

Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai pirminės sveikatos prižiūros sistemos vadovų požiūriu³⁰

VYLIUS LEONAVIČIUS

Vytauto Didžiojo universitetas

GIEDRĖ BALTRUŠAITYTĖ

Vytauto Didžiojo universitetas

INGRIDA NAUJOKAITĖ

Vytauto Didžiojo universitetas

GEDIMINAS RAILA

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

LEONAS VALIUS

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Santrauka. *Pirminės sveikatos priežiūros sistemos pacientai skundžiasi negalavimais, kurie nepaaiškinami organine patologija. Sudėtinga diagnostika, reikalaujanti daugybės įvairių tyrimų, menkos negalavimų palengvinimo ar šalinimo prognozės lemia įvairias sveikatos priežiūros sistemos problemas. Pacientai, kurie skundžiasi mediciniškai nepaaiškinamais negalavimais, dažnai yra laikomi ekonomine našta sveikatos priežiūros sistemai, taip pat jie mažina mediko profesijos autoritetą, nes, esant problemiška diagnozei, sunkiau skirti gydymą. Šio straipsnio tikslas – remiantis pirminės sveikatos priežiūros sistemos vadovų interviu aptarti, kaip mediciniškai nepaaiškinami negalavimai traktuojami pirminės sveikatos priežiūros sistemoje. Straipsnyje vadovaujama prielaida, kad pirminės sveikatos priežiūros vadovai, anot R. Collinso, labiau tapatinasi su institucija, ją reprezentuoja ir atstovauja institucijos interesams. Pirminės sveikatos priežiūros sistemos vadovų interviu patvirtino šias prielaidas.*

Raktažodžiai: *pirminės sveikatos priežiūros sistema, mediciniškai nepaaiškinami negalavimai, institucijų vadovai, sveikatos sampratos tipologija.*

Keywords: *primary health care, medically unexplained illnesses, typology of health conception, managers of health institutions.*

³⁰ Straipsnis parengtas kaip projekto „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai: iššūkiai pirminės sveikatos priežiūros sistemai“ dalis. Tyrimą finansavo Lietuvos mokslo taryba (sutarties nr. MIP-022/2011).

Išvadas

Pirminės sveikatos priežiūros sistema (PSPS) arba pirminis sveikatos priežiūros lygis laikomas esminiu sveikatos priežiūros sistemos (SPS) elementu šiuolaikinėse arba, tipologizuojant sociologiškai, VM / P visuomenėse (Dėl ..., 2007). Šiame SPS lygyje gydymo paslaugos plačiausiai apima visuomenę³¹, be to, čia taip pat plėtojama ypač svarbi VM / P visuomenių ligų prevencija. Santykinai moderniosios³² visuomenės sveikatos ir SPS raidą galima padalyti į dvi pakopas – pirmos pakopos visuomenės sveikata ypač priklauso nuo užkrečiamųjų ligų, antros pakopos – nuo lėtinių ligų, tarp kurių vyrauja onkologinės ir širdies bei kraujagyslių ligos. Kartu ryškėja trečia sveikatos samprata ir tarsi trečias visuomenės sveikatos raidos etapas, kai nemažai negalavimų sudaro somatoforminės ar psichosomatinės ligos, tarp jų nemažai tokių, kurios patenka į mediciniškai nepaaiškinamų negalavimų (MNN) grupę³³. Atitinkamai turi keistis ir SPS. Pirmoje moderniosios visuomenės pakopoje labai svarbus ir efektyvus yra antrinis beitretnis SPS lygis (ligoninės ir universitetinės ligoninės), nes užkrečiamųjų ligų pacientus būtina skubiai izoliuoti nuo kitos visuomenės dalies ir gydyti specialiai pritaikytoje aplinkoje, o antroje pakopoje išsiplečia pirminio lygio arba poliklinikų vaidmuo bei gydymo apimtys, kartu ir bendrosios praktikos arba šeimos gydytojo (ŠG) svarba³⁴.

MNN reiškinys PSPS sistemoje yra ne tik medicininė, bet ir socialinė problema. Galima net teigti, kad MNN arba, dar kitaip tariant, PSPS reakcija į MNN yra savotiškas PSPS rodiklis. MNN laikomas netipišku, nors ir dažnu PSPS reiškiniumi, todėl visų PSPS socialinių veikėjų (pacientų, ŠG, poliklinikų vadovų) nuostatų ir elgesio analizė leidžia apibūdinti PSPS būklę. Straipsnio tikslas – išanalizuoti MNN reiškinį poliklinikų vadovų, kurie tarsi personifikuoja PSPS, požiūriu. Analizė grindžiama duomenimis, gautais pusiau struktūruotu interviu su poliklinikų vadovais. Pirminiame

³¹ Sunegalavęs asmuo pirmiausia patenka į pirminio sveikatos priežiūros lygio įstaigą.

³² Plačiau apie *modernybės* ir *vėlyvosios modernybės / postmodernybės* visuomenių sąvokas ir koncepcijas žr. šio numerio straipsnyje „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai vėlyvosios modernybės sveikatos priežiūros sistemoje“.

³³ Žr. šio numerio straipsnį „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai vėlyvosios modernybės / postmodernybės socialinių teorijų požiūriu“.

³⁴ Šeimos sveikatos priežiūra siejama su šeimos gydytojo (arba bendrosios praktikos gydytojo) institucija. Tačiau tai gerokai platesnė sąvoka, nes šeimos sveikatos priežiūra apima ir sveikatos sistemos dalį, ir šeimos pareigas. Siekiama, kad visa šeima lankytųsi pas tą patį gydytoją; http://www.sam.lt/go.php/lit/Seimos_gydytojas_/598.

projekto „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai: pirminės sveikatos priežiūros sistemos iššūkiai“ sumanyme nebuvo numatyta interviu su poliklinikų vadovais. Tačiau imant interviu iš ŠG, kilo mintis apklausti poliklinikų vadovus. Kalbantis su ŠG išaiškėjo, kad poliklinikų vadovų vaidmuo ŠG gydymo praktikoje yra svarbus, nes vadovai formuoja bendrą gydymo įstaigos, kuriai priklauso ŠG, tvarką ir ideologiją. Anot R. Collinso, aukščiausias pozicijas institucijose užimantys asmenys labiausiai iš visų institucijos darbuotojų tapatinasi su institucija ir jos interesais (Collins, Makowsky, 1993, p. 275). Todėl galima daryti prielaidą, kad institucijos interesai turėtų veikti vadovų požiūrį į negalavimus ir gydymą bei MNN, o šis požiūris savo ruožtu vienaip ar kitaip veiks ir ŠG praktiką, susijusią su MNN.

Aspektas, kuriuo straipsnyje pamėginome įvertinti ir apibūdinti įstaigų vadovų vaidmenį ŠG praktikai, yra vadovų požiūris į sveikatą arba ligą bei dėl šio požiūrio susiformavusi MNN interpretacija. Kitaip tariant, vadovo sampratą apie ligą arba sveikatą galima tipologiškai klasifikuoti ir aiškinti, kaip ši samprata formuoja gydymo institucijos diskursą.

Sveikatos arba ligos samprata ir mediciniškai nepaaiškinami negalavimai

MNN sąvoka apibrėžiama kaip subjektyviai jaučiami tam tikri negalavimo simptomai, kuriems paaiškinti nerandama objektyvių biologinės patologijos faktų ir kuriais remdamasi modernioji medicina grindžia ligos diagnostiką. MNN, arba mediciniškai nepaaiškinami simptomai (MNS), neatitinka įprastai diagnozuojamų kūno (*physical*) ligų ir kartais apibūdinami kaip funkciniai, nes, esant normaliai anatomicinei asmens būklei, MNN yra susiję su asmens funkcijų sutrikimais. JAV tyrimų duomenimis, apie 1/3 fizinių simptomų, užfiksuojamų PSPS, yra arba psichiatriniai, arba MNN (Kroenke, Price, 1993). Pavyzdžiui, teigiama, kad lėtinio nuovargio sindromas, kuriam, paaiškinti nerandama fiziologinės patologijos, būdingas apie 5–10 proc. visos populiacijos gyventojų ir yra vienas dažniausiai fiksuojamų simptomų PSPS (Kroenke et al., 1988; David et al., 1990; Pawlikowska et al., 1994; Wessely et al., 1997). Kiti dažnai pasitaikantys ir gyventojų populiacijai būdingi simptomai yra įvairūs skausmai, tarp jų galvos skausmas, ir miego sutrikimai (Simon et al., 1996; Gureje et al., 1998). Visos populiacijos reprezentatyvūs (*cross-sectional*) ir longitudinaliniai tyrimai rodo, kad MNN yra ypač susiję su

psichiatriniais negalavimais. Praeityje MNN medikai dažniausiai laikė neatskleistomis ar net nesvarbiomis ligomis, tačiau pacientams MNN yra ypač aktualūs, dėl jų jie tampa bejėgiai bei pablogėja jų gyvenimo kokybė (Kroenke et al., 1994; Spitzer et al., 1995; Wessely et al., 1997).

Galima teigti, kad MNN yra tiesiogiai susiję su negalavimo diagnozės galimybe ir vienokia ar kitokia pačios ligos bei sveikatos samprata SPS³⁵. Todėl iš pradžių trumpai aptarsime skirtingus sveikatos arba ligos sampratos tipus, būdingus skirtingiems SPS raidos etapams³⁶.

Medicina kaip viena iš moderniosios visuomenės sistemos sudėtinių dalių nuo XVIII a. pabaigos plėtojosi kartu su moderniojo mokslo raida, perimdama jo svarbiausius principus. Modernusis medicinos mokslas susiformavo XIX a, t. y. tuo pat metu, kai vyko reikšmingi socialiniai pokyčiai, susiję su Vakarų šalių industrializacijos ir urbanizacijos procesais bei kapitalizmo išsivystymu (Annandale, 1998). Anot M. Foucault, tuo metu medicinos praktikoje susiformavo dvi kryptys:

- Viena kryptis siekė suklasifikuoti ir diagnozuoti ligas bei gydyti ligonius, todėl fiziologija tapo pagrindiniu tyrimo ir stebėjimo objektu. Tuo metu įsteigtos klinikos, kuriose buvo gydomi pacientai, o būsimi gydytojai atliko praktiką. Tačiau kartu jose buvo sudarytos visos sąlygos, suteikiančios gydytojams ypač plačias veiklos ir pacientų kontrolės galias, kurioms pacientai privalėjo besąlygiškai paklusti.
- Kita medicinos kryptis apėmė epideminių ligų prevenciją. Čia didesnis vaidmuo teko politinei valdžiai, mat reikėjo tiesiogiai reguliuoti kasdienį visuomenės gyvenimą – ypač visuomenės higieną. Medikai konsultavo vyriausybes, priimant įstatymus, nustatančius vandens, maisto ir atliekų tvarkymo standartus (Foucault, 1973).

³⁵ Pavyzdžiui, požymiai ar simptomai, kurie priskiriami nediagnuojuojamų negalavimų ar mediciniškai nepaaiškinamų lėtinių daugiasimptominių negalavimų pasireiškimui, susiję su nuovargiu, įvairiomis odos alergijos rūšimis, galvos, raumenų, sąnarių skausmais, neurologiniais ir neuropsichologiniais, kvėpavimo sistemos simptomais, miego sutrikimais, virškinimo, širdies simptomais, neįprastu svorio netekimu, menstruacijų sutrikimais ir t. t. Žr. <http://www.ngwrc.org/docs/Gulfwarill.pdf>.

³⁶ Straipsnyje ligos ar sveikatos sampratos yra priešingos, bet lygiavertės sąvokos, nes šiuo atveju kalbama apie ligos arba sveikatos etiologiją. Tačiau etiologijos samprata priklauso nuo medicinos laimėjimų, todėl 1948 m. PSO atsisakė siauros biomedicininės sveikatos (galėtume tarti, ir ligos sampratos) ir pasiūlė platesnį suvokimą. Sveikata – tai visiškos fizinės, psichinės, socialinės, protinės ir dvasinės gerovės būseną, o ne vien ligos ar negalios nebuvimas.

Visuomenės sveikata iš esmės buvo tvarkoma ir reguliuojama medikų ir politinės galios. Abi veiklos kryptis grindžianti samprata visuomenės sveikatos ir ligos priežastis tiesiogiai susieja su biologiniu kūnu ir fizine aplinka, todėl medicinai keliami uždaviniai – aiškiai apibrėžti kiekvieno sutrikimo biologinę priežastį ir ją pašalinti. Žmogaus kūnas suvokiamas kaip tam tikras mechanizmas, kurį galima išnarstyti, tyrinėti ir taisyti kiekvieną dalį atskirai. Lygiai taip pat fiziniame aplinkoje reikia ieškoti įvairių bakterijų, sukeliančių kokį nors kūno sutrikimą. Todėl besiformuojanti modernių laikų medicina ėmėsi aktyviai tyrinėti biologinį kūną ir fizinę aplinką.

Tęsdama šią tradiciją, XX a. medicininė praktika rėmėsi esmine prielaida, kad kiekviena liga turi specifinę gamtinę patogeninę priežastį, todėl ligą geriausia gydyti pašalinant ar kontroliuojant šią priežastį biomedicininėmis priemonėmis. Modernusis medicininis mąstymas iš esmės orientavosi į gydymą vaistais ir dažniausiai ieškojo cheminės medžiagos, galinčios sunaikinti kūno negalavimo priežastį, o šią funkciją geriausiai gali atlikti instutualizuota ir santykinai autonomiška SPS. Kultūriškai įsitvirtino požiūris, kad svarbiausias moderniosios medicinos objektas yra žmogaus kūnas³⁷, todėl manoma, jog sergantis žmogus privalo būti skubiai izoliuotas, įkurdintas medicininėse paslaugų aplinkoje (antrinio ar tretinio lygio gydymo įstaigoje), jam turi būti nustatyta liga, suteiktas paciento statusas, o tada jo kūnas pradedamas „tvarkyti“ naudojant įvairią cheminę ir chirurginę intervenciją. Kitaip tariant, medicina ir visa SPS „prisiėmė atsakomybę už visuomenės sveikatą“ (Beck, 1998). Moderniojo mokslo samprata pagrindžia įsitikinimą, kad „tikras“ gydymas yra „moksliškai neutralus“, t. y. privalo būti ir yra laisvas nuo gydytojo subjektyvumo, nes gydytojas, atsižvelgdamas į objektyvius ligos simptomus, gydo sergantį kūną (Conrad, Schneider, 1992, p. 14). Tokia ligos sąvoka ir samprata vadinama *biomediciniška*³⁸ ir remiasi dviem svarbiausiomis prielaidomis:

- ligos priežasčių reikia ieškoti žmogaus organizme, mat ligos priežastis esanti biologinė;
- ligą sukelia specifinė gamtinė priežastis (pvz., virusas, bakterija).

³⁷ Moderniojo mokslo sąvoka čia suprantama tipologiškai, kai gamtamokslinis požiūris laikomas „tikro“ pažinimo etalonu.

³⁸ Modernioji medicina, kuri remiasi biomedicininiais modeliais, pradėjo formuotis prieš 150 metų, nors idėjiniu požiūriu ji susijusi dar su R. Descarteso dualizmu, atskyrusiu kūną ir sielą. Modernioji medicina per pastaruosius 150 metų įsitvirtino atskirdama asmenį nuo kūno, o gydytoją pavertė instrumentu. Foucault, Armstrongas, Zola įrodė, kad biomedicininis modelis buvo naudojamas įtvirtinant ne tik baltosios rasės, bet ir baltųjų vyro kūno normą (Hardey, 1998, p. 6–8).

Remiantis U. Becko terminologija (Beck, Lau, 2005), biomedicininė ligos samprata pagrindžia pirmosios modernybės griežtą ir aiškiai funkciškai artikuluotą SPS institucinę tvarką. Profesionalas gydytojas tampa pagrindine gydymo santykio figūra, kuriai besąlygiškai paklūsta pacientas³⁹. Paciento nuomonė laikoma nesvarbia, nes pacientas yra neprofesionalas ir nieko neišmanantis apie savo kūną. Su šia nuostata susijusi ir moderniosios visuomenės medikalizacija, kai iš periferinės socialinio gyvenimo srities medicina ir SPS tampa reikšmingomis visuomenės gyvenimo ir socialinės kontrolės institucijomis, kurių struktūrą ir funkcijas aiškiausiai aprašė ir sumodeliavo struktūrinis funkcionalizmas (Parsons, 1980, p. 145). Biomedicininė sveikatos ir ligos prieiga remiasi įsitikinimu, kad žmonės turėtų būti šviečiami ir mokomi tik atpažinti gydymui svarbius savo negalavimo simptomus ir reikiamu metu aktyviai ieškotų gydytojų pagalbos, o tuomet paklustų gydytojui ir akiai vykdytų jų reikalavimus (Bury, 1997, p. 24). Tokios sampratos požiūriu MNN yra medicinos mokslo ir technologijų nepakankamo išsivystymo padarinys. Pripažįstama, kad jei ir egzistuoja MNN, tik laiko klausimas, kada jie bus paaiškinti. Tokia prieiga ypač pabrėžia universalistinę žmogaus biologijos ir jo patologijos prigimtį, todėl biomedicinos mokslai hiperbolizuojami.

Modernioje visuomenėje, akcentuojančioje ekspertinio žinojimo vaidmenį⁴⁰, nuosekliai susiformuoja SPS, kuri pirmiausia orientuojasi tik į gamtamokslinį ligos gydymą, t. y. tik į biologines ligos priežastis, nes, remdamiesi moderniojo mokslo samprata galėtume pridurti, kad pagal moderniosios visuomenės tvarką sveikatos priežiūros institucija negali rūpintis socialinėmis ligos priežastimis – socialinės priežastys peržengia SPS kompetencijos ribas. Taigi sveikata nebuvo laikoma svarbiu socialinę raidą veikiančiu veiksniu, be to, biomedicininė ligos samprata buvo viena iš svarbesnių priežasčių, lėmusių menką sociologijos dėmesį ligai ir sveikatai. XX a. vidurio žymiausio struktūrinio funkcionalizmo atstovo T. Parsonso sociologijos dėmesys sisteminiam paciento vaidmeniui taip pat gali būti laikomas biomedicininio požiūrio į SPS ir visuomenės sveikatą pavyzdžiu. Ir nors T. Parsonsas nemažai prisidėjo prie medicinos sociologijos atsiradimo, drauge jis padarė sociologiją priklausomą nuo SPS. Kaip tikras pozityvistas, T. Parsonsas neabejojo, kad sveikatos „deviacijos“ arba ligos turėtų būti įveiktos ir eliminuotos sukuriant ir tobuli-

³⁹ Neatsitiktinai anglų kalboje tas pats terminas *patient* turi ir *paciento*, ir asmens, kuris kantriai kenčia, reikšmes (angl. *patient* kilęs iš lot. *patientis* – kenčiantis skausmą).

⁴⁰ „Gydytojas, konsultantas ir psichoterapeutas yra tokie pat svarbūs ekspertinėms modernybės sistemoms kaip ir mokslininkas, technikas ar inžinierius“ (Giddens, 2000).

nant pagrindinius moderniosios visuomenės SPS institutus ir biomedicinos mokslus (Parsons, 1980, p. 145).

XX a. antroje pusėje medicina ėmė vaduotis iš siauro moksliskumo supratimo ir pradėjo gydyti asmenį, o ne tam tikrą ligos priežastį. Jau minėjome, kad toks medicinos posūkis susijęs su daugeliu veiksnių. Plėtojantis mokslo ir technikos laimėjimams, išstobulėjusios medicinos technologijos ir vaistų pramonė, sanitarijos plėtra pamažu leido sumažinti arba net visai išgyvendinti daugelį epideminių ligų (šiltinę, džiovą, skarlatiną, cholera, tymus ir t. t.). Tačiau tuoj pat atsirado naujų ligų, tiesiogiai susijusių ne su epidemijomis, o su individų gyvenimo ir fizinės bei socialinės aplinkos ypatumais. Kai sumažėjo infekcinių ir virusinių negalavimų, o padaugėjo kraujo sistemos, vėžio ligų, medikai ėmė vis labiau suvokti, kad jie iš esmės ne šalina ligų priežastis, o stengiasi susitvarkyti su ekstramedicininėmis priežastimis sukeltais padariniais. Anot E. Annandale, apie 1970 m. Vakarų šalyse medicinos sociologijai buvo keliami tikslai – išvaduoti šiuolaikinę sveikatos ir medicinos sampratą, kad ji nebūtų varžoma politinio biomedicininio modelio (Annandale, 1998, p. 12).

Pakitusi ligos ir gydymo samprata kelia naujus šiuolaikinės medicinos reikalavimus sveikatos sutrikimus traktuoti kaip asmens gyvenimo problemą, kaip socialinį disfunkcionalumą, apimančią ne tik biologinius, bet ir įvairius socialinius bei psichologinius veiksnius. Tiriant sveikatą ir ligas pradėti taikyti nemedicininę teorinių perspektyvų laimėjimai, parodę, kad įvairios psichologinės, socialinės ir kultūrinės sąlygos susijusios tiesiogiai ne tik su ligos atsiradimu, bet ir su ligos forma, trukme, intensyvumu ir komplikacijomis. Naujai susiformavusiu biopsichosocialiniu ligos modeliu besiremianti koncepcija labiau atsižvelgia į pacientą ir jo socialinę aplinką, o pacientas pamažu tampa pagrindine sveikatos priežiūros ašimi. Pacientas traktuojamas kaip svarbiausias asmuo, todėl jo gyvenimas, neprofesionalus savo ligos suvokimas ir elgesio ypatumai gydymo procese laikomi svarbiomis gydymo proceso sudėtinėmis dalimis. Biopsichosocialinis sveikatos modelis apibūdinamas keturiais principais:

- nesvarbu, pacientas serga ar ne, jis traktuojamas kaip svarbiausias asmuo;
- šeimos gydytojo (ŠG) arba bendrosios praktikos gydytojo (BPG)⁴¹ ir paciento santykis yra nuolatinis ir apima ne tik sveikatos, bet ir kitas paciento gyvenimo sritis;

⁴¹ Bendrosios praktikos arba šeimos gydytojas, turintis šiam darbui tinkamą licenciją, rūpinasi prie pirminių sveikatos priežiūros įstaigų (poliklinikų, ambulatorijų, šeimos

- padėdamas pacientui, ŠG naudojami biomedicininiais ir paciento asmeniniais gebėjimais bei įgūdžiais;
- ŠG ir pacientas aiškiai apibrėžia savo poreikius bei lūkesčius ir juos atitinkamai derina (Weiss, Lonquist, 2000, p. 249).

Biopsichosocialinė sveikatos samprata palengva tampa transformuojamos SPS institucinės tvarkos racionalia logika, nes vis geriau suvokiama, kad ligos ir gydymas priklauso nuo vienareikšmiškai neapibrėžiamos epidemiologijos⁴², kad pacientas privalo dalyvauti kaip partneris. Biopsichosocialinis sveikatos modelis susiformuoja vėlyvosios modernybės visuomenėse, kuriose vyrauja didesnis individualizmas, asmens atsakomybė ir saviraiškos poreikiai, todėl pacientas tampa svarbiausia SPS ašimi. Vėlyvosios modernybės visuomenėse besikeičiantys socialiniai santykiai paveikia pacientų lūkesčius ir santykius su SPS bei ŠG, ir šie santykiai tampa *pacientocentriški*⁴³. Tačiau biopsichosocialinis sveikatos ir ligos modelis, tapęs VM / P visuomenių pirminės sveikatos priežiūros koncepcijos šerdimi, kartu iškelia didesnę individų atsakomybę už savo sveikatą, už ankstyvąją ligų prevenciją (Lietuvos..., 2004, p. 79–89).

Biomedicininė ir biopsichosocialinė sveikatos samprata pirmiausia susijusi su tam tikrų visuomenės raidos etapų specifiniais struktūriniais dariniais, o paskui su ligų specifika. Pavyzdžiui, infekcinių ligų, vyravusių ikimoderniaisiais ir pirmosios modernybės laikotarpiais, etiologija tiesiogiai susijusi su įvairių bakterijų ir virusų poveikiu, todėl ligoms gydyti geriausiai tiko biomedicininis modelis. Širdies, kraujagyslių ir vėžio ligų etiologija labiau susijusi su sveikos gyvensenos, sveikos elgsenos ir sveikos aplinkos ypatumais.

Svarbu tai, kad VM / P visuomenėse besiplėtojanti individualizacija ir socialinė refleksija sukuria prielaidas rasti savitai SPS paslaugų sistemai, kurioje pacientai tampa vis informuotesni ir aktyviau prisideda prie gydymo proceso. Kartu atsiranda ir specifiniai sveikatos priežiūros sistemos įvertinimo

gydytojų centrų) prisirašiusių gyventojų sveikata – ne tik gydymu, bet ir sveikatos išsaugojimu bei gerinimu, ligų profilaktika.

⁴² Šiandien jau banalu teigti, kad visuomenės sveikata 50 proc. priklauso nuo gyvenimo būdo, 20 proc. – nuo aplinkos, 20 proc. – genetikos ir tik 10 proc. – nuo SPS. Tačiau tik su didesne ar mažesne paklaida galima teigti apie visų šių veiksnių poveikį visuomenės sveikatai ir mirtingumui. Kita vertus, toks visuomenės sveikatos priežasčių išskaidymas ypač aiškiai rodo sumenkėjusį SPS vaidmenį.

⁴³ *Pacientocentriški* santykiai SPS yra visą vėlyvosios modernybės visuomenės institucinę sandarą persmelkiančio reiškimo tam tikras atvejis – tai charakteringas neoliberalios vartotojiškos visuomenės bruožas. Pavyzdžiui, aukštojo mokslo sistemoje jis pasireiškia kaip *studentocentriškas* arba į studentą orientuotas mokymas ir t. t.

kriterijai (pvz., subjektyvi sveikata). Kiekvienas pacientas imamas traktuoti kaip individualios biografinės situacijos konstruktas (Hardey, 1998, p. 16). Galima teigti, kad ir biomedicininė, ir biopsichosocialinė sveikatos sampratos atitinkamai yra racionalus loginis pirmosios arba antrosios (vėlyvosios) modernybės / postmodernybės SPS institucinės tvarkos pagrindimas⁴⁴.

Biopsichosocialinės prieigos požiūriu MNN yra ne tik biomedicinos, bet ir socialinių mokslų sritis, todėl, kaip jau sakyta, nemedicininę teorinių perspektyvų taikymas tiriant sveikatą ir ligas yra svarbus ir MNN reiškiniui. Vadinasi, ne tik biomedicininės, bet ir įvairios psichologinės, socialinės ir kultūrinės sąlygos tiesiogiai veikia negalavimo atsiradimą, ligos formą, trukmę, intensyvumą ir komplikacijas. MNN gali būti tam tikrų socialinių sąlygų padarinys. Šiandienėje medicinoje toks reiškinys apibūdinamas psichosomatika ar somatoformika, nes socialinės sąlygos (stresas, nerimas, frustracija, kylantys dėl įvairių socialinių įvykių) veikia psichologines, o šios tam tikrą simptomatiką, neturinčią aiškaus biologinio paaiškinimo. Kaip jau minėta, kartu ryškėja ir VM / P sociologijos teorijų konstruojama nauja sveikatos samprata, kurią N. Foxas pavadino *archisveikata*. Archisveikatą reikėtų laikyti dar vienu papildomu sveikatos aspektu, anksčiau „lindėjusiu“ dominuojančių sveikatos sampratų šešėlyje. Archisveikatos samprata reikalauja atsisakyti standartinių diskursų formuojamos sveikatos sampratos ir sveikatą interpretuoti kaip galimybę, kaip nuolatinę tapsmą, kaip dinamišką būseną, plaukiančią iš asmens subjektyvios savijautos⁴⁵.

Tyrimo metodologija

Tyrimo buvo taikomas pusiau struktūruotas interviu. Apklausti pirminės sveikatos priežiūros ekspertai – poliklinikų vyriausieji gydytojai arba vadovai (direktoriai) bei jų pavaduotojai. Atlikti 5 interviu su Kauno miesto

⁴⁴ Kita vertus, biomedicininis ir biopsichosocialinis sveikatos modelis grindžiamas paciento ir gydytojo santykiu ir gydymas santykiškai nepriklauso nuo pacientų pasitenkinimo SPS paslaugomis, todėl pacientai gali teigiamai vertinti skirtingais sveikatos modeliais grindžiamus mediko ir paciento santykius. Abiejų sveikatos modelių funkcionavimas tipologiškai apibūdinamas visuomenės socioekonominės raidos apribotomis nuostatomis ir lūkesčiais, todėl pacientų pasitenkinimas vienu ar kitu santykiu su gydytoju drauge rodytų visuomenės socialinių santykių ypatumus.

⁴⁵ Žr. šio numerio straipsnį „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai vėlyvosios modernybės / postmodernybės socialinių teorijų požiūriu“.

poliklinikų vadovais⁴⁶, nors buvo siūloma visų poliklinikų vadovams arba jų pavaduotojams dalyvauti apklausoje. Dauguma vadovų savo nenorą dalyvauti interviu motyvavo dideliu užimtumu, tačiau galima spėti, kad vadovų atsisakymą veikiausiai lėmė šiandienėje viešojoje erdvėje ir kasdieniame gyvenime susiformavęs gana kritiškas SPS diskursas. Be to, ir pati tema – MNN – neapibrėžta ir provokuojanti. Interviu tikslas – išsiaiškinti, kokios politikos laikomasi pirminės sveikatos priežiūros sistemoje vertinant MNN. Interviu apėmė keletą tematikų, susijusių su MNN: ar gydytojai ir vadovai pripažįsta, kad egzistuoja toks reiškinys kaip MNN; ar viešai su poliklinikos personalu (susirinkimuose ar seminaruose) aptarinėjami MNN klausimai; ar galima teigti, kad MNN kelia gydymo, finansinių ir kitų problemų institucijai; ar vadovai sutinka, kad MNN gali kelti finansinių sunkumų institucijai; ar dėl MNN gali sumažėti pacientų.

Interviu planavimas. Interviu buvo organizuojamas pagal pusiau struktūruoto interviu schemą – parengtas konkretus pokalbio planas ir klausimai. Klausimyną sudarė 13 atvirųjų ir uždaryjū klausimų: ar pripažįstama, kad egzistuoja toks reiškinys kaip MNN; ar viešai su poliklinikos personalu (susirinkimuose ar seminaruose) aptariamai MNN klausimai; ar galima teigti, kad MNN kelia gydymo, finansinių ar kitų problemų institucijai; ar vadovai sutinka, kad MNN gali kelti finansinių sunkumų institucijai; ar MNN gali sukelti pacientų mažėjimo problemų. Pokalbio trukmė – nuo 30 iki 60 min. Visi interviu vyko apie 60 min., tik vienas užtruko pusvalandį. Respondentai įsitraukdavo į pokalbį ir išryškindavo pačius netikėčiausius su MNN susijusius aspektus.

Interviu eiga. Pokalbis vyko respondento darbo vietoje, pokalbiai buvo įrašomi. Nors pokalbis vyko pagal parengtą klausimyną, respondentams leista nukrypti nuo pokalbio plano. Kai tai įvykdavo, respondentas nebuvo stabdomas, taip siekta užčiuopti iš anksto nežinomų detalių apie vykstančius procesus. Per interviu taip pat buvo daromi užrašai ir komentarai, padedantys paaiškinti išgirstą mintį.

Interviu duomenų skaitmeninimas. Interviu įrašas buvo transkribuojamas, o informacija rūšiuojama pagal pusiau struktūruoto interviu klausimyną. Paskui interviu duomenys buvo grupuojami, koduojami ir subkoduojami. Tada visi turimi duomenys jau kodų pavidalu sudedami į bendrą duomenų bazę ir toliau analizuojami.

⁴⁶ Siekiant išsaugoti informantų anonimiškumą, poliklinikų vadovams buvo suteikti kodai: Inf.1, Inf.2 ir t. t.

Bendradarbiavimas per interviu. Dalyviai buvo skatinami bendrauti atvirai, primenant, kad garantuojamas duomenų anonimiškumas. Vis dėlto labai aiškiai buvo justi poliklinikų vadovų įtampa ir atsargumas. Įtampą kėlė ir žiniasklaidos konstruojamas šiandienei Lietuvos SPS nepalankus diskursas, susijęs su klausimais apie medikų kyšius, nekokybiškas SPS paslaugas, atsitiktines mirtis ir t. t. Tai liudija ir tas faktas, kad penkių poliklinikų vadovai atsisakė dalyvauti interviu.

Duomenų analizė ir interpretacija

Tyrimo pradžioje rėmėmės prielaida, kad poliklinikų vadovai, užimantys aukščiausią biurokratinės SPS įstaigos hierarchijos laiptelį, labiausiai iš visų darbuotojų tapatinasi su institucija, todėl požiūrį į negalavimus, jų gydymą, į MNN ir t. t. turėtų labiau veikti pačios institucijos interesus. Tokia prielaidą grindėme R. Dahredorfo ir R. Collinso sociologine konflikto koncepcija. Iš dalies tokia prielaida pasitvirtino. Tačiau po interviu su poliklinikų vadovais išaiškėjo ir gana paradoksali MNN situacija.

Tyrimo dalyvavę vadovai neneigė, kad MNN kaip reiškinys egzistuoja, bet kartu teigė, jog poliklinikoms MNN nėra didelė problema, nes diagnozė paprastai nustatoma. Tačiau paaiškėjo gana prieštaringa situacija: viena vertus, ŠG privalo nustatyti diagnozę, nes reikia pacientą gydyti, kita vertus, MNN pacientai yra masiškai siunčiami pas specialistus (antrinis lygis), dirbančius pirminio lygio SPS institucijoje ir finansuojamus papildomai iš teritorinių ligonių kasų (TLK).

Vadovų požiūriu, „MNN – diagnostikos, susijusios su mediko patyrimu ir technologijomis, klausimas“ (*Inf. 3*). Todėl poliklinikose per personalo susirinkimus ar seminarus atskirai nekalbama apie MNN, nes laikoma, kad tai yra ŠG kvalifikacijos ir gebėjimo diagnozuoti klausimas. Diagnozė paprastai nustatoma, taigi „MNN tarsi pradingsta bendrame visų negalavimų ir ligų kontekste“ (*Inf. 4*).

ŠG atlikus visus įmanomus diagnostinius tyrimus ir nenustačius diagnozės, MNN pacientai dažniausiai yra siunčiami pas antrinio lygio specialistus. Antrinio lygio specialistų paslaugos tiesiogiai finansuojamos iš TLK, todėl pirminio lygmens medikai gali lengvai siųsti pacientus pas antrinio lygio specialistus. ŠG paprastai siunčia pacientus pas specialistus ir tokie pacientai patenka į tam tikrą „niekieno“ erdvę – specialistai, pritaikę diagnostines prie-

mones ir neradę kokių nors biologinių pakitimų siunčia atgal pas ŠG, tada ŠG vėl siunčia pas kitos srities specialistus ir t. t. ŠG skatinami siųsti pacientus pas specialistus, reziduojančius pirminio lygio institucijose. Už kiekvieną specialisto konsultaciją institucija gauna papildomą finansavimą iš TLK.

Anot R. Collinso, aukščiausias pozicijas užimantys įstaigos atstovai tapatinasi su atstovaujama institucija ir jos interesais (Collins, 1993, p. 274–277). Todėl skirtingai nei ŠG, poliklinikų vadovų abejonės dėl MNN ir nenoras juos pripažinti galėtų būti aiškinamas smarkiau išreikšta biomedicine ligos ir sveikatos samprata. Ši samprata taip pat geriau atitinka SPS interesą, nes tiksli diagnozė ir sėkmingas gydymas formuoja teigiamą medikų ir sveikatos priežiūros institucijos įvaizdį.

Tad galima teigti, kad poliklinikų direktoriai yra linkę palaikyti ir ginti biomedicininę prieigą. Šia prasme ŠG ir PSPS vadovybė skirtingai vertina MNN. Remdamiesi R. Dahrendorfu (1959), galime teigti, kad skirtingi požiūriai atsiranda dėl ŠG ir institucijų vadovų skirtingų užimamų pozicijų SPS struktūroje ir iš čia plaukiančių skirtingų interesų. ŠG tiesiogiai bendrauja su pacientais ir yra „įmesti“ į tokią situaciją, kuri juos „verčia“ pripažinti MNN, nes objektyviai nėra jokių patologijos rodiklių. O poliklinikų vadovų požiūris priklauso ir nuo institucijos finansavimo, ir nuo institucijos gero vardo. Anot Weberio, bet kurios sistemos biurokratai turi ir savo interesų. Tad galima teigti, kad dėl sistemos racionalizacijos, tiksliau dėl SPS biurokratijos, MNN patenka į prieštarinę situaciją (Nisbet, 2000, p. 225). Nors biopsichosocialinė prieiga suponuoja didesnę galimybę pasitikėti pacientų subjektyviai išgyvenamais negalavimais ir didesnę erdvę negalavimo interpretacijai, vis dėlto pagal dviprasmišką SPS finansavimo mechanizmo ir įstaigos prestižo situaciją MNN pripažinimas išlieka prieštaringas.

Įdomu tai, kad interviu pabaigoje poliklinikų vadovai pripažindavo, kad MNN gali kelti tam tikrų problemų PSPS, nes kiekvienas neaiškus atvejis reikalauja papildomų diagnostikos priemonių, o tai susiję su didesnėmis finansinėmis išlaidomis. „Reikia pripažinti, kad MNN didina SPS sąnaudas“ (*Inf. 3*). Tačiau kai kalbame apie konkrečią instituciją, MNN finansiškai yra naudingi – TLK papildomai finansuoja kiekvieną siuntimą pas antrinio lygio specialistus. Kartu vadovai pripažįsta⁴⁷, kad siuntinėjimas pas specialistus nėra palankus pacientams, nes specialistai labai siaurai, tik iš savo perspektyvos, žiūri į negalavimą ir dažnai tiesiogiai nekonsultuoja paciento. Grįžęs pas

⁴⁷ Tai pripažįsta ir šeimos gydytojai.

ŠG, pacientas, tikėtina, sulauks grįžtamojo ryšio. Taip paciento negalavimas yra suskaidomas į dalis.

Kita vertus, MNN poliklinikose nėra fiksuojami statistiškai, jie, kaip minėta, „pradingsta“ bendrame diagnozuotų ligų kontekste. MNN netiesiogiai galima mėginti apskaičiuoti analizuojant pacientų korteles pagal siuntimų pas specialistus kiekybę ir kokybę.

Taip pat vadovai pripažįsta, kad MNN gali daryti įtaką didesniai pacientų nepasitenkinimui paslauga ir pacientų migracijai į kitas pirminės sveikatos priežiūros institucijas, tačiau PSPS nefiksuoja MNN atvejų, todėl sunku pasakyti, kaip pacientų migracija PSPS institucijose galėtų būti susijusi su MNN.

Išvados

1. Poliklinikų vadovai nenoriai kalba apie mediciniškai nepaaiškinamus negalavimus ir teigia, kad tai nėra didelė sveikatos priežiūros sistemos problema. Jie mano, kad MNN – diagnostikos, susijusios su mediko patyrimu ir turimomis diagnostikos technologijomis, klausimas. Todėl poliklinikose per personalo susirinkimus ar seminarus atskirai nekalbama ir neaptariama MNN problema. Laikoma, kad tai susiję su ŠG kvalifikacijos ir gebėjimo diagnozuoti klausimu. Kadangi negalavimas vis tiek diagnozuojamas, MNN tarsi pradingsta bendrame visų negalavimų ir ligų kontekste.

2. Galima teigti, kad skirtingai nei ŠG, poliklinikų direktorių abejonės dėl MNN ir nenoras juos pripažinti galėtų būti aiškinamas stipresniu tapatinimusi su jų atstovaujamos institucijomis, kurių interesai turi savo ypatumų.

3. Sveikatos priežiūros institucijos, kurioms atstovauja jų vadovai, dėl institucijos interesų patenka į prieštaringą situaciją vertinant MNN. Poliklinikų vadovai linkę palaikyti ir ginti biomedicininę prieigą, nes ji tiesiogiai susijusi su diagnoze. Sėkmingas diagnozavimas ir gydymas kelia medikų ir sveikatos priežiūros institucijos prestižą. Kita vertus, MNN suteikia galimybę ŠG dažniau siųsti pacientus konsultuoti pas antrinio lygio specialistus. Šie dirba pirminio lygio institucijoje, kuri už šias konsultacijas gauna papildomą finansavimą.

4. ŠG ir PSPS vadovybės požiūris į MNN yra skirtingas. Taip yra dėl to, kad ŠG ir institucijų vadovų užima skirtingas pozicijas SPS struktūroje.

5. Interviu pabaigoje poliklinikų vadovai pripažindavo, kad MNN gali sukelti tam tikrų problemų PSPS, nes bet koks neaiškus atvejis reikalauja papildomų diagnostikos priemonių, o tai susiję su papildomomis finansinėmis išlaidomis. Tačiau šios papildomos išlaidos tenka visai SPS, t. y. nacionaliniam biudžetui, o tam tikra poliklinika iš MNN gali net pasipelnyti.

6. Poliklinikose MNN nėra statistiškai fiksuojami ir jie „pradingsta“ bendrame diagnozuotų ligų kontekste – pacienai vis tiek nustatoma kokia nors diagnozė. Skaičiuojamos tik specialistų konsultacijos. Todėl norint tiksliau apskaičiuoti, kiek institucijos gauna naudos iš MNN, reikėtų tirti pacientų korteles.

7. Vadovai pripažįsta, kad MNN gali daryti įtaką didesniai pacientų nepasitenkinimui paslauga ir pacientų migracijai į kitas pirmines sveikatos priežiūros institucijas, tačiau PSPS nefiksuoja MNN atvejų, todėl sunku tiksliai pasakyti, kaip pacientų migracija galėtų būti susijusi su MNN.

Dokumentai

Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo. 2007 m. rugsėjo 5 d. Nr. V-717, Vilnius. http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/higienos_normos?id=52041.

Literatūra

- Annadale, E. 1998. *The Sociology of Health and Medicine: a Critical Introduction*. London: Blackwell Publisher Ltd.
- Beck, U., Lau, Ch. 2005. "Second Modernity as a Research Agenda: Theoretical and Empirical Explorations in the 'Meta-Change' of Modern Society". *The British Journal of Sociology* 56 (4): 525–557.
- Beck, U. 1998. *Risk Society. Toward New Modernity*. London. Sage Publication.
- Bury, M. 1997. *Health and Illness in Changing Society*. London and New York: Routledge.
- Collins, R., Makowsky M. 1993. *The Discovery of Society* (5th ed.). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Conrad, P., Schneider, J. W. 1992. "Deviance and Medicalization". In *From Badness to Sickness*, ed. P. Conrad, 17–37. Philadelphia: Temple University Press.

- Dahrendorf, R. 1959. *Class and Class Conflict in Industrial Society*. London: Routledge and Kegan Paul.
- David, A., Pelosi, A., McDonald, E., Stephens, D., Ledger, D., Rathbone, R., Mann, A. 1990. "Tired, Weak, or in Need of Rest: Fatigue among General Practice Attenders". *British Medical Journal*. November 24, 301 (6762): 1199–1202. Interneto prieiga: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1664364/pdf/bmj00207-0037.pdf>.
- Giddens, A. 2000. *Modernybė ir asmens tapatumas*. Vilnius: Pradai.
- Giddens, A. 1991. *Modernity and Self-Identity*. California. Stanford University Press.
- Giddens, A. 1996 (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G., Gater, R. 1998. "Persistent Pain and Well-Being. A World Health Organization Study in Primary Care". *Journal of American Medical Association*. 280 (2): 147–151. Interneto prieiga: <http://jamanetwork.com/article.aspx?articleid=187723>.
- Foucault, M. 1973. *The Birth of the Clinic*. London: Tavistock.
- Hardey, M. 1998. *The Social Context of Health*. Philadelphia: Open University Press.
- Kroenke, K., Wood, D., Mangelsdorff, A., Meier, N., Powell, J. 1988. "Chronic Fatigue in Primary care. Prevalence, Patient Characteristics, and Outcome". *The Journal of American Medical Association* 260: 929–934.
- Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., Linzer, M., Hahn, S., deGruy, F. V. 3rd, Brody, D. 1994. "Physical Symptoms in Primary Care. Predictors of Psychiatric Disorders and Functional Impairment". *Archives of Family Medicine* 3 (9): 774–779. Interneto prieiga: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7987511>.
- Lietuvos gyventojų politikos strategijos metmenys*. 2004. Sud V. Stankūnienė. Vilnius.
- Parsons, T. 1980. "Health, Uncertainty and the Action Structure". *Uncertainty. Behavioural and Social Dimensions*, ed. S. Fiddle, 145–163. New York: Praeger.
- Pawlikowska, T., Chalder, T., Hirsch, S., Wallace, P., Wright, D., Wessely, S. 1994. "Population Based Study of Fatigue and Psychological Distress". *British Medical Journal* 308 (6931): 763–766. Interneto prieiga: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1569616/>.

- Simon, G., Gater, R., Kisely, S., Piccinelli, M. 1996. "Somatic Symptoms of Distress: An International Primary Care Study". *Psychosomatic Medicine* 58 (5): 481–488. Internet access:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8902899>.
- Šeimos gydytojas. 2011. Internet access :http://www.sam.lt/go.php/lit/Seimos_gydytojas_/598.
- Weiss, L. G., Lonnquist, L. E. 2000. *The Sociology of Health. Healing and Illness*. London: Prentice Hall.
- Wessely, S., Chalder, T., Hirsch, S., Wallace, P., Wright, D. 1997. "The Prevalence and Morbidity of Chronic Fatigue and Chronic Fatigue Syndrome: A Prospective Primary Care Study". *American Journal of Public Health* 87(9): 1449–1455. Interneto prieiga:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380968/>.

Medically Unexplained Illnesses from the Point of View of Primary Health Care System's Interests

Summary

In the primary health care system (PHCS) there are illnesses unrelated to any organic pathology. They are described as medically unexplained illnesses (MUI). The debatable origin of the symptoms raises a number of questions for PHCS. Difficult diagnosis requiring a large number of various tests. Patients complaining of medically unexplained illnesses are considered to be an economic burden to the health care system and undermine the image of the medical profession. The article discusses the interest of the PHCS from the point of MUI. The analysis is grounded on the data of interview with directors of primary health care institutions (policlinics). According to R. Collins, the managers of very high positions of the hierarchical systems identify themselves with the system. They identify their interests with the interests of the system. It means that from the point of the MUI the directors are in a very controversial position. On one hand, they are inclined to maintain the biomedical conception of disease. This conception allows to define a very strict line between the biomedical reasons of diseases and speculations about diseases. In this case they prefer a clearer diagnosis because it improves the image of a PHC institution and doctors. On the other hand, the MUI serves as a very easy way to get more money from the National Health Insurance Fund. Every PHC institution have second-level-specialists and get money for each consultation of a specialist. The institutions' interest is to direct more patients from the first level to the second level and get more money.