
SVEIKATĄ STIPRINANČIOS APLINKOS KŪRIMAS

Antanas Janušauskas*

*Mykolo Romerio universiteto Viešojo saugumo fakulteto Valstybės sienos apsaugos katedra
Putvinskio g. 70, LT-44211 Kaunas
Telefonas 303668
El.paštas: antanasjanusauskas@mruni.eu*

Santrauka. Paskutiniaisiais dešimtmečiais stebimi gyvenimo pokyčiai, susiję su industrializacija, urbanizacija ir ekonomikos vystymusi, turi neigiamą poveikį daugelio ligų epidemiologijai. Daugumoje išsivysčiusių šalių pagrindinės gyventojų sveikatos problemos susijusios su nejudriu gyvenimo būdu, nesveika mityba, padidėjusio rūkymo ir alkoholio vartojimu. Taip pat pastebima, kad dažna problema yra ankstyvos mirtys nuo išeminės širdies ligos, insulto, nutukimo, cukrinio diabeto, hipertenzijos ar kai kurių onkologinių susirgimų. Kovoiant su šiomis tendencijomis, svarbu, kad vyriausybės ir vietinių bendruomenių lygmenyje būtų priimami įvairūs sprendimai, įtraukiant tiek viešąsias, tiek privačiąsias organizacijas. Žinoma, kad gyvenimo veiksniai turi pastebimą įtaką asmens sveikatai, sveikatos sutrikimų išėjimui bei sveikatos priežiūrai skiriamoms išlaidoms. Gyvenimo kokybės (GK) terminas su sveikata buvo pradėtas sieti po 1948 m., kada Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) pateikė svarbią konceptualią reikšmę iki šiol turintį sveikatos apibrėžimą: „Sveikata yra visapusiškas fizinis, dvasinis ir socialinis gerovės, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas“. Lietuvoje gyventojų GK tyrimai pradėti tik antroje paskutiniojo praėjusio amžiaus dešimtmečio pusėje.

Pagrindinės sąvokos: gyvenimo kokybė, visuomenės sveikata, sveikatos profilaktika, sveikatinimo programos.

ĮVADAS

PSO yra apibrėžusi „sveikatos stiprinimo“ sąvoką. Pasak PSO, „sveikatos stiprinimas yra procesas, leidžiantis žmonėms kontroliuoti ir gerinti savo sveikatą. Sveikata yra suprantama teigiamai, ji pabrėžia socialinius bei asmeninius išteklius ir fizinius gebėjimus. Todėl sveikatos stiprinimas, apimantis sveiką gyvenimo būdą ir bendrą gerovę, yra ne tik sveikatos sektoriaus atsakomybė.“¹

Vienas iš Lietuvos sveikatos programos, skirtos svarbiausioms šalies žmonių sveikatos problemoms spręsti, tikslų – gyvenimo kokybės gerinimas. Programoje nurodyta, kad „GK – svarbi visos sveikatos sistemos problema, reikalaujanti esminio prioritetų koregavimo ir sveikatos priežiūros resursų perskirstymo“². Pabrėžiama, kad „turimų lėšų negalima naudoti vien ligoms gydyti ir gyvenimui ilginti“. Programoje siūloma sudaryti sąlygas socialiai

¹ Rapley, M. Quality of life research: a critical introduction. Los Angeles. SAGE, 2008.

² Kazlauskaitė, M.; Rėklaitienė, R. Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė. Medicina. 2(41), 2005: 155–161.

remtinių žmonių, neįgaliųjų, sergančių lėtinėmis ligomis pacientų GK pagerinti. Lietuvos sveikatos programos rengėjai atkreipė dėmesį, kad GK iki šiol Lietuvoje beveik nebuvo tiriama ir vertinama. Todėl Programa rekomenduoja vykdyti nuolatinę GK stebėseną ir, remiantis jos duomenimis, rengti GK gerinimo programą. Norint sėkmingai įgyvendinti GK gerinimo strategiją, būtina įdiegti GK stebėsenos sistemą; suaktyvinti piliečių dalyvavimą sveikatos politikos formavime; gerinti visuomenės narių išsilavinimą; sveikatą pripažinti socialine norma; sveikatos priežiūros srityje daugiau dėmesio skirti gyvenimo kokybei³.

Dauguma mokslininkų pažymi, kad šiuolaikinis GK modelis yra pernelyg platus, apimantis daug gyvenimo sferų, tiesiogiai neveikiamų sveikatos ar jos priežiūros⁴. PSO sveikatą apibūdino kaip fizinę, protinę ir socialinę gerovę. Medicinoje GK dažniausiai vadinama su sveikata susijusia gyvenimo kokybe. Ji nagrinėjama siauresne prasme, apimančia fizinį, psichologinį ir socialinį sveikatos lygius, kurie yra veikiami individo patirties, įsitikinimų, lūkesčių ir pojūčių. Ji apibūdina žmogaus subjektyvų pojūtį, kaip jo sveikatos būklė veikia GK. Tik pastaraisiais metais Lietuvoje pradėta nustatyti žmonių GK, pritaikant įvairius GK matavimo instrumentus⁵. GK pradėjo tirti tiek klinacistai, tiek visuomenės sveikatos tyrinėtojai, epidemiologai.

Galima teigti, kad iki šiol atlikti tik gana fragmentiški GK tyrimai, apimantys ne visas amžiaus, socialines grupes ir ligų kategorijas. Iki šiol nėra atlikta pakankamai reprezentacinių nacionalinio lygio GK mokslinių tyrimų, galinčių plačiai ir išsamiai atspindėti problemą.

Hipotezė: Manome, kad pateikta objektyvi informacija padės kryptingam sveikatos propagavimui fakulteto bendruomenei ir efektyviam jaunimo sveikatos mokymui, t.y., paskatins pagalvoti apie žinių, susijusių su gyvensena, spragas; ugdyt bendruomenės narių sąmoningumą.

Šio straipsnio **tikslas** – pavišinti bendruomenei apibendrintus naujausius tyrimus ir rekomendacijas gyvenimo kokybės klausimais ir pagrindinių sveikatos veiksnių koregavimo perspektyvas.

Uždaviniai:

- Padėti suprasti gyvensenos įtaką sveikatai ir ligų atsiradimui.

³ Petrauskas D. Kauno universitetų studentų subjektyvios sveikatos, savijautos ir gyvensenos sąsajų vertinimas. Dis. med.m. dr. laipsniui įgyti. KMU, Kaunas, 2004,151.

⁴ Rybakovas, E. Determinants of strategy for improving the quality of life in local place. Social Sciences, 2011 4, (74), 50-62.

⁵ Šumskienė, J. Gyvenimo kokybės įvertinimas ir praktinė reikšmė. Gydytojas. 2005,10.

- Pateikti įvairių veiksmingų gyvenimo keitimo metodų ir priemonių bendruomenėje.
- Ugdyti bendruomenės narių motyvaciją sveikai gyventi ir aktyvus gyvenimo pokyčių stebėjimas.

Darbo metodologija: Mokslinės literatūros analizei atlikti taikyti lyginamasis analitinis, turinio analizės metodai, aprašomasis ir apibendrinimo.

GYVENIMO KOKYBĖS SAMPRATA IR GYVENIMO KOKYBĖS VERTINIMAS

Medicinoje GK terminas pirmą kartą paminėtas septintojo dešimtmečio viduryje žurnale „Annals of Internal Medicine“, Elkington J.R. straipsnyje „Medicina ir gyvenimo kokybė“. Jau tada buvo iškelta idėja imtis atsakomybės už žmonių, patyrusių inkstų transplantaciją, tolimesnio gyvenimo gerovę. Mokslinio požiūrio į GK raidos pradžia galima būtų laikyti sociologo Allard E. (1978) atliktą tyrimą „Turėjimas, mylėjimas ir buvimas“. Jo metu pirmą kartą užsiminta apie suminę objektyvių ir subjektyvių aplinkybių įtaką žmogaus gyvenimo gerovei. Aštuntojo dešimtmečio viduryje Mičigano universiteto sociologai atliko gyventojų GK tyrimus, nagrinėdami tokių sričių, kaip išsilavinimas, sveikata, šeima, asmeninis gyvenimas, darbas, aplinka ir materialinės sąlygos, įtaką žmonių gerovei. Pasitenkinimas bei laimė buvo pagrindiniai žmogaus GK vertinimo kriterijai. Straipsniuose mėginama apibendrinti GK koncepcijos ypatybes, analizuoti susidomėjimo šia tarpdisciplinine tyrimų sritimi priežastis, aprašyti GK tyrimų metodiką, instrumentų (klausimynų) savybes, praktinio pritaikymo klinikinį, epidemiologinį bei sveikatos ekonomikos tyrimų metu galimybes. Reikia pastebėti, kad pastaruoju metu didžiausia dalis GK tyrinėjimų yra skirta klinikiniam vaistų ir gydymo technologijų tyrimams. Atliekant atsiktinių imčių kliniskus eksperimentinius tyrimus, GK vertinimas tapo standartine metodikos dalimi, leidžiančia pademonstruoti gydymo poveikį įvairioms simptomų grupėms ir skirtingoms ligonio gyvenimo sritims. Kartu GK tyrimai pasitarnauja ir tikslingam sveikatos priežiūros lėšų paskirstymui⁶.

Globalinėje sveikatos politikoje svarbiausia laikoma PSO 1977 m. pradėta vykdyti sveikatos politika, kurios strategijoje „Sveikata visiems“ GK ir sveikatos stiprinimui suteikta išskirtinė reikšmė – pagrindinis dėmesys sutelktas į profilaktinius sveikatos palaikymo

⁶ Pukelienė, V., & Starkauskienė, V. QoL Concepts, Measurement and Challenges. Taikomoji ekonomika: sisteminiai tyrimai / Applied Economics: Systematic Research, 2009, 3 (2), 51-65.

klausimus. Netiesiogiai nurodyti ir sveikatinimo bei GK tikslai, teigiant, kad reikia siekti ne tik pailginti žmogaus gyvenimą, bet ir pailgėjusiam gyvenimui suteikti visavertiškumą⁷.

Tačiau GK samprata iki šiol medicinoje išlieka diskusijų objektu. Plėtojant holistinį sveikatos supratimą, PSO 1993 m. pasiūlė tokį GK apibrėžimą: GK – tai individualus savo vietos gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, kontekste, susijęs su individo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės lygio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka.

Mokslininkai pažymi, kad GK yra vertinama daugeliu aspektų ir turi apimti visas individo gyvenimo sritis. GK tyrimas grindžiamas plačia sveikatos perspektyva: fiziniu, psichologiniu ir socialiniu funkcionavimu bei gerove. Kartais visi neklinikiniai duomenys apie žmogų prilyginami GK, ir tai sukelia neaiškumą, kadangi sveikata ir žmogaus funkcinė būklė – tai tik dvi GK dimensijos. Sveikatos būklė veikia GK, tačiau jos nelemia⁸. Šiuo metu nustatyti penki požymiai, kurie atspindi šiuolaikinį GK modelį:

- GK savo prigimtimi yra daugialypė.
- GK apima subjektyvius ir objektyvius žymenis.
- GK yra dabar egzistuojančių individo gyvenimo aplinkybių įvertinimas.
- GK yra pagrįsta išpažįstamomis vertybėmis ir kintama.
- GK geriausiai gali įvertinti asmenys, pajėgūs atlikti subjektyvią savianalizę.

Įvertinti GK yra sudėtinga, kadangi pati GK sąvoka yra gana abstrakti. GK vertinti naudojami įvairūs klausimynai (instrumentai). Jie sudaromi, remiantis skirtingais GK apibrėžimais, modeliais. Nors ir nėra vieningos nuomonės, GK tyrėjai sutaria, kad visi GK tyrimų instrumentai turėtų matuoti tiriamojo fizinę būklę, psichologinį gerbūvį, bendravimą su kitais žmonėmis ir kasdienę veiklą⁹. Taip pat iki šiol nėra vieningos GK klausimynų klasifikacijos. Apibendrinant išanalizuotą literatūrą, GK klausimynus galima suskirstyti į šias grupes:

1. Bendriniai instrumentai. Jie dažniausiai naudojami populiacijos sveikatai stebėti epidemiologinių tyrimų metu, tačiau tinka ir įvairioms pacientų grupėms tirti bei

⁷ Santos, L.D., Martins, I., & Brito, P. Measuring Subjective Quality of Life: A Survey to Porto's Residents. *Applied Research in Quality of Life*, 2007, 2, 51-64.

⁸ Glanz, K.; Rimer, B. K.; Viswanath, K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2008, p. 552.

⁹ Marans, R.W., & Stimson, R. An Overview of Quality of Urban Life. In *Investigating Quality of Urban Life: Theory, Methods, and Empirical Research*. Social Indicators Research Series, 2011, 45, 1-33.

- įvairioms ligoms ir būklėms palyginti. Dėl platesnių naudojimo galimybių šie instrumentai yra deramai išbandyti esant įvairioms klinikinėms būklėms ir taikyti skirtingoms pacientų grupėms. Jie gali įvertinti nepageidaujamą šalutinį gydymo poveikį fizinei, psichinei ir socialinei sveikatos sritims ir atspindėti bendrą gydymo poveikį paciento gyvenimui. Plačiausiai naudojami ir žinomiausi bendriniai GK tyrimo instrumentai yra: Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, SF-36, EuroQoL, WHOQOL-100. Jie apima keturis pagrindinius GK komponentus: fizinę būklę, psichologinę gerbūvį, bendravimą ir kasdienę veiklą.
2. Specifiniai instrumentai. Šie instrumentai skirti kokios nors vienos būklės (skausmo, silpnumo) intensyvumui išmatuoti, funkcijos sutrikimo (miego, darbingumo, seksualinės funkcijos) įtakai subjektyviam sveikatos pojūčiui įvertinti. Šie instrumentai jautriau nei bendriniai matuoja ir nedidelius sveikatos pakitimus. Specifiniai ligos vertinimo klausimynai buvo sudaryti siekiant stebėti gydymo efektyvumą, ligos eigą bei atskirų specifinių simptomų išraiškas.
 3. Specifiniai sričiai instrumentai. Jie skirti tam tikriems sveikatos aspektams matuoti. Specifiniai sričiai GK klausimai matuoja tam tikrus atskirus požymius: skausmą, nuovargį, miego sutrikimus, fizinį funkcionavimą. Šio instrumento pavyzdžiai gali būti Beck depresijos skalė, McGill skausmo klausimynas.
 4. Naudos GK instrumentai. Tai daugiau specializuoti GK tyrimo instrumentai. Jie skirti ekonominiams kainos naudos įvertinimams ir rečiau naudojami klinikinių eksperimentinių tyrimų rezultatams vertinti. Tokio tyrimo instrumento pavyzdys yra EuroQoL (EQ-5D) klausimynas. Jis tinkamas daugeliui ligų ir būklių įvertinti, matuoja fizinį, psichinį ir socialinį funkcionavimą, tačiau rekomenduojamas naudoti lygiagrečiai su kitais instrumentais.
 5. Individualizuoti GK tyrimo instrumentai. Individualizuoti GK instrumentai leidžia kiekvienam respondentui pačiam įtraukti ir įvertinti gyvenimo aspektų svarbą. Tokio klausimyno pavyzdys yra Patient Generated Index. Jo klausimų sudarymas pagrįstas Calman K.C. GK apibrėžimu, kuris teigia, kad GK – tai laipsnis, kuriuo asmens viltys atitinka tikrovę. Šią anketą pildo pats respondentas arba klausiantysis. Apklausiamasis pats turi galimybę nurodyti penkias gyvenimo sritis, labiausiai paveiktas ligos, pažymėti savo būseną kiekvienos atžvilgiu, taip pat išrinkti, jo nuomone, svarbiausią sritį, kurios pagerėjimo tikisi. Taigi kiekvienos GK srities išraiškos balai dauginami iš

atitinkamų srities svarbumo koeficientų. Deja, ir individualizuoti GK instrumentai turi kai kurių trūkumų. Kai kurie iš jų yra sudėtingesni ir mažiau suprantami respondentams. Kartu šių anketų analizavimas yra taip pat sudėtingesnis dėl šių anketų individualumo, žemesnio standartizavimo lygio.

Atliekant tyrimą, reikėtų pasirinkti tinkamiausią instrumentą, atsižvelgiant į jo savybes, todėl būtina žinoti keletą sąvokų, apibūdinančių šiuos instrumentus. Pagrįstumas (angl. validity) parodo, ar instrumentas matuoja tai, ką turi matuoti. Vertinant GK, svarbios trys pagrįstumo rūšys: konstrukcijos, turinio ir kriterijaus pagrįstumas. Konstrukcijos pagrįstumas laikomas viena iš svarbiausių instrumento charakteristikų. Jis rodo, ar instrumentas įvairiems pacientams tinkamai vertina GK taip, kaip ją apibrėžė tyrinėtojas ir suprato respondentas. Vertinant konstrukcijos pagrįstumą, pirmiausia stengiamasi rasti atsakymą, ar teisingas pats teorinis GK modelis. Po to bandoma nustatyti, ar sudaryta matavimo skalė atitinka šį teorinį modelį. Kriterijaus pagrįstumas parodo instrumento tinkamumą gauti tam tikros gyvenimo srities vertinimą, – ar jis atitinka tam tikrą standartą. Stabilumas (angl. reliability) rodo, kaip kartotinių matavimų reikšmės yra artimos medianai. Jei pakartotinai atlikti matavimai artimi buvusiai reikšmei, tai rodo didelį tyrimo instrumento stabilumą. Jautrumas (angl. sensitivity) rodo, ar instrumentas pajėgus aptikti kliniškai reikšmingus pokyčius tarp grupių. Norint tiksliai išmatuoti GK, būtina taikyti tinkamą tyrimo metodiką, užtikrinančią pagrįstumą, stabilumą ir jautrumą. Gauti rezultatai turi būti ir interpretabilūs, tai yra būti suprantami ir turėti praktinę ar teorinę prasmę. Siekiant aukštos tyrimų kokybės, GK instrumentai turi būti testuojami ir įvertinami pagal įvairius statistinius rodiklius.

Didžiausią įtaką žmonių sveikatai pastaruoju metu ėmė daryti šiuolaikinės epochos ligos, susijusios su gyvenimo ir aplinkos pokyčiais. Tai onkologinės ligos, širdies kraujagyslių ligos, nelaimingi atsitikimai ir traumos, psichinės būklės. Tyrinėtojai atkreipė dėmesį, kad, pailgėjus vidutinei populiacijos gyvenimo trukmei, padaugėjo dėl organizmo senėjimo atsirandančių ligų. Paradoksalu tai, kad, pailgėjus gyvenimo trukmei, paskutinius gyvenimo metus ar net dešimtmečius seni žmonės pragyvena nekokybiškai, skųsdamiesi įvairiais negalavimais bei GK pablogėjimu tiek fizinės, tiek psichinės gerovės srityse. Į tai atkreipė dėmesį sociologai, sveikatos ekonomikos tyrinėtojai, pradėję naudoti sudėtingesnius populiacijos sveikatos vertinimo žymenis, pvz., QALY (Quality Adjustied Life Years Lost) – kokybiškai pragyventų gyvenimo metų praradimą, sveikatos technologijų vertinimui.

Visuomenės sveikatos srityje GK žymenys naudojami gyventojų grupių sveikatos pokyčiams stebėti, vykdomos sveikatos apsaugos ir socialinės politikos programų poveikiui visuomenei įvertinti. Gyventojų sveikatos rodiklių ir GK stebėjimas yra svarbus Lietuvos sveikatos programos uždavinys. Sveikatos, gyvensenos ir GK žymenų stebėseną turi padėti vertinti įvairių gyventojų grupių būklę ir nustatyti sveikatos priežiūros bei ekonomikos prioritetus. Populiacinių ir didelės rizikos prevencinės strategijos priemonių taikymo efektyvumą leis įvertinti pakartotiniai GK tyrimai.

KAS LABIAUSIAI ĮTAKOJA MŪSŲ SVEIKATĄ?

Sveikatai daro įtaką 4 pagrindiniai veiksniai: paveldimumas (apie 20 %), sveikatos priežiūros tarnybų veikla (apie 10 %), aplinka (apie 20 %) bei gyvensena (apie 50 %). Paveldimumą mažai galima paveikti. Sveikatos priežiūros sistema, jeigu yra orientuota teikti gydymo paslaugas, taip pat nedaug prisideda gerinant visuomenės sveikatą. Taigi gerinant gyventojų sveikatą pagrindinį vaidmenį vaidina sveikatą stiprinanti (arba ją žalojanti) aplinka bei gyvensena¹⁰. Informuoti žmones, ką jiems daryti ir ko nedaryti, nėra efektyvus metodas siekti jų elgesio pokyčių. Alternatyvus požiūris yra sudaryti sąlygas patiems žmonėms sąmoningai pasirinkti sveikesnę gyvenseną, kurti sveikatą stiprinančią gyvenamąją bei socialinę aplinką. Šiuo metu vyrauja moksliskai pagrįsta nuomonė, kad mus supanti aplinka įtakoja mūsų sveikatą taip:

- Fiziškai (fiziniai) - tai oras, vanduo, tarša, triukšmas, radiacija, sunkieji metalai, atliekos ir pan.;
- Socialiai - tai įvairios socialinės normos, vertybės, papročiai, įpročiai, mados, nuomonės ir pan.;
- Politiškai - politinis šalies stabilumas, santvarka, žmonių teisės, konstitucinė struktūra, informacijos laisvė, politinės partijos ir pan.;
- Ekonomiškai – tai atskiruose mokslo ir gyvenimo srityse (finansų, infrastruktūros, žemės ūkio, transporto, pramonės, socialinės gerovės, gamtos apsaugos, švietimo, ir pan.) vykdoma politika;

Sveikatą palaikančios aplinkos koncepcija paskelbta Otavoje 1986 m. (Sveikatai palankios aplinkos kūrimas yra viena iš penkių pagrindinių sveikatos stiprinimo veiklos

¹⁰Brownson RC, Fielding JE and Maylahn CM. Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annul Rev Public Health*. 2009; 30:178.

krypčių, patvirtintų Otavos chartijoje.), toliau buvo plėtojama Sundsvolio (1991 m.) sveikatos stiprinimo konferencijoje, kurioje buvo pateikti trys sveikatą stiprinančios aplinkos kūrimo modeliai¹¹:

- Sveikatos stiprinimo strategijų analizės modelis (angl. Health Promotion Strategy Analysis Model – HELPSAM), skirtas aplinkos sąlygojamoms sveikatos problemoms išsiaiškinti ir sprendimams surasti. Jis apima septynias sveikatą stiprinančios aplinkos kūrimo strategijas:
- Sveikatos politikos formavimas. Sveikatos politika yra priemonė gerinti visuomenės sveikatą ir mažinti skirtingų individų grupių bei socialinių sluoksnių nelygybę. Šiuo metu vyrauja visuotinai priimta nuostata, kad gyvenimo sąlygų pagerinimas turėjo didesnės įtakos ligų ir ankstyvų mirčių prevencijai negu gydymo ir diagnostikos pažanga.
- Sveikatos santykių reglamentavimas. Sveikatos teisinius santykius reguliuoja įstatymai ir kiti norminiai dokumentai. Nustatydami standartus ir normas (pvz., pramoninių teršalų lygi) bei gindami silpnesniųjų (pvz., vaikų) teises, įstatymai ir kiti teisės aktai, norminiai dokumentai reguliuoja visuomenės gyvenimą. Vieni tik įstatymai ir kiti teisės aktai negali sukelti esminių ir ilgai trunkančių elgsenos pokyčių, tačiau gali daryti didelį poveikį kartu su sveikatos ugdymu ir švietimu, kai didžioji visuomenės dalis jau pribrendusi keistis.
- Organizacijų veiklos perorientavimas. Asmenų ar organizacijų iniciatyvas visuomenės sveikatos problemoms spręsti kartais perima, palaiko ir plėtoja didžioji visuomenės dalis, kuri perorientuoja minėtų organizacijų struktūras ir veiklos kryptis. Antra vertus, tai gali slopinti iniciatorių energiją ir aktyvumą.
- Atstovavimas. Norint sukurti sveikatai palankią aplinką reikia stengtis tinkamai pateikti (atstovauti) sveikatos stiprinimo veiklą (interesus) visuomenei ir kitiems sektoriams, propaguoti sveikatos politiką, kuri atitiktų visuomenės sveikatos poreikius ir remtų pastangas ją stiprinti. Sunku pakeisti nesveiką žmonių elgseną, jeigu nėra galimybės pasirinkti alternatyvos, todėl reikia pateikti ne tik problemas, bet ir jų sprendimo būdus. Tai nauji gaminiai (automobilių saugos diržai, dviratininkų šalmai ir kt.), sveika aplinka (neužteršta tabako dūmais, alerginėmis

¹¹ Bauer G, Davies JK, Pelikan J. The EUHPID Health Development Model. *Health Promotion International*. 2006; 21(2): 153–4.

medžiagomis ir kt.), ištekliai (struktūrinių fondų lėšų panaudojimas sveikai gyvensenai skatinti), reikalingi problemoms naujoviškai spręsti, programoms ir planams parengti. Žiniasklaida taip pat gali propaguoti geresnės sveikatos siekius. Geresnės sveikatos propagotojams kartais yra pavojus patirti kai kurių stiprių visuomenės grupių ir struktūrų pasipriešinimą.

- Sajungininkų telkimas/ informuotumo didinimas. Identifikavus sveikatos problemas, kitas būtinas žingsnis yra didinti visuomenės informuotumą. Be plataus masto informacijos kampanijų, ši strategija dar apima sveikatos mokymo profesionalų kvalifikacijos kėlimą ir sveikatos patarimus įvairioms visuomenės grupėms ir individams. Visose valstybėse yra valstybinės įstaigos, atsakingos už su sveikata susijusios informacijos skleidimą gyventojams (pvz., apie piktnaudžiavimą narkotikais, eismo saugumą, maisto produktus ir kt.). Svarbu kurti sąjungas, ieškoti sąjungininkų ir įtraukti į šią veiklą verslo, nevyriausybinės organizacijas, žiniasklaidą.
- Įgalinimas (galimybių sudarymas). Sveikiau elgtis žmones skatina šie veiksniai - sveikesnių gaminių kūrimas (automobilių saugos diržai, dviratininkų šalmai, sveikesni maisto produktai, saugesni darbo įrankiai ir kt.); sveikesnių aplinkos sąlygų sudarymas (nerūkymo vietos, apsaugotos nuo alerginių medžiagų patalpos ir t. t.); išteklių sutelkimas naujoviškai spręsti problemas; sveikatą stiprinančios veiklos planavimas ir organizavimas.
- Jėgų sutelkimas / galios įgijimas. Šios strategijos tikslas – į visuomenės sveikatos problemų sprendimą įtraukti ir priversti aktyviai dalyvauti tuos, nuo kurių priklauso tų problemų sprendimas. Viena iš tokių bendruomenės dalyvavimo ir savitarpio pagalbos formų yra moterų, vaikų, aplinkos apsaugos, vartotojų, ligonių nevyriausybinės organizacijos. Ši strateginė kryptis dažnai užmirštama, jeigu reikalai tvarkomi iš viršaus žemyn, nurodant, kaip veikti.

1. Sundsvalio sveikatą palaikančių aplinkų piramidė (angl. Sundsvall Pyramid of Supportive Environment) padeda suprasti sveikatą palaikančios aplinkos kūrimo koncepciją, pateikia pagrindines veiklos sritis. Švietimas ir socialinės pagalbos sistema, sudarančios Sundsvalio piramidės sienas, yra pagrindinės sveikatą palaikančių aplinkų sritys, glaudžiai susijusios su kitomis keturiomis (maistu, būstu, darbu, transportu), atspindinčiomis bazinius žmonių poreikius. Minėtų aplinkos veiksnių įtaka asmens ir visuomenės sveikatai yra

akivaizdi, kiekvienas sveikatos priežiūros specialistas gali pateikti daug pavyzdžių, kaip sveikatą veikia valstybės ir bendruomenės lygiu funkcionuojanti švietimo ir socialinės pagalbos sistema, darbo ir gyvenimo sąlygos, maisto sudėtis ir kokybė, transporto infrastruktūra ir oro tarša

2. Sveikatą palaikančių aplinkų veiklos modelis (angl. Supportive Environments Action Model – SESAME) naudojamas HELPSAM modelio sveikatos stiprinimo strategijoms įgyvendinti. Geriausia, kai pirmasis žingsnis – poreikių ir problemų nustatymas – žengiamas kartu su antruoju – sąjungininkų suradimu ir sąjungų sudarymu. Idealu, jei kartu dirbtų visi suinteresuoti ir prevencijos veikla užsiimantys asmenys – švietimo, sveikatos apsaugos, policijos, savivaldybės darbuotojai, nevyriausybinų organizacijų atstovai ir pan. Veiklos planui parengti reikia numatyti konkrečias veiklos kryptis ir jų įgyvendinimo priemones (trečiasis žingsnis). Priemonių gali būti daug ir įvairių – priklausomai nuo problematikos ir institucijų bei organizacijų dalyvavimo veikloje. Kiekvienai priemonės įgyvendinančiai organizacijai reikėtų suformuluoti konkrečias užduotis. Turėtų būti prisiminta Bažnyčia ir nevyriausybinių organizacijų. Ketvirtasis žingsnis – veiklos plano sudarymas ir išteklių sutelkimas. Itin svarbu apie planuojamą veiklą paskelbti spaudoje, plakatuose, per vietos radiją, televiziją. Kuo daugiau žmonių ir organizacijų apie ją išgirs ir ja susidomės, tuo daugiau ją parems finansiškai ir kitaip. Ištekliai – tai ne vien pinigai. Svarbu žmonės, idėjos, kompetencija, technika, laikas. Sukaupus visus išteklius bus lengviau įgyvendinti veiklos planą. Penktasis žingsnis – numatytos veiklos įgyvendinimas. Būtinai veiklos etapas – mokymų organizavimas. Daugelyje šalių buvo veiksminga vadinamoji bendraamžių švietimo programa. Labai svarbus veiklos tęstinumas, kurio galėtų būti pasiekta įtraukus veiklos plano priemones, nuostatas į regioninės plėtros programą, kad panašios priemonės būtų įgyvendinamos kitose bendruomenėse. Sveikos gyvensenos propagavimo grupių aktyvistai, ėmęsi iniciatyvos įgyvendinti veiklos plano priemones, tolesnę veiklą turėtų perduoti kitiems, o patys tapti konsultantais ar patarėjais. Tai būtų jau šeštasis žingsnis – palaikomųjų struktūrų sukūrimas. Septintasis žingsnis – rezultatų įvertinimas. Atsakoma į klausimus: kas buvo padaryta? kaip? ar tai davė naudos? Rezultatus įvertinti padeda pagrindinių vykdytojų ir poveikio grupių atstovų apklausa. Labai gerai, jeigu prieš pradėdant darbą buvo išplatintos anketos. Dabar anketas galima platinti pakartotinai ir įvertinti atsakymus. Jei veikla pasirodė nepakankamai efektyvi, ją reikėtų koreguoti. Rezultatai turėtų būti vertinami visą plano įgyvendinimo laiką, stebint jo eigą. Aštuntasis žingsnis – veiklos plano priemonių

atnaujinimas – turėtų būti dinamiškas ir nuolat vykstantis procesas. Veiklos plano priemonių įgyvendinimą galima įsivaizduoti kaip parabolę. Iš pradžių procesas, palaikomas žmonių entuziazmo ir tikėjimo, staigiai kyla, kol pasiekia viršūnę, paskui pamažu leidžiasi žemyn, nes atsiranda daugybė abejonių – ar gerai vykdomos planuotos priemonės, ar tinkamai pasirinkti prioritetai. Atnaujinus, papildžius ir patobulinus priemonių sąrašą, parabolės kreivė vėl pamažu pradeda kilti.

Ne kartą bandyta apibūdinti terminą „sveikatos stiprinimas“. Toliau pateikiami plačiausiai taikomi apibrėžimai. Vienas iš trumpiausių apibrėžimų – sveikatos stiprinimas yra mokymo ir aplinkos veiksnių visuma, padedanti veikti ir sudaryti palankias sveikatai gyvenimo sąlygas. Gera sveikata – tai dinaminė fizinės, emocinės, socialinės, dvasinės ir intelektualinės sveikatos pusiausvyra. Gyvenimo būdo keitimą palengvina mokymosi procesai, kurie skatina sąmoningumą, motyvaciją, suteikia įgūdžius ir, svarbiausia, sudaro galimybes pasinaudoti aplinka, priimant palankius sveikatai sprendimus. Siekiant pagerinti sveikatą visame pasaulyje, dauguma tarptautinių, su sveikata susijusių, konferencijų, į pagrindinę darbotvarkės dalį išskėlė sveikatos stiprinimo klausimą. Konferencijose dažniausiai pateikiami dokumentai apie sveikatos stiprinimo sąvoką ir visuomenės veiksmus, užtikrinančius sveikatos stiprinimo vystymąsi. Svarbiausi iš jų yra Alma Atos pirminės sveikatos priežiūros deklaracija (1978), PSO Pasaulinė Strategija „Sveikata visiems 2000“ (1981) ir Otavos chartija sveikatos stiprinimui (1986). Otavos chartijoje pateikiamos trys pagrindinės sveikatos stiprinimo strategijos¹². Tai atstovavimas – stengiamasi sukurti sveikatai būtinas sąlygas. Antroji strategija – įgalinimas, kai visi žmonės skatinami rūpintis savo sveikata. Trečioji strategija – tarpininkavimas tarp įvairių visuomenės struktūrų tam, kad būtų stiprinama sveikata. Šios strategijos remiamos penkių veiklos kryptių:

- Visuomenės sveikatos politikos formavimas.
- Sveikatai palankios aplinkos kūrimas.
- Bendruomenės veiklos stiprinimas.
- Asmens įgūdžių ugdymas.
- Sveikatos priežiūros perorientavimas.

1997 metų liepos mėnesio Džakartos deklaracijoje dėl Sveikatos stiprinimo skatinimo XXI amžiuje patvirtinama, kad anksčiau minėtos strategijos ir veiklos kryptys svarbios

¹² WHO. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, 2013 [žiūrėta 2014-03-15]. < <http://www.euro.who.int/en/home> >.

visoms pasaulio šalims. Sveikatos stiprinimui XXI amžiuje Džakartos deklaracija nustatė 5 prioritetines sritis:

- Visuomenės atsakomybės sveikatos srityje skatinimas.
- Investicijų į sveikatos vystymąsi didinimas.
- Bendradarbiavimo sveikatos stiprinimo srityje plėtimas.
- Visuomenės kompetencijos didinimas ir galios suteikimas individams.
- Sveikatos stiprinimo infrastruktūros užtikrinimas.

Sveikatos stiprinimui gali būti aktualios šios kompetencijos:

- Edukacinės kompetencijos – gebėjimas paveikti paciento elgesį, skatinant sveiką gyvenimą ir sveikatos stiprinimo veiklą.
- Klinikinės kompetencijos – gebėjimas spręsti problemas visuose profilaktikos lygiuose.
- Organizacinės kompetencijos – gebėjimas organizuoti savo praktiką ir bendradarbiauti su kitais specialistais, siekiant veiksmingai vykdyti sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos veiklą.

Pasak pripažinto PSO apibrėžimo, „ligų profilaktika apima priemones, ne tik apsaugančias nuo ligų atsiradimo, kaip rizikos veiksnių mažinimas, bet ir stabdančias ligų progresavimą bei sumažinančias jų padarinius“¹³ Ligų profilaktikoje dalyvauja vyriausybės, vietinės bendruomenės, profesinės ir nevyriausybines organizacijos, žiniasklaida, religinės, kultūrinės ir mokymo asociacijos ar organizacijos, visuomenės sveikatos institucijos ir sveikatos priežiūros teikėjai. Geriausias būdas sumažinti ligų neigiamą ligų poveikį sveikatai – profilaktika. Ligų profilaktika yra specifinių ligų ar būklių atitolinimas ar išvengimas taikant įrodymais pagrįstas priemones. Skiriami keturi profilaktikos lygmenys, apibūdinantys skirtingas ligų vystymosi fazes – ankstyvasis, pirminis, antrinis ir tretinis. Ankstyvosios profilaktikos tikslas yra išvengti socialinių, ekonominių ir kultūrinių gyvenamosios veiksmų atsiradimo, kurie galėtų padidinti ligų atsiradimo riziką. Pirminės profilaktikos tikslas yra išvengti ligų, kontroliuojant specifines priežastis ir rizikos veiksnius. Pirminės profilaktikos priemonės gali būti nukreiptos į visą populiaciją (populiacinė strategija) ir į didelės rizikos pacientus (didelės rizikos asmenų strategija). Antrinės profilaktikos tikslas yra sumažinti ligų pasekmes, anksti nustatant ir gydant ligas. Tretinės profilaktikos tikslas yra sumažinti komplikacijų dažnį ir ligos progresavimą. Visi profilaktikos lygiai yra svarbūs ir papildo

¹³ World Health Organization, 2005. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Geneva: WHO.

vienas kitą. Ankstyvosios ir pirminės profilaktikos priemonės daugiausia nukreiptos į visos populiacijos sveikatą, tačiau antrinės ir tretinės profilaktikos priemonės yra labiau nukreiptos į specifines pacientų grupes ar individus. Kai kurie ekspertai taip pat nurodo ketvirtinę profilaktiką, kaip veiksmų seką, nukreiptą į nereikalingų gydymo priemonių ar vaistų vartojimo išvengimą.

Gerai žinoma, kad gyvenamosios keitimas ir biologinių rizikos veiksnių šalinimas susiję su sergamumo daugeliu neužkrečiamų ligų mažėjimu. Profilaktikos taikymas pirminėje sveikatos priežiūros grandyje yra veiksmingas visapusiškos pagalbos teikimo metodas. Gydytojai turi išskirtinę galimybę prisidėti prie neužkrečiamų ligų profilaktikos. Jų pastangos konsultuoti mitybos, rūkymo, alkoholio vartojimo ir fizinio aktyvumo srityje turi didelę reikšmę neužkrečiamų ligų profilaktikai. Profilaktinės priemonės, nukreiptos į rizikos veiksnių nustatymą ir šalinimą, yra svarbi profilaktinio darbo dalis.

Vienas iš matų, dažniausiai naudojamų socialinei aplinkai įvertinti, yra turtas. Šalyse, kur vienodesnis turto pasiskirstymas ir didesnis vidaus nacionalinis produktas, gyventojų sveikata geresnė.

SIŪLYMAI:

Sudarant fakulteto bendruomenės sveikatinimo kurso turinį, reikia atsižvelgti į asmens ir grupės mokymosi poreikius ir įtraukti šias temas:

- Fizinio aktyvumo tipai ir intensyvumas, indikacijos ir kontraindikacijos.
- Fizinis aktyvumas specifinėse situacijose (pvz., vyresniojo amžiaus darbuotojai, nėštumas ir kt.).
- Svoris ir teisinga mityba.
- Sveikos mitybos principai.
- Mitybos įtaka ligų progresavimui (pvz., hipertenzijos, inkstų funkcijos nepakankamumo, cukrinio diabeto, virškinamojo trakto ligų ir kt.).
- Alkoholio ribojimas ir rizikingas gėrimas.
- Psichologinė pagalba priklausomybę turintiems ar turėjusiems asmenims.
- Rūkymo metimo metodai.
- Narkotikai bei jų poveikis sveikatai.
- Piktnaudžiavimas vaistais.
- Ūmaus ir lėtinio streso poveikis.

- Veiksmingos, stresą palengvinančios priemonės.
- Saugi namų aplinka.
- Kenksmingos darbo sąlygos.
- Saugumas kelyje.
- Sveikų laisvalaikio užsiėmimų planavimas ir kt.

Tikslinga naudoti šiuos mokymosi metodus: paskaitos, literatūros paieška, diskusijos, bendravimas su specialistais, įdomesnių atvejų analizė, reprezentatyvių tyrimų pristatymas ir pan.

APIBENDRINIMAS

Daugiausia rizikos veiksnių, ne tik tiesiogiai ar netiesiogiai keliančių grėsmę sveikatai, bet susijusių su įvairiomis priklausomybėmis, pastebima namų aplinkoje. Šiais laikais labai reklamuojama taip vadinama moderni gyvensena dažnai sukelia santykių tarp žmonių blogėjimą. Pastebimas žmonių nusivylimas, piktnaudžiavimas psichoaktyviosiomis medžiagomis, žalingas elgesys, priklausomybė nuo alkoholio, narkotikų, vaistų, maisto ar net virtualios realybės. Pagrindinis visuomenės sveikatos programų tikslas yra susirgimų ir mirčių prevencija ir (ar) kontrolė. Visuomenės sveikatos programos orientuojamos į svarbiausių problemų priežasčių šalinimą, dalyvaujant dideliame bendruomenės narių ir organizacijų skaičiui. Planuojant, vykdant ir įgyvendinus visuomenės sveikatos programas vertinamas jų efektyvumas. Programos vertinimas gali būti apibrėžiamas kaip sisteminis ir objektyvus jos kokybės ar vertės nustatymas, metodiškai renkant, analizuojant ir interpretuojant informaciją. Vertinimu ne tik nustatoma programos vertė, bet ir sukuriamas grįžtamasis ryšys, nusprendžiant, kad kažkas joje yra gerai ar blogai, teisinga ar neteisinga. Platesniu aspektu vertinimas nusako programos poveikį, vertę ir kokybę jos efektyvumo didinimo, tobulinimo ir vykdymo atžvilgiu. Gerai atliktas vertinimas suteikia patikimos ir naudingos informacijos, kuri leidžia priimti sprendimus ir užtikrinti nuolatinį programų vykdymo tobulinimą. Straipsnyje apžvelgiami pagrindiniai programų vertinimo tipai, principai, modeliai ir metodai, kuriuos reikia žinoti planuojant visuomenės sveikatos programų vertinimus.

LITERATŪRA

1. Bauer G, Davies JK, Pelikan J. The EUHPID Health Development Model. *Health Promotion International*. 2006; 21(2): 153–4.
2. Brownson RC, Fielding JE and Maylahn CM. Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annul Rev Public Health*. 2009; 30:178.

3. Glanz, K.; Rimer, B. K.; Viswanath, K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2008, p. 552.
4. Kazlauskaitė, M.; Rėklaitienė, R. Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė. *Medicina*. 2(41), 2005: 155–161.
5. Marans, R.W., & Stimson, R. An Overview of Quality of Urban Life. In *Investigating Quality of Urban Life: Theory, Methods, and Empirical Research*. Social Indicators Research Series, 45, 2011, 1-33.
6. Petrauskas D. Kauno universitetų studentų subjektyvios sveikatos, savijautos ir gyvenimos sąsajų vertinimas. Dis. med.m. dr. laipsniui įgyti. KMU, Kaunas, 2004, 151.
7. Pukelienė, V., & Starkauskienė, V. QoL Concepts, Measurement and Challenges. *Taikomoji ekonomika: sisteminiai tyrimai / Applied Economics: Systematic Research*, 2009, 3 (2), 51-65.
8. Rapley, M. *Quality of life research: a critical introduction*. Los Angeles. SAGE, 2008.
9. Rybakovas, E. Determinants of strategy for improving the quality of life in local place. *Social Sciences*, 2011, 4, (74), 50-62.
10. Santos, L.D., Martins, I., & Brito, P. Measuring Subjective Quality of Life: A Survey to Porto's Residents. *Applied Research in Quality of Life*, 2007, 2, 51-64.
11. Šumskienė, J. Gyvenimo kokybės įvertinimas ir praktinė reikšmė. *Gydymo menas*. 2005, 10.
12. WHO. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, 2013 [žiūrėta 2014-03-15]. < <http://www.euro.who.int/en/home> >.
13. World Health Organization, 2005. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva: WHO.

THE HEALTH PROMOTING ENVIRONMENT CREATION

Antanas Janušauskas*
Mykolas Romeris University

Summary

Quality of life subject is dealing with theoretical and empirical questions about fulfilment of certain definite human needs, which are termed in some predefined contexts or areas. Locally built potential to support, sustain and fulfil adequate human needs along with respective individual experience about actual fulfilment of these needs forms the phenomenon of local place related quality of life. Lately the biggest part of the studies of the quality of life is conducted in order to determine morbidity or the factors of the environment. Society is interested in scientific news, however, evidence based information is not always accessible. The effective communication of the scientific news does not only enlarge the privacy of society, but also promotes evidence based decision making in politics. The leading aim of public health programs is prevention and/or control of diseases and deaths. Public health programs focus on the elimination of causes of most important problems in the presence of large number community members and number of organizations. Public health programs should be evaluated during their early planning, after the program has started and after their implementation. Program evaluation can be defined as systematic and objective determination of the quality or value of the program by gathering, analyzing and interpreting information. Evaluation assesses not only value of the program, but also provides useful feedback by deciding that there is something good or bad, true or false. Broader, by assessing the impact, value and quality of the program, program's efficiency is enhancing and its implementation is improving. Well-conducted assessment provides reliable and useful information that enables decision-making and ensures continuous improvement of program implementation. There are some problems in defining the quality of life. Despite the fact that the



concept of the quality of life is a modern concept understood more broadly than simply the standard of living or well-being, all these concepts are still used interchangeably and cause confusion. Another problem is related to the multiplicity of definitions and the lack of consensus on any of them. The quality of life is regarded as an interdisciplinary concept used by various academic disciplines as their constituent part. The article reviews the main types of program evaluation, principles, models and methods, which need to be known when planning public health programs evaluation. Research subject: The concept of the quality of life. Research objectives: To conduct an analysis of the development of the concept of quality of life and to review the multidimensional theoretical and empirical domains in which the social construct of quality of life is analysed. The article aims to discuss ideas derived from the findings of theoretical and empirical research on the quality of life and, also, to reveal opportunities for the analysis of quality of life from new perspectives. The article analyzes the definition of quality of life and its relation to other notions of good life such as welfare, well-being and the standard of living. The author presents the relation between the quality of life and other concepts of good life and their differences by assessing different concepts of good life, their historical context, the issues of their measurement and operationalization and scholarly disciplines in which they are used.

Keywords: quality of life; public health, health prevention, health promotion programs.

Antanas Janušauskas*, Mykolas Romeris universiteto Viešojo saugumo fakulteto Valstybės sienos apsaugos katedros docentas, biomedicinos mokslų daktaras, 132 mokslinių straipsnių autorius. Mokslinių interesų kryptys - visuomenės sveikata, visuomenės saugumas.

Antanas Janušauskas*, Mykolas Romeris University Faculty of Public Security Department of State Border Guard, Associate Professor Doctor of Biomedical Sciences, 132 scientific articles. Research interests - the public health and public security.