slojevi društva. Kod zemalja u razvoju situacija je malo drugačija. Prevalencija je još uvijek niža, ali je unutarnja struktura zahvaćenih dijabetesom obrnuta nego u razvijenim zemljama, to jest više je oboljelih među bogatijim slojevima društva⁵.

Dva su glavna razloga ovakvoj distribuciji prevalencije, urbanizacija i globalizacija. Naravno, globalizacija i urbanizacija nisu pojmovi koji označavaju jednostavne i odvojene procese nego više djeluju kao uzajamne društvene sile oblikujući društva. Urbanizacija, a samim time i stil života koji sa sobom donosi, prvenstveno iskazan u sjedilačkom načinu života i manjku fizičke aktivnosti u isto vrijeme doprinosi razvoju dijabetesa i pogoršava njegovu kontrolu. S druge strane, negativan učinak globalizacije najviše možemo primijetiti u povećanoj proizvodnji i unosu hrane male nutritivne vrijednosti, ali bogate zasićenim mastima i rafiniranim šećerima. Iako niti urbanizacija niti globalizacija nisu univerzalno negativni procesi nego kontekstno specifični, ovdje smo naveli samo primjere njihovih negativnih utjecaja⁵.

Novi podaci i trendovi pokazuju kako zemlje u razvoju bilježe porast broja oboljelih od dijabetesa. Glavni uzrok tog porasta vidi se u povećanoj urbanizaciji. I dok u slučaju razvijenih zemalja možemo govoriti o svojevrsnom dosizanju platoa prevalencije, zemlje u razvoju zbog povećane urbanizacije još uvijek bilježe porast u prevalenciji i to daleko značajnije i po drugačijim i nepovoljnijim sociološkim obrascima nego što se to prethodno događalo u danas razvijenim zemljama. Urbanizacija mijenja način života, smanjuje se manualni rad, smanjuje se fizička aktivnost, hrana je bogatija kalorijama te dolazi do porasta pretilosti⁶. Obilje proizvoda i usluga (prehrambenih, transportnih i elektroničkih) postaje istovremeno raspoloživo u svim zemljama bez obzira na razvijenost. Tako se populacije zemalja u razvoju nespremnije prilagođavaju na nove načine života i na njih novi trendovi djeluju nepovoljnije nego u razvijenim zemljama u kojima je proces imao puno veće vrijeme prilagodbe potrebno za kritično podizanje svijesti, brige i promjene u stilovima života.

Posebno mjesto u analizi dijabetesa zauzimaju etničke manjine i starosjedilački narodi. Kod navedenih populacija primijećeno je kako imaju izrazito visoke stope dijabetesa. Iako ti fenomeni nisu do kraja shvaćeni, smatra se kako uz genetske predispozicije, socijalnu isključenost i nedovoljan pristup zdravstvenim uslugama uvelike utječu na visoku prevalenciju. Također, kod određenih zajednica značajan je utjecaj i kulturalnih faktori. Na primjer, u određenim kulturama povećana tjelesna masa odraz je višeg socijalnog statusa, stoga su osobe povećane tjelesne mase smatrane imućnijima, zdravijima i mudrijima^{1,3,4}.

Pomaknemo li se s pretežno makrosocijalne razine analize prema mikrosocijalnoj vidjet ćemo na koji način se društvena problematika dijabetesa odnosi na život pojedinca. Jedan od zanimljivijih pristupa koji reflektira društvenu problematiku vezanu za dijabetes jest *zdravstvena sposobnost* oboljelih od dijabetesa. Zdravstvena sposobnost podrazumijeva kombinaciju ekonomskih, socijalnih i kulturalnih resursa u smislu brige pacijenata o samima sebi. Navedeni pristup pacijente dijeli u tri skupine: niska, srednja i visoka zdravstvena sposobnost⁷.

U kategoriju *niske zdravstvene sposobnosti* spadaju dijabetičari nižeg ekonomskog statusa, često nezaposleni. Loš ekonomski status otežava im kupovinu zdravije hrane što je još više potencirano udaljenosti supermarketa s jeftinijom hranom. Ipak, ekonomski deficit nadoknađuju socijalnim resursima, to jest pomoći od strane obitelji i prijatelja.

No, i ovdje postoji problem koji se najviše vidi u obiteljskoj dinamici prehrane, to jest dijabetičari rade kompromise u pripremi prehrane što zbog „pristojnosti“, što zbog odbijanja obitelji u smislu prilagođavanja prehrani dijabetičara. Također, zbog svoje smanjene ekonomske moći dijabetičarima u ovoj kategoriji teško je stvarati socijalne veze izvan obitelji.

Kulturalni resursi se odnose pretežno na obrazovanje o dijabetesu. Ovdje ima problema koji su također vezani za ekonomski status. Slabo procjenjuju svoje znanje o dijabetesu i prehrani te im je teško procijeniti koji su izvori informacija točni. Pristup internetu i računalna znanja utječu na odnos prema dijabetesu što zbog nemogućnosti pristupu informacijama preko interneta ili neznanja rukovanja računalnom tehnologijom. Također, kuharice i recepti za dijabetes često su komplicirani i skupi.

Dijabetičari koji spadaju u kategoriju *srednje zdravstvene sposobnosti* u boljoj su ekonomskoj situaciji i nije im toliko teško izdvajati za posebnu prehranu. Kako su ekonomski neovisniji, pridržavanje pravilne prehrane više je stvar osobnih stavova ili obiteljske dinamike prehrane. Više se interesiraju i imaju bolji pristup informacija o dijabetesu, ali navode kako imaju problema s pouzdanosti izvora informacija na internetu (problem poznat kao „informacijsko zagađenje“ ili „informacijsko preopterećenje“).

Kategorija *visoke zdravstvene sposobnosti* nema nikakvih ekonomskih problema. Zanimljivo, u ovoj kategoriji ima puno više muškaraca nego žena i često se oslanjaju na pomoć žena u upravljanju dijabetesom. Financijska sigurnost nudi im mogućnost vođenja odvojenih prehranbenih života unutar obitelji. Također, kao i dijabetičari srednje zdravstvene sposobnosti, zainteresirani su za informacije o dijabetesu, ali imaju isti problem pouzdanosti informacija koje primaju.

Vidljivo je iz pristupa zdravstvene sposobnosti kako ekonomski resursi uvelike uvjetuju način na koji se dijabetičari nose s bolešću. Drugim riječima, što je ekonomski status bolji, to im je lakše nositi se s dijabetesom. Sumiramo li pregled istraživanja i saznanja o društvenim dimenzijama dijabetesa vidimo kako se medicinska praksa isključivo kroz zdravstveni sustav teško može boriti s pandemijom dijabetesa. Globalni društveni procesi kao što su modernizacija, urbanizacija i globalizacija utječu na čitave svjetske regije i zemlje. Također, vidljivo je kako gotovo svako društvo može imati specifične društvene probleme, na primjer visoke prevalencije dijabetesa među starosjedilačkim narodima i etničkim manjinama.

Društveni problemi vezani uz dijabetes nisu se previše mijenjali od 50ih godina 20. stoljeća gdje također vidimo kako su jedine učinkovite intervencije bile one provedene kroz same društvene strukture i sveobuhvatne javnozdravstvene politike^{8,9}. Uspješno nošenje s epidemijom dijabetesa ne ovisi samo o medicinskoj struci niti o pomoći koju društvene znanosti mogu ponuditi, nego ponajprije o uspješnoj zajedničkoj višesektorskoj kampanji koja bi za cilj imala smanjenje socioekonomske nejednakosti u društvu (tzv. „health in all policies“ koncept). Za uspješnost ovakvog pristupa znanost je samo preduvjet dok velik dio odgovornosti počiva na političkim institucijama na koje bitan utjecaj trebaju imati javnozdravstveni stručnjaci.

Osmišljavatelji državnih servisa (s nadom da takvi među donositeljima odluka uopće postoje) pogotovo oni skloniji ekonomskim pokazateljima svojih odluka, moraju konačno osvijestiti da dobra kontrola kronične bolesti poput dijabetesa tipa 2 predstavlja ne samo uštedu troškova u zdravstvu, već značajnu zaradu kroz osposobljavanje produktivnosti u proizvodnji, obitelji i drugim aspektima postizanja blagostanja.

Također, ne mogu je prepustiti samo sektoru zdravstva, jer je puno ovdje navedenih mjera prevencije koji se odnose ponajprije na obrazovanje, privredu, graditeljstvo, okoliš, i zapravo sve sektore bez iznimke.

Možda je cijelu problematiku najbolje sažela voditeljica programa za šećernu bolest Svjetske zdravstvene organizacije dr. Gojka Roglić: "... Isto tako, većina ljudi zna da je važno kretati se, ali na zajednici je da to omogući. Ako je na ulici nesigurno zbog prometa ili kriminala, ako su teretane skupe, ako nema staze za bicikliste i sl., onda će se ljudi puno manje odlučivati za fizičku aktivnost. Puno toga je nažalost izvan odluka zdravstvenog sektora. O prijevozu, hrani, cestama, urbanom planiranju i sličnom ne odlučuje Ministarstvo zdravstva. Za značajne je promjene potrebna snažna politička volja cijele zemlje¹⁰".

Reference

- ¹ Azuamah YC et al. A review of sociological factors associated with diabetes mellitus. *The International Journal of Social Sciences*. 2013; 11(1): 131-137.
- ² King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*. 1998;21(9):1414-1431.
- ³ International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*, 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015. <http://www.idf.org/diabetesatlas>.
- ⁴ Zimmet P. Globalization, coca-colonization and the chronic disease epidemic: can the Doomsday scenario be averted? *Journal of Internal Medicine*. 2000;247:301-310.
- ⁵ Whiting D, Unwin N, Roglić, G, Diabetes: equity and social determinants. U: Blas, E., Sivasankara Kurup, A. (ur.): *Equity, social determinants and public health programmes*. World Health Organization. 1998; 77-94.
- ⁶ Singh, M, Khan, A M. Social determinants of diabetes. *Journal of Clinical & Medical Genomics*. 2015; 3(2): 1-11.
- ⁷ Weaver, R R, et al. Health capabilities and diabetes self-management: The impact of economic, social, and cultural resources. *Social Science & Medicine*. 2015;102:58-68.
- ⁸ Turnbridge, R E. Sociomedical aspects of diabetes mellitus. *The Lancet*. 1953;262(6792):893-899.
- ⁹ Walker, J B. Sociological implications of diabetes. *British Medical Journal*. 1955;2(4934):317-319.
- ¹⁰ MEDIX. Epidemija dijabetesa se rješava izvan zdravstvenog sektora. *MEDIX*. 2010;XVI(91):55-56.