

SVEIKATOS PROFILAKTIKOS DILEMOS IR IŠŠŪKIAI ŠIUOLAIKINEI VISUOMENEI

Profilaktika – be jokios abejonės, pati veiksmingiausia investicija į sveikatą, nors šiuo metu pačios didžiausios sumos skiriamos gydomajai medicinai ir individualiu lygmeniu. Gyvybiškai svarbu harmonizuoti šiuos resursus nukreipiant į profilaktiką populiariu lygmeniu. Turime suvokti, kad XXI a. bus didesnės medicinos paslaugų kainos, daugiau vyresnio amžiaus žmonių ir mažiau lovų ligoninėse.

Žinomas medicinos istorikas G. Rosenas¹, analizuodamas ankstyvąjį modernistinį periodą nuo 1500 iki 1750 m., labai gražiai atskleidė, kaip naujos valstybės teorijos ir ekonominės-politinės merkantilizmo doktrinos (naujos sistemos, sukurtos apie rinką ir komerciją) integruotai įtraukė ir visuomenės sveikatą. Šios teorijos esmė buvo tezė, jog negalima viena nuo kitos atskirti valstybės ir visuomenės gerovę. Valstybės interesas yra nacionalinė jėga ir gerovė, o tai gali užtikrinti tik didelė ir sveika populiacija bei minimalūs sveikatos netolygumai. Sveikata buvo laikoma šalies socialiniu kapitalu ir plačiai pripažinta, kad tai yra nacionalinės gerovės elementas². Jį sukuria valstybė ir žmonės, bendrai veikdami, kad pagerintų gyvenimo kokybę ir sąlygas taip, jog kiekvienas galėtų tinkamai išnaudoti savo fizinius, protinius ir socialinius sugebėjimus. Visa tai buvo paremta utilitarizmu – etine doktrina, kuria vadovaujantis teigiama, jog veiksmo moralinė vertė priklauso tik nuo to veiksmo bendro naudingumo visai žmonijai.

Kelis šimtus metų žinomos anksčiau aprašytos tiesos nurodo, kad joks epidemiologinis rizikos veiksnys nėra toks stiprus kaip skurdas – tai yra pagrindinė priežastis, kodėl mirštama, kada mirštama ir kur mirštama. Žinoma, jog didžiausias santykinio skurdo lygis yra Lietuvos kaime, mažiausias – didžiuosiuose miestuose. Žemiau santykinės skurdo ribos Lietuvoje gyvena ketvirtadalis kaimo ir kas vienuoliktas didžiųjų miestų gyventojas. Žemiau santykinės skurdo ribos gyvenančių kaimiečių vidutinės vartojimo išlaidos, skaičiuojant ekvivalentiniam vartotojui, buvo 25,8 proc., miestiečių – 23,3 proc. mažesnės už skurdo ribą. Santykinė skurdo riba Lietuvoje yra 15–20 proc.

ir per paskutinius penkerius metus praktiškai nepasikeitė. Pusę tarp skurstančiųjų sudaro kaimo gyventojai (tarp visų gyventojų – trečdalis, 33 proc.). Kaimo žmonės senesni negu miesto, todėl jų sergamumas didesnis. Sveikatos paslaugų prieinamumas kaime taip pat sudėtingesnis negu mieste. Literatūros duomenimis, pagal labiausiai paplitusį pajamų nelygybės rodiklį – *Gini* koeficientą – Lietuvoje nelygybė yra palyginti didelė. Minėtas koeficientas Lietuvoje keletą metų buvo lygus 0,354, arba 35,4 proc. Pajamų skirtumas siekė šešis kartus.

XX a. žmonija pasiekė didžiausių laimėjimų sveikatos srityje, lyginant su visais kitais istorijos periodais. Pačiais optimaliausiais paskaičiavimais, XIX a. viduryje vidutinis mirusiojo amžius buvo 35 metai dvarininkams, 22 metai – verslininkams ir 16 metų – darbo klasei. Pusę darbo klasės vaikų ir penktadalis dvarininkų vaikų mirdavo nesulaukę savo penktojo gimtadienio.

Didžiausi laimėjimai buvo pasiekti derinant sveikatos sistemos struktūrinius pokyčius, profilaktines priemones ir žmonių veiksmus. Lyginant su medicinos paradigma, sveikatos stiprinimo judėjimas turėjo ženkliai prastesnes sąlygas įvertinti jo veiklų veiksmingumą dėl veiklos specifikos ir tarpžinybinio bendradarbiavimo svarbos.

MOKSLINIŲ TYRIMŲ SPECIFIKA

Vykdydami mokslinius tyrimus, turime nemažai ko išmokti, tačiau labai daug žinių ir mokslinių atradimų vis dar yra neįdiegti. Biomedicininė mokslinių tyrimų paradigma paremta prielaida, kad nepriklausomas (intervencija) ir priklausomas (laukiamos išeitys) požymiai yra gerai ir *a priori* apibrėžti ir kad nepriklausomieji kintamieji yra išreikšti aiškia prasme turinčiais skaičiais, tinkamai išmatuojami, geriausiai, suprantama, intervalinėje skalėje. Laukiamos išeitys yra išreiškiamos esant „priežasties ir efekto“ sąveikai (pvz., intervencija leidžia pakeisti specifinę, su sveikata sietino elgesio determinantę). Be to, vidinis ir išorinis tyrimo validumas yra pamatuojamas. Šias sąlygas labai sunku išpildyti bendruomenėje vykdomoms sveikatos stiprinimo kampanijoms. Faktiškai sunkumai prasideda nuo sveikatos stiprinimo filosofijos, kuriai charakteringa visa eilė dilemų. Pirma siejasi su „priklausomo“ ir „nepriklausomo“ kintamojo dilema.

¹ Rosen G. A History of Public Health. The John Hopkins University Press. 1993:535.

² Gurevičius R, Beržanskytė A. J. P. Frankas ir socialinė medicina Vilniaus universitete. Sveikata. 1998;6:2-4.

Nepriklausomas dydis biomediciniuose tyrimuose gali būti apibrėžtas iš anksto. Sveikatos stiprinimo atveju sveikatos raštingumas (žinios, įgūdžiai), socialinė mobilizacija (tarpsektorinis bendradarbiavimas, įgalinimas, bendruomenės pokyčiai), aplinkos pokyčiai ir visuomenės politika bei organizacinė praktika (politiniai nusistatymai, įstatymai ir jų reguliavimas, sveikatos programų institucionalizacija) yra laikoma sveikatos stiprinimo išankstinėmis sąlygomis individualiu lygmeniu. Visi šie procesai ir jų išeitys yra gana sunkiai išmatuojami įprastiniais kiekybiniais matais ir dažnai reikalauja abiejų – ir kiekybinės, ir kokybinės – tyrimų orientacijų. Šiuo atveju būtina taikyti metodų įvairovę, žiūrėti į problemą iš kelių perspektyvų ir šaltinių. Vienas iš būdų – trianguliacija. Tai daug žadantis metodas, siekiant padidinti tyrimo rezultatų tikrumą. Šis būdas paprasčiausiai reiškia daugiau nei vieno tyrimo metodo taikymą tam pačiam klausimui nagrinėti, nes jis susijęs ne tik su pačiu metodu, bet ir su informacijos kryžminiu patikrinimu, panaudojant įvairius šaltinius, kelis metodus ir / ar kelis tyrinėtojus.

Taigi sveikatos stiprinimo moksliniai tyrimai apima įvairius objektus, taikant įvairius metodus, kurie yra kitokie, negu atliekant tradicinius biomedicinius tyrimus. Kai kas juos priskiria veiksmo mokslinių tyrimų (angl. *action research*) kategorijai. Tradicinių tyrimo metodų ir priemonių nepakanka, kad būtų galima įrodyti sveikatos stiprinimo sėkmę. Tyrimai turi atskleisti ne tik šių intervencijų veiksmingumą (angl. *effectiveness*), tačiau taip pat parodyti, kaip sveikatos stiprinimo programos veikia.

SVEIKATOS STIPRINIMO PROBLEMOS

Sveikatą stiprinti nėra taip paprasta ir lengva, kaip gali atrodyti iš pirmo žvilgsnio, ypač ne autoritarinėje, o demokratinėje visuomenėje. Čia turime reikalą mažiausiai su trimis dilemomis. Pirmą iš jų – **pasirinkimo laisvės dilema**. Vakarų Europos kultūroje vis plačiau pripažįstant nuomonių ir įsitikinimų įvairovę, autonomija tampa ta kertine vertybe, kuri turėtų užtikrinti tiek socialinę santarvę, tiek konstitucines asmens teises. Reikalavimas pripažinti kiekvieno asmens autonomiją įgauna moralinio principo prasmę ir yra pritaikomas kaip demokratinių vertybių (laisvės, teisingumo ir kt.) garantas tiek žmonių, tiek jų grupių tarpusavio santykių kontekste. Tai tampa centrine etine dilema stiprinant sveikatą, tačiau čia turime konfliktą tarp individo autonominių teisių ir atsakomybės prieš kitus. Sveikatos stiprinimas ir gyvenimo būdas paveikia asmeninę laisvę ir asmeninę

atsakomybę. Asmens laisvė ir sveikata abu yra labai svarbūs. Tačiau spaudimas ir įpareigojimas būti sveikam taip pat vertinama kaip ataka į asmeninę laisvę, neatsižvelgiant į faktą, jog bloga sveikata šią asmeninę laisvę gali labai rimtai pažeisti. Ši dilema spaudžia asmenį pasverti visus „už“ ir „prieš“ tarp asmeninių ir socialinių atsakomybių bei tinkamų ir netinkamų matų. Kiek daug valstybei leidžiama įsiterpti į asmeninį gyvenimą? Nuomonės labai plačiai skiriasi, o tai trukdo veiksmingai įsiterpti.

Įrodymų nebuvimo dilema. Moksliniai įrodymai apie sveikatos stiprinimo veiksmingumą dažnai yra silpni. Dėl anksčiau nurodytų priežasčių nėra taip lengva įrodyti, kad intervencija veikia. Tai ir yra pagrindinė priežastis to, kodėl atliekant veiksmingumo tyrimus ieškoma išeičių matų, tokių kaip elgesio pokytis, kuris gali būti labai skirtingas, veikia turimą sveikatos taikinį. Tai sukuria dilemą: dažnai poveikis pasirinktam sveikatos taikiniui negali būti išmatuotas arba nebuvo išmatuotas, arba taikiniai, kurie buvo pasirinkti nepakankamai aiškiai, parodo, kad visuomenės sveikata gerėja. Tai keblė dilema sveikatos politikams ir profilaktikos srities darbuotojams. Kokius taikinius pasirinkti ir kokio lygio įrodymų reikia, kad būtų galima paskatinti veiksmą? Nuomonės labai skirtingos, dažnai labai skeptiškai nurodant „įrodymais pagrįstą“ veiklą, jos visumą. Kai kurie sveikatos stiprintojai čia daugiau linkę matyti „įrodymų žvėrį“ (angl. *Evidence Beast*), kuris nesiderina su jų gerais norais padėti žmonėms.

Institucinė dilema. Sveikatos stiprinimo institucinė aplinka gali būti charakterizuojama kaip vertikalčiai decentralizuota ir horizontaliai fragmentuota. Viena vertus, visada yra nacionaliniai tikslai ir svarbiausi tikslai, tačiau nėra hierarchinės linijos, kaip juos pasiekti. Pvz., nėra nacionalinių standartų sveikatos stiprinimo tikslams savivaldybėse. Be to, dėl decentralizacijos sveikatos politika tapo savivaldybių politikų veiklos dalis, kuri dažnai turi savo tikslus ir interesus. Tai paveikia ir tokią svarbią sferą kaip sveikatai panaudojamos lėšos iš savivaldybių fondo, nes nėra bendrų struktūrų, būdingų vietinei sveikatos politikai. Tarpininkų (*stakeholder*) yra labai nedaug. Yra keletas sveikatos stiprinimo agentūrų, po truputį didėja sveikatos fondų ir įvairių „skėtinių“ bei žinių įstaigų, visokiausių tinklų, kurie turi savo pačių tikslus ir interesus. Taigi greta vertikalios decentralizacijos yra horizontali fragmentacija.

Kodėl reikia stiprinti sveikatą? Tuomet ji tampa ir resursu individo gyvenimui, ir socialine investicija visuomenės naudai. Reikalingi tiek kolektyviniai

veiksmai, tiek asmeninė atsakomybė už sveikatą. Visa tai atskleidžia, kad piliečiams reikalinga sveikatos politikos sistema, pritaikyta prie visuomenės poreikių ir kurioje būtų apręptos įvairiausios sritys. Jei politika sukurta teisingumo dvasia, prioritetas skiriamas tiems, kurių poreikis didžiausias. Labai reikia politikų, kurie supranta visuomenės sveikatos sistemą, pripažįsta politinę sveikatos svarbą visuomenei ir pasiruošę atitinkamai veikti. Ypač reikalingi ministrai – ne tik sveikatos, bet ir finansų, aplinkos, ūkio bei kiti, kurie supranta sveikatos svarbą ir jos indėlį jų pačių politikai ir veiksams įgyvendinti.

Norint pasiekti valstybės visuomenės sveikatos tikslus, lemiamą reikšmę turi partnerių mobilizavimas. Strategijos sėkmė – jos įdiegimas, o tai priklauso nuo įsipareigojimo. Vis labiau buvo pripažįstama, kad veiksmingiausia įsipareigojimo forma yra ta, kuri duodama laisvai, bet ne ta, kuri yra tik kaip specifinė kontrakto pareiga arba kaip atsakas į skatinamąjį užmokestį³. Reikės aiškiai suprasti vaidmenis ir atsakomybes, ypač dirbant su įvairių sektorių darbuotojais iš skirtingų kultūrų, profesijų ir kitaip dirbančių su klientais. Tai parodo, kaip svarbu siekti bendro sutarimo. Nors tam prireikia laiko, bet ta patirtis skatina

tikrai įsipareigoti ir taip randama geriausia ir visiems priimtina išeitis.

Siekiant šių tikslų, vadovavimo vaidmuo labai išauga, iš vadovo daug daugiau reikalaujama, negu buvo anksčiau. Būsimiems sveikatos vadybininkams svarbiausia bus veiksmingas pokyčių vadybos praktikavimas. Jie turi būti pasiruošę ir turėti galimybę imtis veiksmų, aiškiai suprasdami bendruomenių ir multiprofesinių organizacijų kultūrą. Jie turi suprasti savo vaidmenį, keičiantis organizacijoms ir bendruomenėms, joms padėdami susidoroti su neužtikrintumu, taip pat turi dirbti, tarpininkaudami tarp profesijų, įstaigų ir agentūrų ar populiacijos grupių, ir galiausiai šiems vadybininkams labai svarbu jausti poreikį tęsti savivertinimą, mokantis iš patirties. Dabar galime nusakyti, kokie sunkumai laukia tų, kurie atsakingi už jų rengimą ir profesinį tobulėjimą.

XXI a. žmonių saviraiškos jėga, sustiprinta komunikacinėmis technologijomis, bus pats svarbiausias ginklas mūsų profilaktikos ginkluotėje. Suprantama, turėsime turėti aiškius ir pasiekiamus tikslus, jie turės būti moksliskai pagrįsti ir adekvačiai paremti resursais. Tik tada galime laukti sėkmės.

Med. m. dr. Romualdas Gurevičius
Higienos institutas
El. p. guro@hi.lt

³ Gurevičius R. Sveikatinimo veikla Lietuvoje. *Sveikata*. 1996;6:32-34.

Health prevention dilemmas and challenges for the modern society

Dr. Romualdas Gurevičius

Institute of Hygiene, e-mail: guro@hi.lt

Article starts on historical highlights on this matter, citing famous citations from George Rosen's publication. The article focuses on difficulties in implementation of effective prevention activities which are based on different dilemmas. It was emphasized importance of intersectorial collaboration in the prevention activity. Serious risk factor which is beyond health sector, as poverty, is

mentioned. Particularity of research problems in biomedicine and health promotion area is shown. Due to complex problems of outcome and independent variable measurement the last still is in difficult position. Importance of the new generation of public health leadership was emphasized, especially knowledge and skills of change management.