

Zenonas Javtokas

***SVEIKATOS STIPRINIMO KONSPEKTO
PAPILDYMAS***



Vilnius, 2015

TURINYS

Naujoji visuomenės sveikata, sveikatos determinantai, prevencinės paslaugos	3
Sveikatos elgsenos teorijos ir modeliai	8
Socialinio pažinimo (mokymosi) teorija	9
Motyvuotojo interviu metodas	10
Novacijų difuzijos teorija	11
Ekologiniai sveikatos elgsenos modeliai	13
PRECEDE–PROCEED modelis	15
Sveikatos elgsenos teorijų ir modelių praktinis panaudojimas	19
Sveikatos raštingumas	20
Salutogeninė Otavos chartijos interpretacija	23
Sveikatos stiprinimo veiklos organizavimas, informavimo strategijų panaudojimas sveikatos mokymo veikloje	26

Naujoji visuomenės sveikata, sveikatos determinantai, prevencinės paslaugos

Naujoji visuomenės sveikata apima daugelį įvairių įrodymais grįstų mokslo, technologinių ir vadybos sistemų, nukreiptų individo ir populiacijos sveikatai gerinti [1].

Naujajai visuomenės sveikatai tenka tokie iššūkiai, kaip kardiovaskulinės ligos ir diabetas, sveikos mitybos įpročiai, adekvatus fizinis aktyvumas, traumų ir smurto prevencija, alkoholio vartojimas nėštumo metu ir priklausomybės (tabakas, alkoholis ir narkotikai), pasirengimas diegti naujus mokslo tyrimų pasiekimus genetikos ir nanotechnologijų srityje.

Naujoji visuomenės sveikata apima sveikatos politiką, sveikatos stiprinimą prie jau esančios pirminės, antrinės ir tretinės prevencijos bei sveikatos sistemų valdymo, kaip parodyta 1 lentelėje.

1 lentelė. Individualios ir bendruomenės prevencijos elementai Naujojoje visuomenės sveikatoje (pagal Tulchinsky ir Varavikova, 2010)[1]

Sveikatos politika	Sveikata visiems Aplinkos poveikio vertinimas
Sveikatos stiprinimas	Įrodymais pagrįstos veiklos, nukreiptos į sveikatos determinantus, skatinimas Nacionalinių, bendruomenės ir individualių nuostatų, praktinių sveikos gyvensenos žinių diegimas Politikos ir standartų, palankių gerai sveikatai, rėmimas Įstatyminių, kontrolės, socialinių ir aplinkos priemonių, kurios mažina riziką individų ir bendruomenės sveikatai, rėmimas
Pirminė prevencija	Ligų atsiradimui kelių užkertančių prevencinių programų ir priemonių įgyvendinimas Imunizacijos programos Tabako ir kitų kenksmingų medžiagų vartojimo mažinimas
Antrinė prevencija	Ankstyvoji ligos diagnostika presimptominiame stadijoje Anksti skirtas efektyvus gydymas, sustabdantis ligos progresavimą ir sutrumpinantis jos trukmę Ligos komplikacijų prevencija
Tretinė prevencija	Ligos proceso stabilizavimas Ilgalaikio pablogėjimo ar negalios pasekmių prevencija Funkcinė rehabilitacija (palaikomasis gydymas)
Sveikatos sistemų vadyba	Universali sveikatos apimtis Sveikatos paslaugų balansas Dėmesys pirminei priežiūrai Dėmesys prevencinėms sveikatos paslaugoms Parama visapusiškoms pagalbos sistemoms

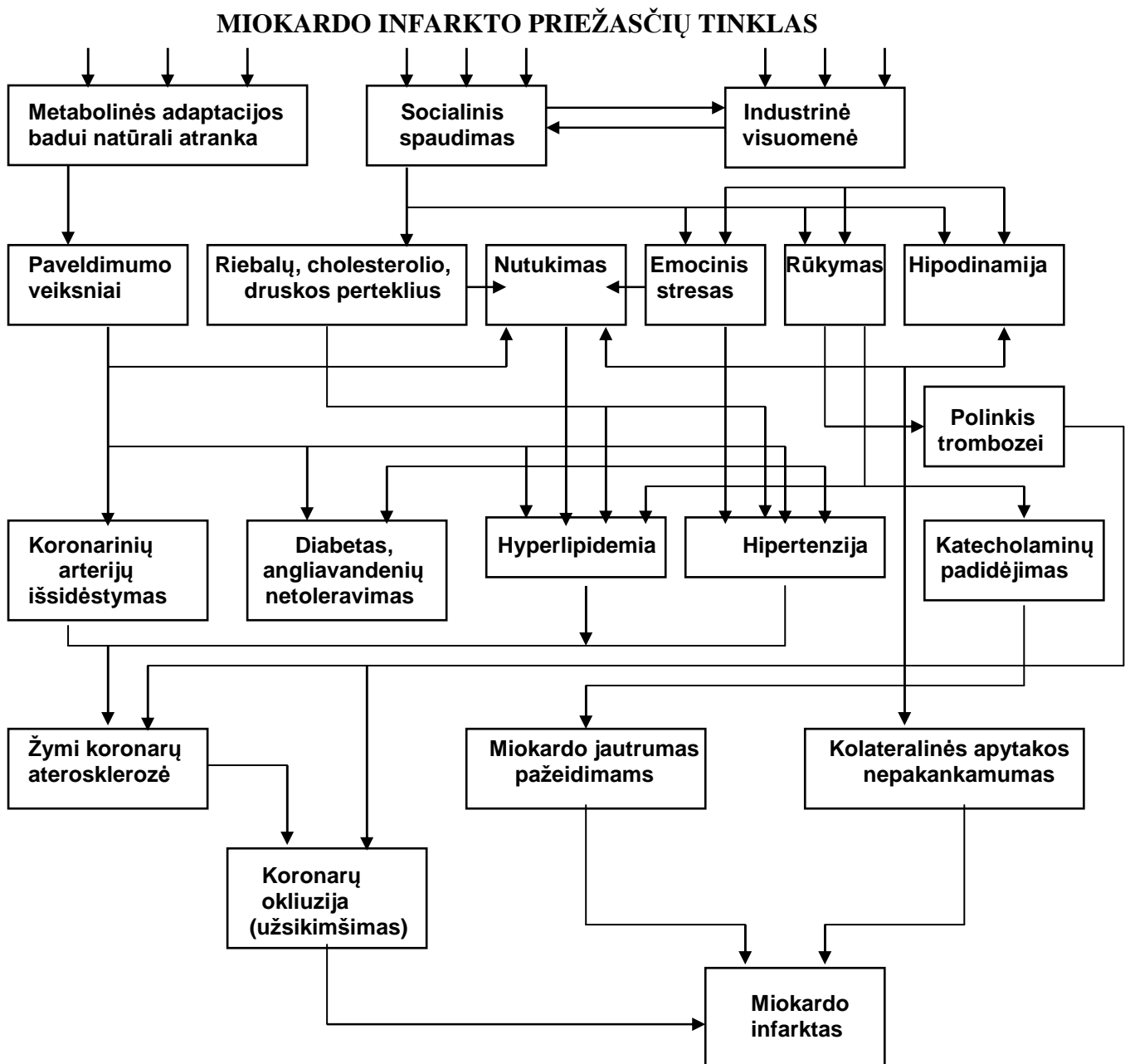
Svarbu yra tobulinti ekonomistų, veterinarų, slaugytojų, psichologų ir kitų biologijos bei socialinių mokslų atstovų taip pat ir gydytojų kvalifikaciją visuomenės sveikatos srityje.

Medicinos studentų, klinikinių ir biologinių/socialinių mokslų rezidentų mokymas visuomenės sveikatos toks pat svarbus, kaip ir anatomijos ar fiziologijos.

Standartinė visuomenės sveikatos specialisto mokymo programa turi būti sudaryta iš tokių pagrindinių dalykų, kaip epidemiologiniai tyrimo metodai, statistika, elgsenos ir socialiniai mokslai, sveikatos politika ir vadyba, aplinkos ir profesinė sveikata, motinos ir vaiko sveikata, mityba ir užkrečiamųjų ligų kontrolė, atlikto tyrimo (tezių) pristatymas. Didžiojoje Britanijoje apie trečdalį bendrosios praktikos gydytojų pajamų priklauso nuo prevencinės pagalbos paslaugų suteikimo (imunizacijos, paslėpto kraujavimo, mamografijos, krūties tepinėlio tyrimo).

Industrinės šalys turi reformuoti savo pirminę sveikatos priežiūrą, atkreipti dėmesį į lėtines ligas ir senėjimą, integruoti profesionalų ir įvairių sričių paslaugų teikimo komandų darbą į pacientą orientuotos pagalbos teikimui.

Daugelis determinantų ir jų tarpusavio ryšiai dar nepakankamai ištirti, nustatomi nauji rizikos veiksniai [2]. Žemiau pateikiamas (1 pav.) miokardo infarkto priežasčių tinklas tinklas kaip biologinių ir socialinių sveikatos determinantų ryšio pavyzdys (pagal Friedman, 1987) [2]



1 pav. Miokardo infarkto priežasčių tinklas

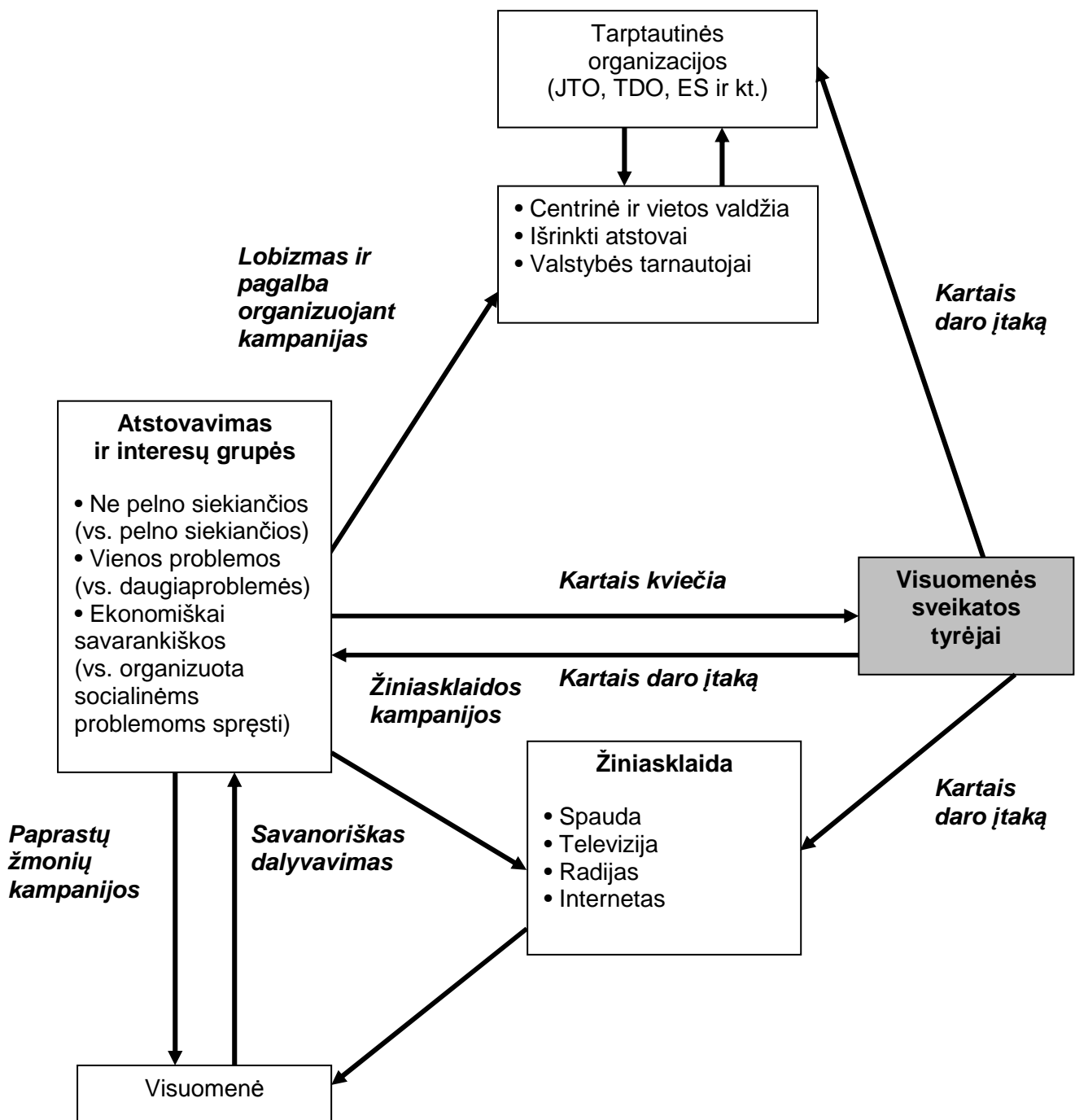
Rengiant sėkmingas, mokslo įrodymais grįstas visuomenės sveikatos stiprinimo programas, reikia stengtis, kad programos būtų aktualios ir naudingos įgyvendinant politinius uždavinius, turėtų politikų palaikymą (2 lentelė). Mokslininkai, rengdami rekomendacijas turi rimtai atsižvelgti ne tik į ekonominį, bet ir į socialinį bei politinį jų teikiamų išvadų kontekstą

2 lentelė. Sudėtinės sėkmingos programos dalys (šaltinis: Healthier societies: from analysis to action. Heymann J. et al. Oxford University Press, 2006) [2]

Problemos supratimas	Politinio atsako rengimas (sėkmės komponentai)	Politinio palaikymo užsitikrinimas
Problemos priežasčių supratimas <ul style="list-style-type: none"> • Įskaitant supratimą, kas trukdo ir yra nesusiję su problema 	Programos, kurios yra efektyvios tam tikroje politinėje aplinkoje ir kitų iniciatyvų kontekste <ul style="list-style-type: none"> • Kitos galimos iniciatyvos gali būti nenuspėjamos 	Pakankamas politinis palaikymas įgyvendinti <ul style="list-style-type: none"> • Kompromisus, kurie nekompromituoja veiklos efektyvumo • Programas, apsaugotas nuo pokyčių, griaušančių jų pagrindus
Supratimas, ką reikia pakeisti, kad būtų išspręsta problema <ul style="list-style-type: none"> • Problemą išspręsti iš dalies gali būti lengviau nei pašalinti pirmines ją sukėlusias priežastis. Svarbu suprasti, kada yra būtina pašalinti pirmines priežastis 	Programos, kurios yra efektyvios esant tam tikrai ekonominei situacijai <ul style="list-style-type: none"> • Ilgai trunkančios programos neišvengiamai susiduria su ekonominių sąlygų pokyčiais (pakilimais ir kritimais) 	
	Programos, kurios yra efektyvios tam tikroje demografinėje aplinkoje <ul style="list-style-type: none"> • Valstybinės programos turi būti efektyvios visose apskrityse, savivaldybių programos turi būti efektyvios daugumoje bendruomenių (seniūnijų) 	
	Programos, kurios yra efektyvios esant tam tikroms administravimo sąlygoms <ul style="list-style-type: none"> • Programa bus geriau palaikoma, jeigu yra sukurti instituciniai pajėgumai 	

Mokslininkai turi pagalvoti, kaip jų tyrimų rezultatai iš specialių knygų ir žurnalų patektų į visuomenės sveikatos politiką ir programas, išmokti formuluoti mokslines rekomendacijas ir užduotis politikams. Norint įtakoti į visuomenės sveikatą neužtenka darbą paskelbti per media (2 pav.). Jį reikia išversti į politikams suprantamą ir kasdieniam gyvenimui aktualią žinią.

ĮTAKOS TINKLAS



2 pav. Įtakos tinklas (šaltinis: Healthier societies: from analysis to action. Heymann J. et al. Oxford University Press, 2006) [2]

Praktikoje visuomenės sveikatos intervencijų centre yra šios penkios strategijos: Sauga (*Protection*), Prevencija (*Prevention*), Skatinimas (*Promotion*), Prognozė (*Prognosis*), Aprūpinimas (*Provision*) [3].

JAV (*U.S. Preventive Services Task Force*) prevencinė pagalba, pagal patvirtintą nomenklatūrą, skirstoma į keturias paslaugų rūšis: 1) elgsenos konsultavimo paslaugos, 2) skriningo testai besimtominėms ligoms, 3) chemoprofilaktika ir 4) imunizacija [4].

Globalinė naujoji visuomenės sveikata (*Global New Public Health*) apibrėžiama kaip kolektyvinė globalinė veikla sveikatai pagerinti ir sveikatos priežiūros skirtumams mažinti (*defined as the collective action we take worldwide for improving health and health equity*).[5].

Medicinos pagalba iš esmės koncentruojasi į individą. Net jeigu skiriamas dėmesys rizikos veiksnių ir klinikinių prevencijos paslaugų teikimui (pvz., hipertenzijos skriningui, mamografijai ar imunizacijai) pirminis tikslas yra nepalankių ligos rezultatų sumažinimas [6]. Skirtingai, **ekologinis arba populiacijos sveikatos modelis** (3 lentelė) apima platesnę perspektyvą ir nagrinėja ryšius tarp individų įgimtų biologinių charakteristikų ir jų sąveiką su bendraamžiais, šeima, bendruomene, mokykla, darbovieta, o taip pat ekonomine, kultūrine, socialine ir fizine aplinka vietos, nacionaliniame ir globaliniame lygiuose. Pabrėžia socialinės ir fizinės aplinkos, kuri stipriai įtakoja ligos ar traumos prigimtį bei mūsų atsaką į jas gyvenimo cikle, suteikia platesnę konceptinį paaiškinimą apie šių determinantų svarbą, o ne tik jų pripažinimą ar korekciją kaip medicininiame modelyje.

3 lentelė. Ekologinis modelis: sveikatos determinantų pavyzdžiai (šaltinis: Fielding JE, Teutsch S, Breslow L. A Framework for Public Health in the United States. *Public Health Reviews*, 2010) [6]

Biologiniai veiksniai

Genetiniai
Lipidų lygis

Individuali elgsena

Fizinis aktyvumas
Mityba
Rūkymas

Socialinis, šeimos ir bendruomenės tinklas

Socialinė parama/
socialinis kapitalas
Nepažeistos šeimos
Mokyklos

Gyvenimo ir darbo sąlygos

Užimtumas/uždarbis
Pajamos
Pasiiektas išsilavinimas
Sveika namų aplinka
Galimybė vaikščioti pėsčiomis
Transporto sistemos

Socialinės, ekonominės, kultūrinės, aplinkos sąlygos ir veikla globaliame, nacionaliniame ir vietos lygmenyje

Klimato pokyčiai
Medicinos pagalbos sistema
Oro užterštumas
Diskriminacija ir stigma
Karas, terorizmas, stichinės nelaimės
Žemės ūkio politika

Nuo priimtos sveikatos koncepcijos ir jos determinantų priklauso intervencijų pasirinkimas. Pasirinkus medicininį modelį intervencijos bus skirtos specifiniams rizikos veiksniams ar patofiziologinėms ligų ar traumų priežastims šalinti (pvz., antihipertenzinių vaistų vartojimas kraujospūdžiui normalizuoti, angioplastika užsikimšusių arterijų praeinamumui atstatyti ir kt.).

Visuomenės sveikatos intervencijos nukreiptos į politiką (įstatymdavystę, užtikrinančią oro, vandens švarą), ekonominę, socialinę ir fizinę aplinką (teisės aktus reglamentuojančius miestų planavimą, statybas, higienines normas), bendruomenes (stiprinant jų palaikymo sistemas), šeimas (bendruomenių slaugytojų vizitai) ar elgseną (gera mityba), ir pagaliau, į biologinius veiksnius. Šios intervencijos turi platų poveikio į sveikatą (veikia į daugelį ligų ir bendrą gerovę) ir kitus veiksnius, diapazoną. Visuomenės sveikatos iniciatyvos daugiausia koncentruojasi bendruomenės lygyje, skirtos sveikai gyventojų daliai padėti maksimaliai išsaugoti savo sveikatą, tuo tarpu medicinos strategijos pirmiausia skirtos apsaugoti individus nuo ligų, traumų ar jų pasekmių. Investuodami tik į medicininį modelį niekada nesukursime sveikos bendruomenės.

Sveikatos elgsenos teorijos ir modeliai

Sveikatos mokymo praktinė nauda priklauso nuo jo efektyvumo, t.y. žmonių sveikatos elgsenos pokyčių. Mokslo teorijos, aiškinančios žmonių elgesio, veikiančio jų sveikatą, priežastis yra tas potencialas, kuris gali padidinti sveikatos mokymo efektyvumą.

Vienas iš pagrindinių sveikatos mokymo tikslų yra propaguoti sveikesnę elgseną. Žmogaus elgsenys gali būti pagrindinė sveikatos problemų priežastis, bet taip pat gali būti ir pagrindinis jų sprendimo būdas: pakeisdami savo elgesį individai gali išspręsti daugelį problemų ir neleisti kilti naujoms (Tones, 1997). Daug socialinės psichologijos teorijų stengiasi paaiškinti, kaip įvairūs veiksniai veikia individo elgseną, susieti su požiūriu, tikėjimu, motyvacija, verte ir instinktais. Ankstyvieji sveikatos elgsenos keitimo modeliai rėmėsi prielaida, kad tarp žinojimo, požiūrio ir elgsenos egzistuoja santykinai stabilūs ryšiai (taip vadinamąja *KAB* formule: *Knowledge-Attitude-Behaviour*), buvo manoma, kad jeigu žmonės gaus tinkamą sveikatos mokymo informaciją iš patikimų šaltinių (sveikatos priežiūros specialistų), jie pakeis savo požiūrį ir atitinkamai koreguos savo sveikatos elgseną.

Deja, gyvenimo praktika to nepatvirtino ir socialiniai psichologai pateikė sudėtingesnius modelius, aiškinančius žmonių sveikatos elgsenos pasikeitimų procesus (4 lentelė).

4 lentelė. Sveikatos elgsenos teorijos ir modeliai

Teorijos ir modeliai skirti individo elgsenai paaiškinti ir keisti		
• Sveikatos naudos suvokimo (Tikėjimo sveikata) modelis	<i>Health Belief Model</i>	Becker, 1974
• Motyvuoto elgsenio teorija	<i>Theory of Reasoned Action</i>	Ajzen, Fishbein, 1980
• Planuoto elgsenio teorija	<i>Theory of Planned Behaviour</i>	Ajzen, 1988
• Elgsenio (Transtheoretinis) pokyčių modelis	<i>The Stages of Change (Transtheoretical Model of Change)</i>	Prochaska, DiClemente, 1984
• Socialinio pažinimo (išmokimo) teorija	<i>Social Cognitive (Learning) Theory</i>	Bandura, 1977
• Motyvuotojo interviu metodas	<i>Motivational interviewing</i>	Miller, 1983

Teorijos ir modeliai skirti grupės (interpersonalinei, aplinkos) įtakai paaiškinti ir keisti

• Socialinio pažinimo (mokymosi) teorija	<i>Social Cognitive (Learning) Theory</i>	Bandura, 1977, 1986, 1997, 1999
• Transakcinis streso ir jo įveikimo modelis	<i>Transactional Model of Stress and Coping</i>	Lazarus, Folkman, Moskowitz, 1984, 2000

Teorijos ir modeliai skirti bendruomenės elgsenai paaiškinti ir keisti

• Novacijų difuzijos teorija	<i>Diffusion of Innovations Theory</i>	Rodger, 1962, 1995, 2003
• Ekologiniai sveikatos elgsenos modeliai	<i>Ecological Models of Health Behavior</i>	McLeroy, Bibeau, Stecker, Glanz, 1988, Stokols, 1992, 1996
• Socialinės rinkodaros (marketingo) teorija	<i>Social Marketing Theory</i>	
• PRECEDE–PROCEED modelis	<i>PRECEDE–PROCEED Planning Model</i>	Gree ir kt., 1980, 2005

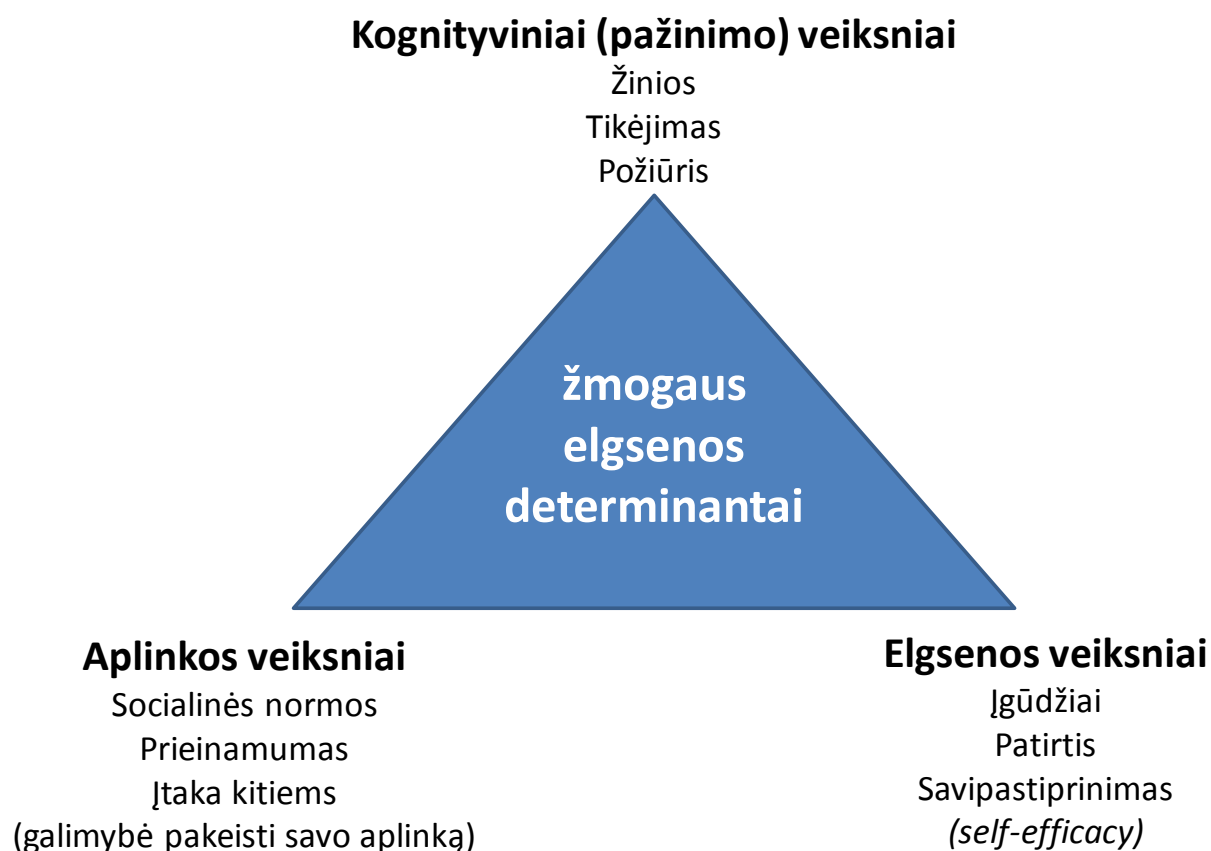
Sveikatos naudos suvokimo (Tikėjimo sveikata modelis), **Motyvuoto ir Planuoto elgesio teorijos**, **Elgesio** (Transteorėtinis) **pokyčių modelis** buvo pristatyti Sveikatos stiprinimo konspekte (Javtokas, 2009) [7]. Šiame Sveikatos stiprinimo konspekto papildyme trumpai apžvelgsime **Socialinio pažinimo (mokymosi) ir Novacijų difuzijos teorijas, Motyvuotojo interviu metodą, Ekologinius sveikatos elgsenos modelius** bei **PRECEDE–PROCEED modelio** panaudojimą planuojant ir vertinant visuomenės sveikatos intervencijas.

Socialinio pažinimo (mokymosi) teorija (*Social Cognitive and Social Learning Theory*)

A. Banduros (1977 m.) socialinio mokymosi ir socialinė kognityvinė (pažinimo) teorija yra grindžiama trijų komponentų abipusio determinizmo modeliu, pagal kurį **žmogaus elgesį lemia nuolatinė kognityvinių (pažinimo), elgesio ir aplinkos faktorių tarpusavio sąveika** (3 pav.)

Dėl abipusio determinizmo procesų mes veikiamė savo pačių likimą, kontroliuojame aplinkos jėgas, kurios savo ruožtu taip pat daro įtaką mūsų elgesiui. Šis trijų komponentų abipusio determinizmo modelis kardinaliai skiriasi nuo tokių vienpusiškų modelių, kurie pagrindinėmis elgesio determinantėmis laiko tik išorinės aplinkos arba tik vidinius asmenybės faktorius. Juk kai atskiri modelio komponentai nuolatos sąveikauja tarpusavyje ir kai vieno komponento veiklą riboja kiti du, tai nė vienas iš jų negali būti absoliučiai determinuojantis. Be to, galima sakyti, jog kognityvinių faktorių

įvedimas į minėtą modelį geriau atskleidžia žmogaus prigimtį bei jo galimybes. Prie šių galimybių galima priskirti žmogaus sugebėjimą operuoti simboliais, planuoti, numatyti savo elgesio padarinius, mokytis stebint kitų veiksmus ir t.t. Kuo geriau išvystyti žmogaus kognityviniai sugebėjimai, tuo didesnį poveikį esant toms pačioms aplinkos sąlygoms žmogus gali daryti savo elgesiui (tuo pačiu įgydamas didesnę veiklos laisvę).



3 pav. Žmogaus elgsenos determinantai pagal Socialinio pažinimo (mokymosi) teoriją

A.Bandura manė, kad aplinka daro didelę įtaką žmogaus veiklai, tačiau akcentavo pažinimo procesų vaidmenį asmenybės elgesiui — žmogus mokosi stebėdamas kitų elgesį, aplinkos reakciją į tą elgesį ir arba jį perima, arba atsisako, arba bando kitus elgesio būdus [8].

A.Bandura pirmasis atskleidė mokymosi stebint vaidmenį asmenybės genezėje, žymiai išplėtė pastiprinimo sampratą (šalia tiesioginių įveddamas pavaduojančius pastiprinimus bei savipastiprinimus), detaliam aprašė asmenybės mokymosi bei savireguliacijos mechanizmus, modifikuodamas nepageidaujamą elgesį, sėkmingai pritaikė modeliavimo principą; jo atlikti eksperimentiniai darbai paskatino daugelį mokslininkų savo tyrimams panaudoti eksperimentinę strategiją ir pan. Galima teigti, jog A.Banduro socialinio mokymosi bei socialinė kognityvinė teorija žymiai prisidėjo prie asmenybės supratimo progreso ir įgauna vis didesnį populiarumą.

Motyvuotojo interviu metodas (*Motivational Interviewing*)

Motyvuoto interviu metodas (V. Miller, 1983) pagrindinį dėmesį teikia klientui (individui) vidinei elgesio keitimo motyvacijai sustiprinti [9]. Vadovaujamosi prielaida, kad visa atsakomybė ir

galimybės keistis priklauso tik nuo kliento (ar paciento, nes šis metodas taikomas ir klinikinėje praktikoje). Tai ne pageidaujamos elgsenos „implantavimas“, o „tapymas“ (paties intervjuojamojo motyvų kūrimas). Skiriami trys pokyčio elementai: pasirengimas, norėjimas ir galėjimas. Motyvuotas interviu siekia remti vidinę motyvaciją, kuri leistų klientui/pacientui pradėti, tęsti ir dėti pastangas keisti elgesį.

Taikant šį metodą vadovaujamosi 4 pagrindiniais principais [9]:

1. Atjausti (išreikšti supratimą).

Kliento ir jo elgesio nekritikuoti, o bandyti jį suprasti

2. Plėtoti prieštaravimus

Parodyti neatitikimą tarp dabartinio jo elgesio ir jo paties vertybių, gyvenimo tikslų. Pats klientas turi surasti ir įvardinti argumentus, dėl ko turėtų keisti elgseną. Keistis motyvuoja suvokti prieštaravimai tarp esamos elgsenos ir svarbių asmeniui tikslų bei vertybių (pavyzdžiui, rūkymo ir noro būti sveikam).

3. Susitvarkyti su rezistentiškumu (priešiškumu, atsparumu)

Patarti netiesiogiai, nespaudžiant („darykite ką norite ir išlikite ramus“). Problema peradresuojama pačiam klientui („Taip, tačiau ...“), pats klientas įtraukiamas į problemos sprendimą.

4. Palaikyti pasitikėjimą savo jėgomis (palaikyti kliento savigarbą)

Skatinamas kliento pasitikėjimas pasiekti pokyčius (nesakyti, kad „aš Jus pakeisiu“, o sakyti: „jeigu Jūs norite, aš galiu padėti pasikeisti“).

Daugiau apie motyvuotą interviu ir jo taikymą klinikinėje praktikoje galima paskaityti Sveikatos mokymo ir ligų centro leidinyje „Motyvaciniai interviu, skirti psichikos sutrikimų turintiems pacientams, fizinę sveikatą gerinti“ (prieiga internete:

[http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Metodine_medziaga/Helps_leidinys_visas%20\(3\).pdf](http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Metodine_medziaga/Helps_leidinys_visas%20(3).pdf)

William R. Miller ir Stephen Rollnicks knygoje [9].

Novacijų difuzijos teorija (*Diffusion of Innovations Theory*)

Novacijų difuzijos teorija, kurią sukūrė ir išstobulino socialinių novacijų klasikas E. M. Rogers [10], siekia paaiškinti, kaip nauja elgsena (naujos idėjos, veiklos, produktai) plinta visuomenėje. **Novacija** (kai kuriuose literatūros šaltiniuose [11] vartojamas žodis *inovacija* yra anglicizmas ir kalbos redaktorių siūlomas nevertoti) **mūsų vartojamame kontekste yra sveikatos elgsena**, kurią individas ar grupė suvokia kaip naujieną (naujovę) ir ją perima. **Difuzija** yra procesas, kurio metu novacija per tam tikrą laiką ir komunikacijos kanalus persiduoda (įsiskverbia) socialinėje sistemoje.

Naujos elgsenos (idėjų) difuziją sudaro keturi pagrindiniai elementai:

1. Novacija

Kai kurios novacijos paplinta greičiau nei kitos. Savybės, nuo kurių priklauso novacijos paplitimo greitis ir sėkmė:

1. Santykinis pranašumas (kuo novacija suvokiama esanti geresnė ekonomine, socialinio prestižo, naudingumo ar pasitenkinimo prasme už išstumtąją, tuo greičiau ji perimama).
2. Suderinamumas (naujas elgesys, jeigu jis nesiderina su socialinės sistemos vertybėmis ir normomis negali būti greitai perimtas).
3. Paprastumas (greičiau paplinta novacija, jeigu ji visuomenei ir atskiriems jos nariams lengvai suprantama ir nereikia specialių sudėtingų įgūdžių jai įsisavinti).

4. Išmėginta praktikoje

5. Pastebimumas (novacija greičiau įsisavinama, jeigu yra viešai prieinama informacija apie jos įdiegimo rezultatus, stimuliuojamos jos vartotojų diskusijos ir pan.).

2. Komunikacija

Tai procesas, kurio metu jo dalyviai kuria ir dalina informacija vienas su kitu, kad pasiekti abipusį supratimą. Komunikacijos kanalai yra priemonės, kuriomis individai vienas kitam perduoda žinias. Žiniasklaida efektyvi didinant žinojimą apie novacijas, o individualus bendravimas (tarpasmeninė komunikacija) efektyvesnė formuojant ir keičiant požiūrį į novaciją (4 pav.).



4 pav. Prognozavimo modelis pagal Bass (Mahajan, Muller & Bass, 1990) [10]

Individai dažniausiai novaciją vertina ne remdamiesi mokslo įrodymais, bet artimųjų, bendraamžių ar tų, kurie perėmė naują elgseną, subjektyvia nuomone bei patirtimi.

3. Laikas

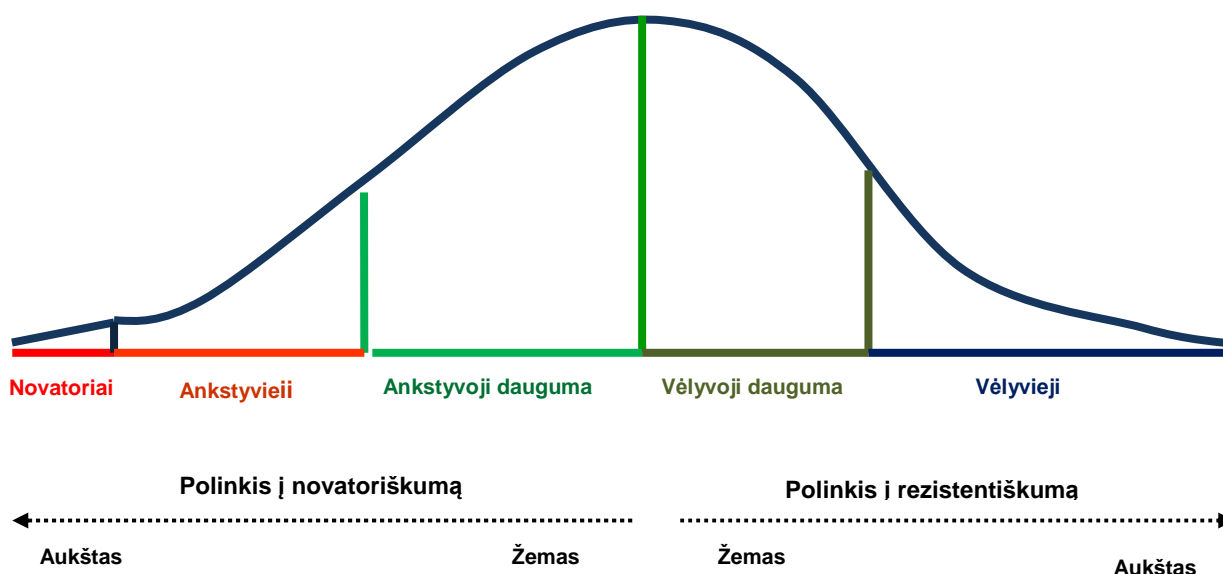
Praeina tam tikras laikas nuo informacijos apie novaciją gavimo iki požiūrio į ją susiformavimo, jos perėmimo ir įgyvendinimo. Pradinėje proceso stadijoje (ieškant informacijos apie naują elgseną) didelę įtaką turi žiniasklaida. Vėliau jos vaidmuo mažėja, o didėja tiesioginio kontakto („akis į akį“) įtaka (4 pav.).

Sprendimas dėl novacijos priėmimo gali būti pavaizduotas kaip 5 žingsnių procesas:

1. Susipažinimas (individas turi informacijos apie novaciją ir
2. Įsitikinimas (asmuo suformuoja palankų ar nepalankų požiūrį (nusistatymą) į novaciją)
3. Sprendimas (asmuo ištraukia į veiklą, kad perimtų ar atmestų novaciją)
4. Įgyvendinimas (asmuo panaudoja novaciją, pav., pakeičia sveikatos elgseną)
5. Patvirtinimas (asmuo įvertina novacijos perėmimo sprendimo rezultatus, jos efektyvumą)

Difuzijos procesą įtakoja individo ar grupės novatoriškumo priėmimo laipsnis (perėmimo greitis). Difuziją tyrinėjantys mokslininkai išskiria penkias gyventojų grupes (5 pav.), priklausomai nuo jų novatoriškumo laipsnio (novacijų perėmimo greičio):

1. Novatoriai – 2,5 proc.
2. Ankstyvieji perėmėjai – 13,5 proc.
3. Ankstyvoji dauguma – 34 proc.
4. Vėlyvoji dauguma – 34 proc.
5. Vėlyvieji perėmėjai („atsilikėliai“) – 16 proc.



5 pav. Novacijos priėmėjų pasiskirstymas pagal polinkį į novatoriškumą

4. Socialinė sistema

Tai tarpusavio ryšiais susieta socialinė (individue, neformalų, organizacijų) grupė (vienetas) bendrai problemai spręsti ir tikslui pasiekti. Socialinės sistemos struktūra, priimti elgsenos standartai, vyraujantys požiūriai įtakoja novacijų difuziją (veikia kaip siena, ribojanti jų plitimą). Kad novacija (nauja elgsena) paplistų visuomenėje, ją turi perimti „kritinė masė“ jos narių. Todėl labai svarbu savo pastangas nukreipti į tuos 13,5 proc. individų, kurie perėmė novatorių pristatytas naujas idėjas („ankstyvuosius perėmėjus“). Jie yra pagrindinis novacijų difuzijos sėkmės komponentas, darantis poveikį kitiems socialinės sistemos nariams.

Ekologiniai sveikatos elgsenos modeliai (*Ecological Models of Health Behavior*)

Ekologiniai sveikatos elgsenos modeliai pabrėžia aplinkos ir politikos kontekstą, socialinių bei psichologinių veiksnių įtaką elgsenai. Ekologinio modelio koncepcijos šerdis yra tai, kad elgsena turi daug poveikio lygių, įskatant intrapersonalinę (biologinę, psichologinę), interpersonalinę (socialinę, kultūrinę), organizacinius, bendruomenės, fizinės aplinkos ir politinius lygmenis (5 lentelė).

5 lentelė. Ekologiniai sveikatos elgsenos modeliai (šaltinis: Glanz K., Rimer BK.B., Viswanath K. eds., 2008. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4th ed. Jossey-Bass, A Wiley Imprint, San Francisco.) [8]

Autorius, Modelis	Pagrindinės koncepcijos
<i>Elgseną aiškinantys teoriniai modeliai</i>	
Kurt Lewin (1951) Ekologinė psichologija	„Ekologinė psichologija“ nagrinėja išorinės aplinkos įtaką asmeniui

Roger Barker (1968) Aplinkos psichologija	Žmonių elgseną tiksliau galima nuspėti pagal socialines ir fizines aplinkybes – „Elgsenos aplinką“, nei pagal jų individualias savybes.
Rudolph Moos (1980) Socialinė ekologija	Keturios aplinkos veiksnių kategorijos: 1. fizinė (natūrali-oras ir dirbtinė-statiniai) 2. organizacinė (darbovietė, mokykla) 3. „žmonių visuma“ (sociokultūrinė charakteristika) 4. „socialinis klimatas“ (tam tikros elgsenos palaikymas tam tikroje socialinėje aplinkoje)
Urie Brofenbrenner (1979) Sistemų teorija	Trys aplinkos poveikio lygiai: 1. „mikrosistema“ (sąveika tarp šeimos narių ir darbo grupių) 2. „mezosistema“ (šeimos, mokyklos ir darbo fizinė aplinka) 3. „egzosistema“ (socialinė ekonomikos, kultūros ir politikos sistema)
Thomas Glass ir Matthew McAtee (2006) Ekosocialinis modelis	Nagrinėja elgsenos pokyčius, susijusius su biologijos ir visuomenės įtaka, turinčius socialinius ir fizinės aplinkos aspektus. Struktūriniai neapibrėžtumai suteikia galimybes ir apribojimus, o biologiniai procesai reguliuoja elgesio išraišką.

Veiklos modeliai (orientuoti į elgsenos pokyčių intervencijas)

B.F. Skinner (1953) Operant mokymosi teorija	Pirminis modelis yra Aplinka→Elgsena. Aplinka tiesiogiai kontroliuoja elgseną. Pastaruoju metu Hovell su kolegomis (2002) pasiūlė elgsenos ekologinį modelį, kuris sunkiai besutampa su Skinnerio.
Albert Bandura (1986) Socialinio mokymosi ir socialinio pažinimo teorijos	Pripažįsta aplinkos ir asmenybės įtaką elgsenai. Pagrindinį dėmesį skyrė socialinei aplinkai.
Kenneth McLeroy ir kt. (1988) Ekologinis sveikatos elgsenos modelis	Penki sveikatos elgseną įtakoiantys veiksniai: intrapersonaliniai veiksniai, interpersonaliniai procesai ir pirminės grupės, instituciniai veiksniai, bendruomeniniai veiksniai, viešoji politika
Daniel Stokols (1992, 2003) Socialinis ekologinis modelis sveikatos stiprinimui	Keturios prielaidos: 1. sveikatos elgseną įtakoja fizinė ir socialinė aplinka bei asmeninės savybės 2. aplinkos yra multidimensinės, socialinė ar fizinė, esama ar suvokiama, abstraktus požymis (erdvinė kompozicija) ar vaizdinys (socialinis klimatas); 3. žmogaus ir aplinkos sąveika, atsirandanti keičiantis agregacijos lygiams (individai, šeimos, kultūrinės grupės, visi gyventojai); 4. žmonės įtakoja juos supančią aplinką, o pasikeitusi aplinka po to įtakoja jų sveikatos elgseną
Deborah Cohen ir kt. (2000) Struktūrinis-ekologinis modelis	Keturios struktūrinės įtakos kategorijos: 1. saugančių ar žalingų vartojimo produktų prieinamumas 2. fizinės produkto charakteristikos 3. socialinės struktūros ir politika 4. media ir kultūrinės žinios

Brian Flay, J. Petraitis (1994) Triados poveikio teorija	Manoma, kad visą elgseną įtakoja genai ir aplinka, yra trys elgseną įtakančios srovės: intrapersonalinė, socialinė ir sociokultūrinė.
Karen Glanz ir kt. (2005) Bendruomenės maisto produktų aplinkų modelis	Pateikia pagrindinius veiksnius, kurie įtakoja mitybos elgseną: prieinamumas, kaina, vieta, maisto produktų reklama ir informacija mitybos klausimais.
Edwin Fisher ir kt. (2005) Savikontrolės modelis (ištekliai ir gebėjimai)	Remiasi asmens gebėjimų ir pasirinkimo galimybių integracija, parama, kurią jie gauna iš socialinės aplinkos, taip pat ir iš fizinės ir politinės aplinkų bei bendruomenės.

Pagrindiniai ekologinio modelio principai [8]:

1. Daug kas įtakoja į sveikatos elgseną, įskaitant veiksnius veikiančius intrapersonaliniame, interpersonaliniame, organizaciniame, bendruomenės ir viešosios politikos lygmenyse.
2. Elgsena veikiama per šiuos įvairius lygius.
3. Ekologiniai modeliai yra specifiniai elgsenos modeliai, geriausiai identifikuojantys kiekviename lygmenyje tinkamiausią poveikio potencialą
4. Daugelio lygių intervencijos yra efektyviausios elgsenai pakeisti.

Ekologiniai sveikatos elgsenos modeliai paaiškina, kodėl **maksimalaus elgesio pokyčių galime tikėtis tik tuomet, kuomet aplinka, socialinės normos, politika ir parama skatins žmonių sveikesnį pasirinkimą, o individai bus išsilavinę ir motyvuoti tokius pokyčius atlikti. Žmonių mokymas pasirinkti sveikesnę gyvenseną, kuomet nėra ją palaikančios aplinkos, sukels tik silpną ir trumpalaikį efektą.** Pavyzdžiui, gausus daržovių tiekimas, nutiesti pėsčiųjų ir dviratininkų takai, prezervatyvų prieinamumas negarantuoja, kad žmonės šiais ištekliais pasinaudos.

Todėl, kad pasiekti esminių sveikatos elgsenos pokyčių ekologinio modelio centre yra abiejų lygių – individualaus ir aplinkos – intervencijos. Ekologiniai sveikatos elgsenos modeliai padeda suprasti žmonių elgseną, susijusią su fiziniu aktyvumu, kurti visaapimančias tabako ir diabeto kontrolės intervencijas. Šie modeliai buvo pritaikyti rengiant tokius PSO dokumentus, kaip Tabako kontrolės konvencijos pagrindai, sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimo bei nutukimo mažinimo strategijas.

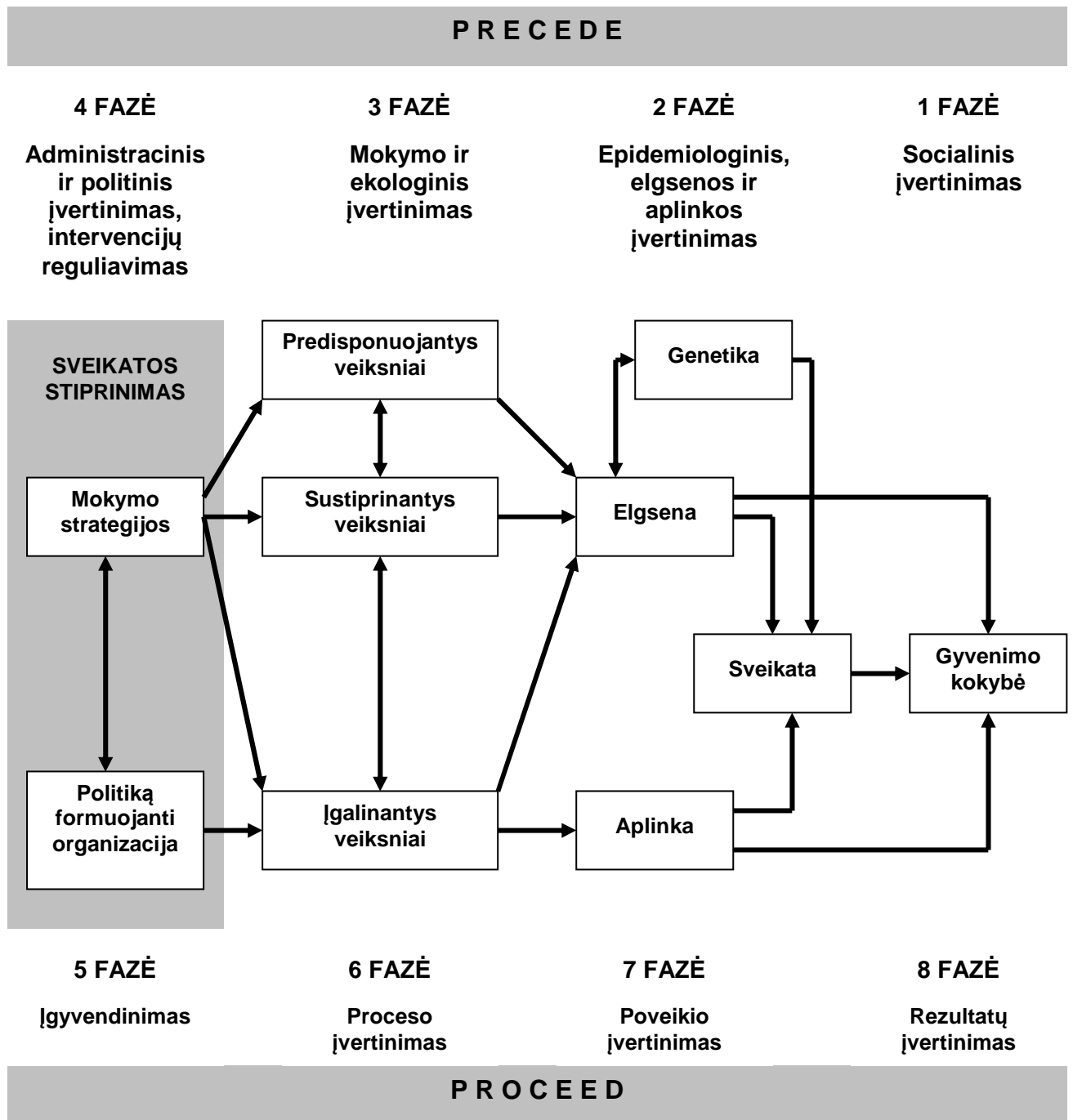
PRECEDE–PROCEED modelis (*PRECEDE–PROCEED Planning Model*)

PRECEDE–PROCEED modelis (Green ir kt. 1980, 2005) padeda įdiegti sveikatos elgsenos teorijas į sveikatos stiprinimo programas, sprendžiant šiuolaikines visuomenės sveikatos problemas.

Akronimas **PRECEDE** sudarytas iš anglų k. žodžių *Predisposing* (Išankstiniai), *Reinforcing* (Pastiprinantys), *Enabling* (Įgalinantys) *Constructs* (Konstruktai) in *Educational/Environmental* (nustatant Mokymo/Aplinkos) *Diagnosis* (Diagnozę) and *Evaluation* (ir atliekant Vertinimą).

1991 m. prie jo buvo pridėtas kitas akronimas – **PROCEED** (angl. *Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*). Lietuviškai

pažodžiui tai galėtų būti verčiama kaip „Politikos, Priežiūros ir Organizaciniai Konstruktai vykdančios Mokymo ir Aplinkos Plėtotę“. PRECEDE–PROCEED modelis schematiškai pavaizduotas 6 pav.



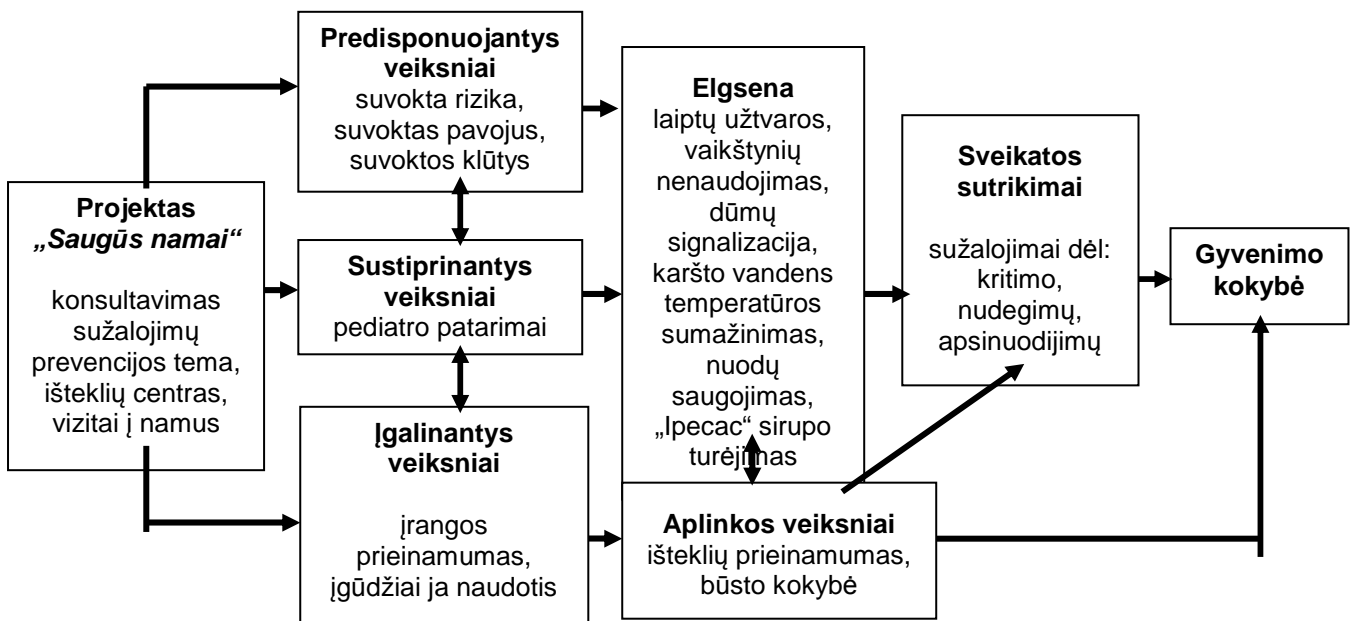
6 pav. PRECEDE–PROCEED modelis [8]

Didėjant sveikos gyvensenos, ty. su elgsena susijusių įpročių supratimui, buvo pripažįstama, kad tokia elgsena kaip rūkymas ar alkoholinių gėrimų vartojimas yra labai stipriai įtakojama tokių išorinių veiksnių, kaip pramonė, media, politika, socialiniai skirtumai. Tai ekologinis požiūris į sveikatos stiprinimą, bandymas suprasti platesnius sveikatos ir sveikatos elgseną įtakančius determinantus. 2005 m. autoriams revizuojant modelį, buvo suformuluotos 8 (4 planavimo, 1 įgyvendinimo, 3 vertinimo) modelio fazės, akcentuojamas genetinių veiksnių vaidmuo, aktyvus žmonių dalyvavimas identifikuojant svarbiausias visuomenės sveikatos problemas, planuojant, įgyvendinant ir vertinant sveikatos stiprinimo programas (žr. 6 pav.).

Šį modelį galima būtų palyginti su kelių žemėlapiu, o sveikatos elgsenos teorijas – kryptimis reikiamai vietai pasiekti.

PRECEDE–PROCEED modelis yra loginis modelis, pateikiantis sveikatos elgsenos keitimo programų planavimo ir vertinimo struktūrą. **Remiasi prielaida, kad mokymo diagnozė turi eiti prieš intervencijos planą, kaip kad medicininė diagnozė eina prieš gydymo planą.** Sveikatos mokymas iki šiol per daug užsiėmė programų įgyvendinimu ir per mažai strategiškai suplanuotą, atsižvelgiant į svarbiausius poreikius, intervencijų rengimu.

Trumpai apžvelgsime modelio fazes (7 pav.) pateikdami vaikų sužalojimų prevencijos projekto „Saugūs namai“ pavyzdį iš Baltimorės, JAV [8].



7 pav. PRECEDE–PROCEED modelio schema, pritaikyta sužalojimų prevencijai [8]

Socialinis ir epidemiologinis įvertinimas (PRECEDE–PROCEED modelio 1 ir 2 fazės)

Studijuojamos mokslinės literatūros apžvalgos apie vaikų sužalojimus namuose, renkami duomenys iš gydymo įstaigų, vykdoma tėvų, apsilankiusių gydymo įstaigose, apklausa (siekiant išsiaiškinti, kas jiems, kaip tėvams, rūpi šiuo klausimu). Pateiktame pavyzdyje net pusė tėvų pažymėjo, kad tai – „labai svarbi problema“.

Elgsenos, aplinkos, švietimo ir ekologinis įvertinimas (PRECEDE–PROCEED modelio 2 ir 3 fazės)

Remiantis literatūros duomenimis ir pediatrų patarimais, kaip svarbiausias ir daugiausia įtakos ikimokyklinio amžiaus vaikų elgsenai turėjęs elgsenos tipas (klasteris) gali būti įvardijamas „vaiko nepažeidžiamumas“ (angl. *childproofing*). Kritimo, nudegimo ir apsinuodijimo atvejais „vaiko nepažeidžiamumas“ apėmė šešis vaiko saugumą užtikrinančius veiksnius: laiptų užtvarų naudojimą, vaikštynių nenaudojimą, dūmų signalizacijos turėjimą, karšto vandens temperatūros sumažinimą iki 50 °C laipsnių, nuodingų medžiagų laikymą užrakintus ir vėmimą sukeliančių medžiagų („Ipecac“ sirupo), vartojamų prarijus nuodingų medžiagų, turėjimą namuose.

Trūkstant duomenų apie aplinkos veiksnius, lemiančius vaikų sužalojimus namuose, buvo organizuotas papildomų duomenų rinkimas iš tėvų, apsilankiusių gydymo įstaigose. Atliekant tėvų apklausas

(interviu) buvo vadovaujamosi Planuoto elgesio teorija, tiriama personalo nuomonė apie vaikų pažeidžiamumo mažinimą, atsirandančias kliūtis ir pagalbininkus (įskaitant aplinkos veiksnius). Renkant kiekybinius duomenis, susijusius su tėvų veikla vaikų sužalojimų prevencijos srityje (apie elgsenos ir su ja susijusius aplinkos veiksnius, predisponuojančius, sustiprinančius ir įgalinančius veiksnius), buvo apklausta 150 tėvų, apsilankiusių gydymo įstaigoje. Visi respondentai turėjo teigiamą nuostatą dėl „vaiko nepažeidžiamumo“ priemonių naudojimo, tačiau tik 5 proc. respondentų atsakė, kad užtikrina visus 6 saugumą užtikrinančius veiksnius. Iš aplinkos veiksnių buvo paminėta būsto kokybė, tėvų pajamos, pagalbos nebuvimas iš kitų asmenų ir institucijų, vaiko judrumas.

Planuoto elgesio teorijos konstruktai buvo naudingi demonstruojant tėvams kliūčių svarbą, bet nepadėjo identifikuoti įsitikinimų skirtumo tarp tėvų, kurie naudojo „vaiko nepažeidžiamumo“ priemones, ir tarp tų, kurie jų nenaudojo.

Sveikatos naudos suvokimo (arba Tikėjimo sveikata) modelis gali padėti paaiškinti sužalojimų rizikos supratimo ir šios grėsmės dydžio suvokimo reikšmę tėvų elgsenai, susijusiai su vaiko saugumo užtikrinimu.

Tėvų apklausa parodė, kad net įprasta pediatro konsultacija (trukusi vidutiniškai 1 min. 1 vaikui) vaikų sužalojimų prevencijos tema buvo sustiprinantis veiksnys, turėjęs įtakos elgsenos keitimui. Kaip svarbus predisponuojantis veiksnys įvardytas tėvų noras užtikrinti vaiko saugumą, sustiprinantis veiksnys – socialinės paramos tinklas, įgalinantis veiksnys – saugos reikmenų pasiekiamumas ir įgūdžiai juos efektyviai panaudoti.

Kitas žingsnis – šiuos atradimus transformuoti į efektyvias intervencijų strategijas.

Administravimo ir politikos įvertinimas bei įgyvendinimas (PRECEDE–PROCEED modelio 4 ir 5 fazės)

Buvo nustatytos trys skirtingos tarpusavyje susijusios intervencijos (pediatrų teikiamos konsultacijos ir jų efektyvumo padidinimas; specialaus vaiko saugos išteklių centro įkūrimas sveikatos priežiūros įstaigoje ir vizitai į namus), aprašyti intervencijų įgyvendinimo administravimo ir politiniai aspektai.

1. *Pediatrų teikiamos konsultacijos ir jų efektyvumo padidinimas.*

Organizuoti 5 val. kursai pediatrams apie sužalojimų prevenciją, kurių metu lavinti diskusijos su tėvais įgūdžiai. Konsultavimas sužalojimų prevencijos klausimais įtrauktas į įprastą vaiko apžiūros procedūrą. Kursų metu supažindinta su Elgesio pokyčių modelio (1 priedas) stadijomis, nes konsultuojant svarbu identifikuoti, kokioje elgesio pokyčių stadijoje yra konsultuojamasis. Prekontempliacijos (iki svarstymo) stadijoje esančio asmens nedomina elgesio pokyčiai, todėl tokius tėvus prieš konsultuojant reikia motyvuoti, kitaip ir geriausia konsultacija jokio efekto neduos. Tam tinka Motyvuotojo interviu ir kiti socialinės psichologijos metodai (deja, jie skirti individualiam darbui su klientu, užima daug laiko ir yra brangūs). Veiksmų stadijoje esantis asmuo pakankamai motyvuotas ir konsultavimas padės jam įgyvendinti namuose gydytojo rekomenduotas vaiko saugumo priemones. Kursų metu pediatrai supažindinti su suaugusiųjų mokymo principais (suaugusio žmogaus negalima išmokyti, jis gali tik išmokti, jeigu pats to nori) ir sveikatos mokymo metodais (atvejo metodo taikymu su tėvais nagrinėjant sužalojimų atvejus iš gydytojo praktikos, patirtinio mokymo elementais demonstruojant laiptų užtvaras, vaikštytynės kritimą laiptais ir vaidmenų atlikimo metodo taikymu bendravimo įgūdžiams lavinti).

2. *Vaiko saugos išteklių centras* skirtas padidinti saugos priemonių prieinamumą mažas pajamas gaunančioms šeimoms (saugos priemonių sumažintomis kainomis įsigijimui) ir teikti konsultacijas, kaip jomis naudotis. Centre apsilankę tėvai galėjo ne tik įsivertinti savo namų saugumą, bet ir pigiau įsigyti rekomenduotų saugos priemonių. Centro veikla padidino pediatro konsultacijos efektyvumą.

3. *Vizitai į namus* buvo skirti vaiko saugumą užtikrinančių įgūdžių formavimui. Juos atliko bendruomenės sveikatos priežiūros specialistai. Dėmesys buvo skirtas predisponuojantiems veiksniams, tokiems kaip sužalojimo rizikos rimtumo suvokimui.

Administravimo ir organizaciniai intervencijos įgyvendinimo aspektai nebuvo lengvi. Administravimo personalui reikėjo skirti laiko bendruomenės sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos kėlimui, darbo

kontrolei, mokėti įvertinti būsto kokybę, nes tėvai kaip vaikų saugumo užtikrinimo trukdį dažnai akcentavo blogą būsto būklę.

Proceso, poveikio ir rezultato įvertinimas (PRECEDE–PROCEED modelio 6–8 fazės)

Siekiant įvertinti procesą buvo renkami duomenys, ar buvo atlikta tai, kas buvo suplanuota, ar pasiekta norima tikslinė grupė. Pediatrių konsultacijų metu buvo atliekami garso įrašai. Poveikiui įvertinti buvo naudojami dviejų pediatrių ir jų pacientų tėvų kohortų atsitiktinių imčių tyrimai (*randomized controlled trial of two cohorts of pediatricians and their patient's parents*). Tėvai buvo atrinkti, kai jie su 0–6 mėn. vaiku ateidavo į sveikatos priežiūros įstaigą, ir toliau buvo stebimi, kol vaikui sukakdavo 12–18 mėn. Buvo atliekamas pirminis (bazinis) ir pakartotinis tėvų žinių, požiūrių ir kliūčių (predisponuojančių, sustiprinančių, įgalinančių veiksnių) tyrimas, vaikų saugumo namuose stebėseną (registruojami elgsenos ir aplinkos veiksniai). Tyrimas parodė, kad pirmosios kohortos gydytojai, kuriems buvo organizuotas intensyvus mokymas, suteikė reikšmingai daugiau konsultacijų sužalojimų prevencijos tema ir tėvai buvo labiau patenkinti iš jų gauta informacija palyginti su tais, kurie dalyvavo tik 1 val. įprastame seminare. Lyginant tėvų žinias ir jų elgseną, susijusią su vaiko sauga namuose, statistiškai patikimo skirtumo negauta. Visi antrosios kohortos pediatrai gavo intensyvių mokymų, tėvai lankėsi vaikų saugos išteklių centre, o pusė tėvų dar buvo aplankyti ir namuose. Tyrimas parodė, kad tėvų apsilankymas vaikų saugos išteklių centre turėjo reikšmingą įtaką vaikų saugai namuose (pradėjo naudoti daugiau saugos priemonių), o vizitai į namus nebuvo efektyvūs. Programos rezultatai (pavyzdžiui, sumažėjęs susižalojusių namuose vaikų skaičius) nebuvo vertinami, nes tam būtų reikėję ilgesnio stebėjimo laiko ir didesnės tiriamųjų imties.

Sveikatos elgsenos teorijų ir modelių praktinis panaudojimas

Sveikatos edukologų tikslas yra suprasti žmonių elgesį ir mokėti panaudoti sveikatos elgsenos teorines žinias, kuriant ir įgyvendinant sveikatos stiprinimo strategijas.

Aštuoni principai, kuriais rekomenduojama vadovautis diegiant sveikatos elgsenos teorijas į praktiką (pagal Jackson, 1997):

1. Naujo elgesio įgijimas ne įvykis, o nuoseklus mokymosi procesas elgesio pokyčiams pasiekti.
2. Žmonių elgseną veikia psichologiniai veiksniai, ypač įsitikinimai ir vertybės.
3. Kuo naudingesnis ar pasitenkinimą keliantis patyrimas, tuo didesnė tikimybė, kad jis bus pakartotas; kuo daugiau varginantis ar nemalonus, tuo mažesnė tikimybė, kad jis bus pakartotas.
4. Elgsenos patirtis gali turėti įtakos asmens lūkesčiams ir vertybėms.
5. Individai nėra pasyvūs respondentai, bet vaidina aktyvų vaidmenį elgesio keitimo procese.
6. Socialiniai ryšiai ir socialinės normos turi esminę ir nuolatinę įtaką žmonių elgsenai.
7. Elgsena nėra nepriklausoma nuo konteksto, kuriame ji formuojasi, žmonės veikia ir yra veikiami fizinės ir socialinės aplinkos.
8. Diegiant į praktiką elgsenos teorijas reikia vadovautis mokslo tyrimų ir vertinimo metodais.

NICE (NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence, Jungtinės Karalystės Nacionalinis sveikatos ir klinikinės kompetencijos institutas) principai, kuriais rekomenduojama vadovautis, diegiant sveikatos elgsenos teorijas ir modelius į praktiką:

1. Intervencijų ir programų planavimas
2. Socialinio konteksto įvertinimas
3. Švietimas ir mokymas
4. Intervencijos individualiame lygyje
5. Intervencijos bendruomenės lygyje
6. Intervencijos valstybės lygyje

7. Efektyvumo įvertinimas
8. Ekonominio efektyvumo įvertinimas

Kiekvienam principui įgyvendinti *NICE* nurodo galimas poveikio grupes ir pateikia rekomenduojamų veiklų aprašymus (žr. Behaviour change, *NICE* guidance 6, 2007, prieiga internete: <http://publications.nice.org.uk/behaviour-change-the-principles-for-effective-interventions-ph6> .[12].

Trys elgsenos keitimo intervencijų bruožai (pagal *NICE*)[12]:

1. Intervencijos turinys turi būti kiek įmanoma specifinis
2. Išdėstyti, kas bus daroma, kam, kokiame socialiniame ir ekonominiame kontekste
3. Tiksliai nustatyti, kuri iš pagrindinių teorijų padės rasti pagrindinius priežastinius ryšius tarp veiklos ir jos rezultatų (*NICE* pažymima, kad dažnai šie įrodymai yra labai silpni)

Ketrios elgsenos keitimo intervencijų kategorijos (pagal *NICE*) [12]:

1. Politika (įstatymai, taisyklės, susitarimai su pramonininkais)
2. Švietimas ar komunikacija (individualios konsultacijos, mokymas grupėje, media kampanijos)
3. Technologijos (saugos diržų naudojimas, respiratorinis vamzdelis girtumui nustatyti, vaikams nepasiekiami nuodingų medžiagų konteineriai)
4. Ištekliai (nemokamas įėjimas į laisvalaikio centrą, nemokamas gydymas metantiems rūkyti, nemokami prezervatyvai)

Sveikatos raštingumas

Sveikatos raštingumas suprantamas kaip gebėjimas ieškoti ir suprasti įvairiais informacijos kanalais perduodamą informaciją apie sveikatą [13, 14]. Pirmą kartą sveikatos raštingumo koncepcija sveikatos mokymo kontekste pasirodė 1970-aisiais Jungtinėse Amerikos Valstijose. Nuo 1990-ųjų susidomėjimas sveikatos raštingumu ženkliai išaugo visame pasaulyje. Pateikiama dešimtys įvairių sveikatos raštingumo apibrėžimų variantų ir konceptualių sveikatos raštingumo modelių [12].

Skiriami trys sveikatos raštingumo lygiai: funkcinis, interaktyvusis ir kritinis [14].

Funkcinis sveikatos raštingumas – pakankami skaitymo ir rašymo įgūdžiai, reikalingi kasdiniame gyvenime, atspindi tradicinio sveikatos mokymo rezultatus ir remiasi faktine informacija apie sveikatos veiksnius ir sveikatos sistemos paslaugas (informacinių atmintinių leidimas, tradicinis visuomenės švietimas, pacientų mokymas).

Interaktyvusis sveikatos raštingumas – aukštesnio laipsnio raštingumo įgūdžiai, įgalinantys veikti nepriklausomai, remiantis įgytomis žiniomis ir patarimais (šiuolaikinių mokyklų sveikatos mokymo programos, ugdančios personalinius ir socialinius įgūdžius).

Kritinis sveikatos raštingumas – aukščiausio laipsnio pažinimo ir socialiniai įgūdžiai, leidžiantys kritiškai vertinti ir kūrybiškai panaudoti sveikatos informaciją asmens ir bendruomenės pajėgumų didinimui, veikiant į socialinius, ekonominius ir aplinkos sveikatos determinantus.

Koncepcinis sveikatos raštingumo modelis sudarytas iš trijų sveikatos raštingumo sudedamųjų dalių: sveikatos priežiūros, ligų prevencijos ir sveikatos stiprinimo, bei iš keturių aktualios informacijos apdorojimo etapų: gauti, suprasti, įvertinti, pritaikyti. Derinant tris sudedamąsias dalis su keturiais informacijos apdorojimo etapais 3 x 4 lentelėje gaunama dvylika

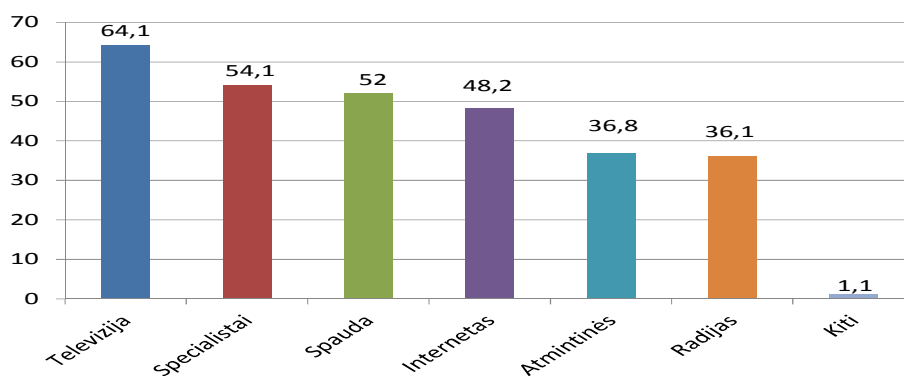
langučių (6 lentelė), kurių kiekvienas gali būti interpretuojamas kaip vienas iš 12 teorinių sveikatos raštingumo submodelių [13, 15].

6 lentelė. Sveikatos raštingumo tikslai (submodeliai) [13, 15]

Sveikatos raštingumas	Pasiekti, gauti aktualią sveikatos informaciją	Suprasti aktualią sveikatos informaciją	Kritiškai įvertinti, pasirinkti aktualią sveikatos informaciją	Panaudoti, pritaikyti aktualią sveikatos informaciją
Sveikatos priežiūra	1) Gebėjimas rasti informaciją mediciniuose leidiniuose	2) Gebėjimas suprasti medicininę informaciją ir suvokti jos prasmę	3) Gebėjimas interpretuoti ir įvertinti medicininę informaciją	4) Gebėjimas priimti informaciją pagrįstą sprendimą medicininio klausimu
Ligų prevencija	5) Gebėjimas pasiekti informaciją apie rizikos veiksnius	6) Gebėjimas suprasti informaciją apie rizikos veiksnius ir suvokti jos prasmę	7) Gebėjimas interpretuoti ir įvertinti informaciją apie rizikos veiksnius	8) Gebėjimas kritiškai vertinti informacijos apie rizikos veiksnius svarbą ir aktualumą
Sveikatos stiprinimas	9) Gebėjimas atnaujinti savo žinias sveikatos klausimais	10) Gebėjimas suprasti su sveikata susijusią informaciją ir jos reikšmę	11) Gebėjimas interpretuoti ir įvertinti informaciją sveikatos klausimais	12) Gebėjimas suformuoti apgalvotą nuomonę sveikatos klausimais

Asmuo pasiekęs funkcinį sveikatos raštingumo lygį, turi pagrindinius gebėjimus, be kurių neapsieina ir aukštesnio sveikatos raštingumo lygio individai. Aukštesnio sveikatos raštingumo lygio žmonės turi gebėjimų ne tik stiprinti savo sveikatą, bet ir daryti įtaką aplinkiniams [16]. Sveikatos raštingumo procesas gali būti traktuojamas kaip asmens tobulėjimas geresnės gyvenimo kokybės link, lemiantis daugiau teisingų ir tvarių visuomenės sveikatos pasikeitimų [15].

Lietuvoje atlikta daug tyrimų, analizuojančių žmonių gyvenimo ypatumus, tačiau sveikatos raštingumo reikšmė išsaugant ir stiprinant sveikatą – kol kas mažai tyrinėta sritis [17]. Lietuvoje pirmieji sveikatos raštingumo tyrimai pasirodė 2005 m., kuomet išanalizavus literatūrą buvo aprašytos sveikatos raštingumo ugdymo sistemos ypatybės [18]. Pastaraisiais metais daugiau dėmesio skiriama ligoninėse besigydančių pacientų sveikatos raštingumo, slaugytojų pacientams teikiamos sveikatos informacijos tyrimams [17]. 2013 m. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro kartu su Vilniaus universiteto Visuomenės sveikatos institutu atliktas pirmasis populiacinio lygmens Lietuvos gyventojų sveikatos raštingumo tyrimas [19] parodė, kad pagrindiniai gyventojų sveikatos informacijos šaltiniai yra televizija, sveikatos priežiūros specialistai, spauda ir internetas (8 pav.).

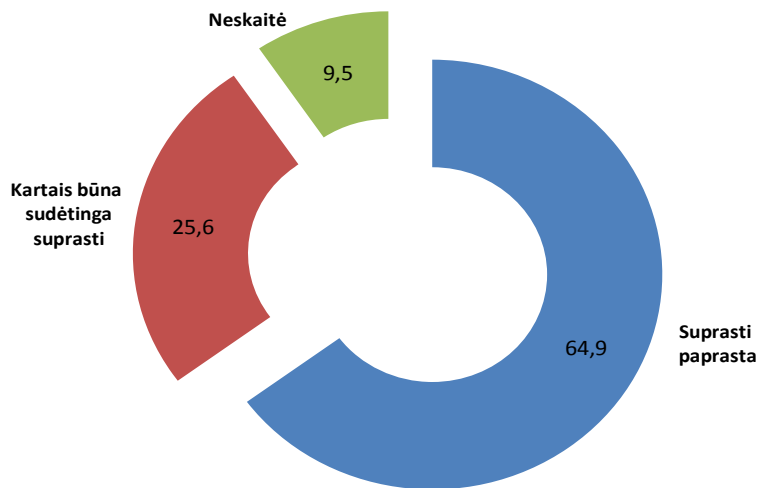


8 pav. Pagrindiniai gyventojų sveikatos informacijos šaltiniai (procentais) [19]

Daugelis respondentų naudojami keletu sveikatos informacijos šaltinių (vienas respondentas vidutiniškai naudojami 3 informacijos šaltiniais). Vyresnio amžiaus žmonės dažniau naudojami gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų patarimais, klausosi radijo sveikatos laidų, o jaunesni dažniau informacijos ieško internete.

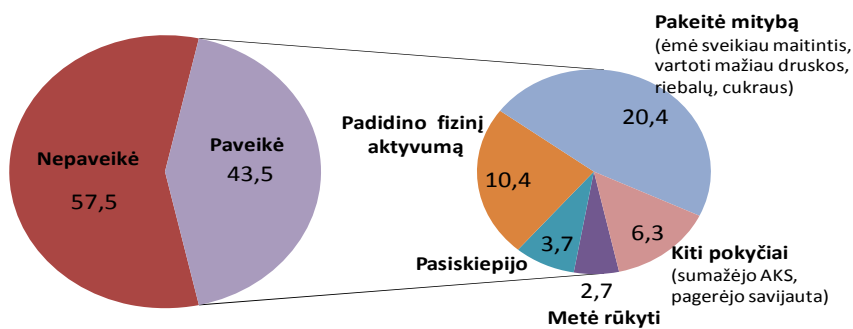
Tyrimo duomenimis net 43,1 proc. respondentų kartais arba dažnai būna sudėtinga suprasti gydytojo ar kito sveikatos priežiūros specialisto teikiamą sveikatos informaciją, 25,6 proc – sveikatos priežiūros įstaigų platinamus leidinius (9 pav.), 21,0 proc. – radijo ir televizijos sveikatos laidas.

Daugiausia pastabų buvo dėl leidinių turinio (74,7 proc.), o ne dėl apipavidalinimo ar pateikimo formos (27,7 proc.).



9 pav. Sveikatos priežiūros įstaigų platinamų leidinių supratimas (procentais) [19]

Beveik pusė respondentų nurodė, kad jų gauta sveikatos informacija nulėmė pozityvius jų sveikatos elgsenos pokyčius (10 pav.).



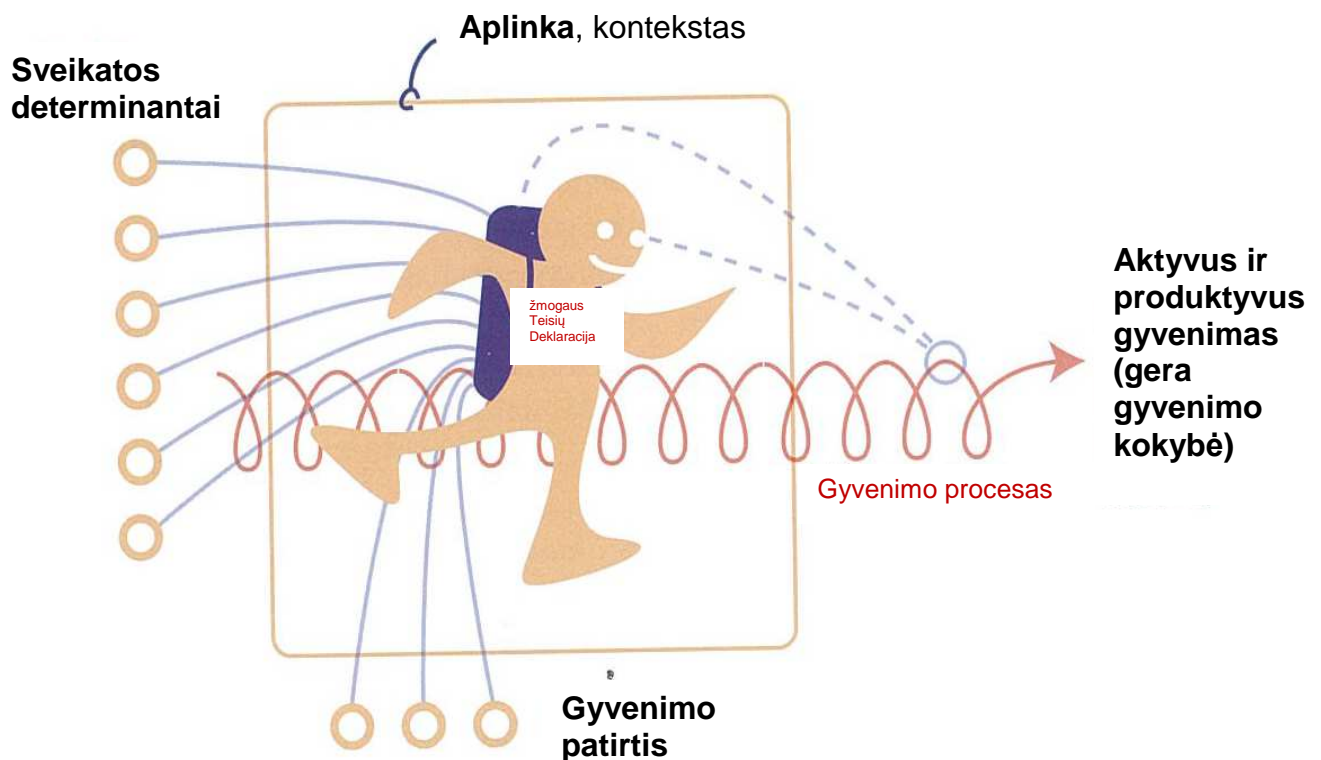
10 pav. Gautos sveikatos informacijos poveikis respondentų sveikatai (procentais) [19]

Dauguma žmonių savo sveikata rimtai susirūpina, kai ji pablogėja: respondentai, įvertinę savo sveikatą kaip blogesnę nei vidutinę, turi 2,3 karto didesnę pozityvių elgesio pokyčių šansą nei asmenys, įvertinę savo sveikatą kaip geresnę nei vidutinę [19]. Pablogėjus sveikatai atsiranda motyvas ieškoti sveikatos informacijos ir pasinaudojus ja siekti pozityvių sveikatos elgsenos ir būklės pokyčių. Tai paaiškina, kodėl sveikatos mokymo renginiuose, sveikuolių klubuose daugiausia dalyvauja asmenys, turintys vienokių ar kitokių sveikatos problemų, kodėl gautos sveikatos informacijos poveikis šiai tikslinei grupei yra daug didesnis (10 pav.) – siekia net iki 50 proc., o bendrai populiacijai yra tik apie 3 proc.) [19].

Siekiant pagerinti gyventojams perduodamos sveikatos informacijos efektyvumą, daugiau dėmesio reikia skirti perduodamos informacijos turinio suprantamumui, tinkamo informacijos šaltinio pasirinkimui, priklausomai nuo gyventojų, kuriems ši informacija skirta, amžiaus, išsilavinimo, užimtumo bei sveikatos būklės.

Salutogeninė Otavos chartijos interpretacija

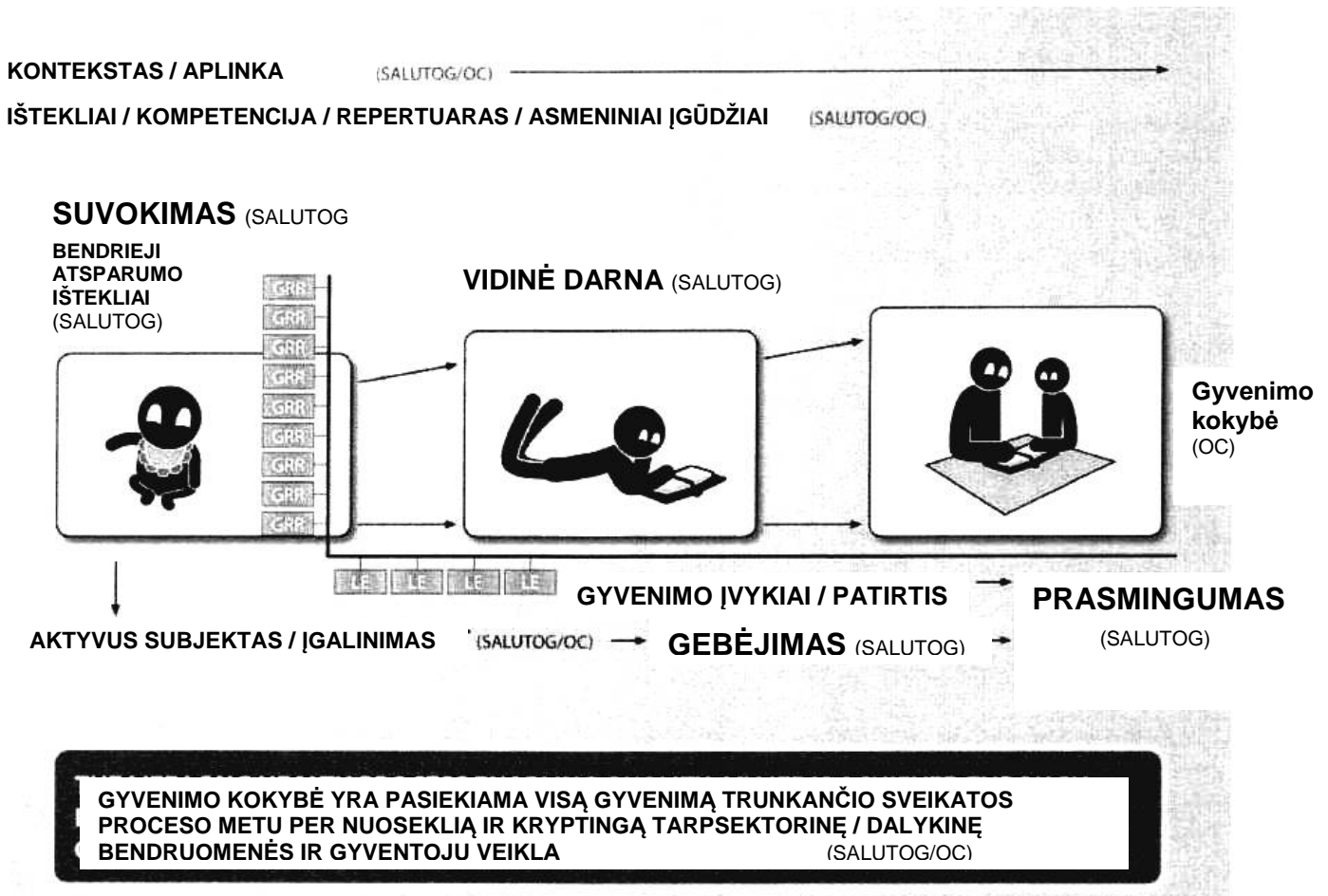
Otavos chartijos esmė pagal Eriksson ir Lindström (2010) parodyta 11 pav. [20, 21]



11 pav. Otavos chartijos esmė – individas kaip aktyviai veikiantis subjektas (Eriksson ir Lindström, 2010) [20].

Spiralė paveiksle vaizduoja visą gyvenimą trunkantį sveikatos mokymosi procesą. Kairėje pavaizduoti sveikatos determinantai, kuriuos „atsinešame“ gimdami (paveldimumas, socialinės ekonominės sąlygos, šeima ir socialinis kapitalas, kultūra, tradicijos). Gyvenimo eigoje mes susiduriame su gyvenimo įvykiais ir įgyjame gyvenimo patirties, kuri formuoja mūsų gyvenimo darną ir išteklius bei galimybę juos panaudoti situacijai valdyti. Punktyrine linija pavaizduota galimai iškilianti sveikatos problema, kurią mes turėsime išspręsti, panaudodami savo vidinius ir išorinius (fizinės, socialinės ir kt. aplinkos) išteklius. Įgyta patirtis taps sveikatos ištekliumi ateityje

kilsiančiai panašiai problemai išspręsti. Pagrindinis viso sveikatos stiprinimo proceso tikslas yra įgalinti mus, naudojant Otavos chartijos terminus, aktyviai ir produktyviai gyventi, t.y. kontroliuojant sveikatos determinantus siekti geros gyvenimo kokybės. Salutogenezės terminais tai būtų kalbama apie tris vidinės darnos komponentus: turimų sveikatos išteklių (sveikatos determinantų) **suvokimą**, **prasmingo** gyvenimo tikslo (gera gyvenimo kokybė) turėjimą ir **gebėjimą panaudoti** mūsų sveikatos išteklius. Mes visi gyvename apsupti tam tikro gyvenimo konteksto (pradžioje šeimos, suaugus – socialinės aplinkos ir t.t.). Vidinės darnos vystymąs gyvenimo eigoje pavaizduotas 12 pav.



12 pav. Vidinė darna įvairiais gyvenimo laikotarpiais – salutogeninės visuomenės kūrimas? (Eriksson ir Lindström, 2008) [21].

Salutogeninis sveikatos stiprinimo suvokimas gali būti išreikštas ir tokia lygtimi [20]:

$$\text{SALUTOGENEZĖ} = \text{SVEIKATOS STIPRINIMAS (Otavos chartija)} + \text{GYVENIMO KOKYBĖ} \times \text{JT ŽMOGAUS TEISIŲ DEKLARACIJA}$$

Otavos chartijos ir salutogenezės palyginimas pateiktas 7 lentelėje.

7 lentelė. Salutogenezės ir Otavos chartijos sudedamųjų palyginimas (pagal (Eriksson ir Lindström, 2010) [20])

	SALUTOGENEZĖ	OTAVOS CHARTIJA
Prologas	Holokaustas	Jungtinių Tautų Žmogaus teisių deklaracija, PSO deklaracija
Laikas (nuorodos)	1979, 1987	1986
Statusas	Teorija, įrodymai	Principai, ideologija
Pagrindas	Žmogaus teisės, t.y. aktyviai dalyvaujantys subjektai	Žmogaus teisės, t.y. aktyviai dalyvaujantys subjektai
Dėmesys	Bendra gyvenimo orientacija	Sveikatos stiprinimas
Sveikata kaip	viso gyvenimo mokymosi procesas	Procesas
Esminės koncepcijos	Vidinė darna ir Bendrieji atsparumo ištekliai	Sveikatos stiprinimas
Ištekliai	Bendrieji atsparumo ištekliai	Sveikatos determinantai
Pagrindiniai mechanizmai	Galimybė panaudoti Bendruosius atsparumo išteklius stipriai vidinei darnai suformuoti	Įgalinti kontroliuoti sveikatos determinantus (suteikti galios)
Elementai	Suvokimas, prasmingumas, gebėjimas	Sveikatos determinantai, aplinka, aktyvus produktyvus gyvenimas
Požiūris	Kontekstinis, sisteminis	Aplinkos (<i>settings</i>)
Rezultatas	Suvokta geresnė sveikata, dvasinė sveikata ir gyvenimo kokybė	Geresnė sveikata, aktyvus ir produktyvus gyvenimas
Profesionalų vaidmuo	kaip Bendrieji atsparumo ištekliai	Pagalbininkas, įgalintojas
Klaidingas supratimas	Dėmesys tik vidinės darnos matavimas	Dėmesys tik rizikos veiksniams ir sveikatos elgsenai

Sveikatos stiprinimo apibrėžimo salutogeninė interpretacija [22]:

Sveikatos stiprinimas yra procesas, suteikiantis daugiau galimybių asmenims, grupėms ar bendruomenei rūpintis ir gerinti savo fizinę, psichinę, socialinę ir dvasinę sveikatą. Tai gali būti pasiekta plėtojant skaidrias bendruomenės struktūras ir kuriant aplinką, kurioje žmonės gali aktyviai panaudoti savo vidinius ir išorinius išteklius savo siekiams pasiekti ir poreikiams tenkinti, suprasti savo veiklos prasmingumą ir keisti ją sveikatos stiprinimo būdu.

(Angliškas šio apibrėžimo variantas :

Health promotion is the process of enabling individuals, groups or societies to increase control over, and to improve their physical, mental, social and spiritual health. This could be reached by creating environments and societies characterized of clear structures and empowering environments where people see themselves as active participating subjects who are able to identify their internal and external resources, use and reuse them to realize aspirations, to satisfy needs, to perceive meaningfulness and to change or cope with the environment in a health promoting manner.

Sveikatos stiprinimo ir mokymo veiklos organizavimas, informavimo strategijų panaudojimas sveikatos mokymo veikloje

Sveikatos stiprinimo ir mokymo veiklos organizavimas

Asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų, kitų savivaldybės institucijų darbuotojai, visuomeninių organizacijų atstovai negali būti visų visuomenės sveikatos stiprinimo sričių specialistais, todėl jiems gali tekti pasitelkti kitas įstaigas ir organizacijas, juose dirbančius specialistus teikiant sveikatos informaciją gyventojams, organizuojant visuomenės sveikatos stiprinimo renginius. Sveikatos stiprinimo veiklos organizavimui taip pat gali būti priskiriamas partnerių telkimas sveikatos mokymo renginiams organizuoti, sveikatos stiprinimo programų, projektų, bendradarbiavimo sutarčių rengimas, sveikatos klubų, savanorių ir savivalbos grupių, klubų, bendrijų steigimas, kitų sveikatos stiprinimo struktūrų kūrimas, poveikio visuomenės sveikatai vertinimas ir kt. veiklos.

Norint įtraukti organizacijas ar specialistus į sveikatos stiprinimo veiklą bendruomenėje patariama atsakyti sau į 4 klausimus:

Ką norite pasiekti, įtraukdami juos?

Galbūt norite, kad informaciją pateiktų aukštesnės kvalifikacijos specialistas, turintis daugiau žinių ir didesnę darbo patirtį konkrečioje sveikatos stiprinimo srityje, gebantis geriau motyvuoti bendruomenės narius sveikatos elgsenos pokyčiams.

Kokie yra jūsų veiklos apribojimai?

Pavyzdžiui, galbūt jus riboja viešųjų pirkimų įstatymas ir jūs negalėsite be konkurso pasirinkti kaip priemonės vykdytojo jums žinomo kvalifikuoto specialisto, nes formaliai tuos pačius kriterijus gali atitikti ir kiti, bet mažiau įdomūs ir populiarūs; per mažai lėšų, skirtų priemonei kokybiškai įgyvendinti ir kt.

Ką būtų naudinga ir reikėtų įtraukti?

Organizuojant sveikatos stiprinimo veiklą kaip priemonių vykdytojus, partnerius ar sąjungininkus reikia įtraukti ne tik valstybines ar vietos savivaldos institucijas, jų lyderius (savivaldybės administracijos direktorių, seniūną, seniūnaitį, savivaldybės gydytoją), bet ir bendruomenės sveikatos tarybos, religinių bendruomenių, nevyriausybinių organizacijų, savanorių ir savivalbos grupių atstovus.

Kaip juos būtų galima įtraukti?

Reikėtų „išgryninti“ ir surasti bendrus tikslus bei uždavinius, sukurti tarpusavio pasitikėjimą, neformalius ryšius, rasti bendrą „pasikeitimo valiutą“, padaryti, kad darbas būtų gerai matomas, nušviestas žiniasklaidoje.

Informacinę metodinę medžiagą apie sveikatos mokymo renginių organizavimą galima rasti Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro interneto svetainėje:

http://www.smlpc.lt/lt/metodine_medziaga/renginiu_informacine_-_metodine_medziaga.html

Daugiau informacijos apie bendruomenės įtraukimą į sveikatos stiprinimo procesą, sveikatos stiprinimo programų ir projektų rengimą ir vertinimą galima rasti Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro interneto svetainėje publikuojamame elektroniniame leidinyje „Sveikatos stiprinimo konspektas“

(http://www.smlpc.lt/kvalifikacijos_tobulinimas/lektura).

Metodinė medžiaga apie sveikatinimo darbą su bendruomene, šeima ir nevyriausybiniemis organizacijomis pateikta Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro interneto svetainėje

(http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Metodine_medziaga/Sveikat.%20darbo%20su%20bendruom.-metod.%20V.L-M..pdf).

Informavimo strategijų panaudojimas sveikatos mokymo veikloje

Sveikatos informacija apibrėžiama kaip mokslo ir informavimo strategijų naudojimas individo ir bendruomenės sveikatos stiprinimo sprendimams [23].

Mokslininkai dažnai taiko platesnį šio termino apibrėžimą. *Sveikatos informacija* – tai svarbių sveikatos klausimų perteikimas asmenims, institucijoms ir visuomenei, panaudojant informacijos perdavimo, motyvavimo bei įtaigos meną ir techniką. Ji apima ligų prevencijos, sveikatos stiprinimo, sveikatos priežiūros politikos ir praktikos, asmens gyvenimo kokybės ir bendruomenės sveikatos gerinimo reikalus [24].

PSO sveikatos informaciją pripažįsta sveikatos determinantu [24]. Sveikatos informacija daro didelę įtaką skatinant gyventojus sveikiau gyventi, imantis ligų prevencijos ir kontrolės priemonių, remiant svarbias valstybės ir bendruomenės sveikatos stiprinimo iniciatyvas, sprendžiant medicinos pagalbos teikimo uždavinius. Tačiau informacija pati savaime negali suteikti visuomenei galios išspręsti sistemos problemas, tokias kaip skurdas ar medicinos pagalbos prieinamumas. Ji negali paveikti genetiškai nulemtų nesveikatos priežasčių. Sveikatos informacija ir ryšiai nesumažins ligų plitimo ir gyventojų sergamumo, jeigu tai palaiko tam tikri elgsenos, biologiniai ar socialiniai ir ekonominiai aplinkos veiksniai. Tačiau efektyvi sveikatos informacija gali padėti įveikti daugelį šių problemų. Apie Efektyvios sveikatos informacijos savybes, reikalavimus sveikatos informacijos rengimui ir pateikimui žr. „Sveikatos stiprinimo konspekte“.

Informacija apie sveikatą gali būti skleidžiama įvairiomis formomis ir metodais: pranešimai (spaudai, radijui, televizijai, interneto portalams) straipsniais, atmintinėmis (skrajutėmis, bukletais, brošiūromis ir kt. leidiniais), interviu, vaizdais ir kt.

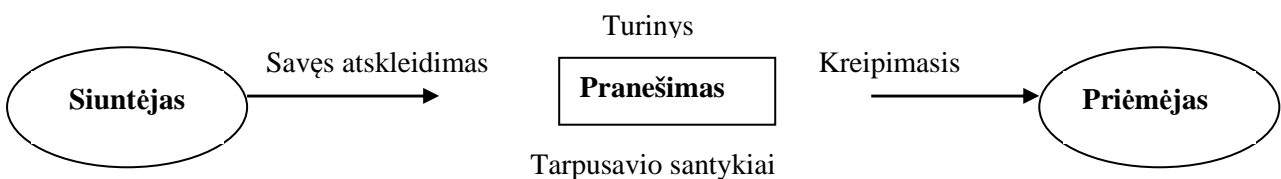
Pranešimas

Pranešimu vadinama **siuntėjo** žodžiu, raštu arba masinės komunikacijos priemonėmis (per spaudą, televiziją, radiją, internetą) **priėmėjui** (pranešimo skaitytojui, klausytojui, žiūrovui) **perduodama informacija**.

Pranešimu gali būti laikomas sveikatos informacijos perdavimas raštu (pranešimas spaudai, straipsnis interneto svetainėje, laikraštyje, žurnale, žinutė el. paštu), vaizdu (per televiziją, filmą, paveikslą) ar žodžiu (per paskaitą, pokalbį, diskusiją, konferenciją, seminarą, radijo laidą).

Perduodamo teksto turinio analizė yra pranešimo esmė. Pranešimo turinys analizės metu priėmėjo turi būti suprastas, kitaip tai nebus pranešimas.

Pranešimo schema gali būti pavaizduota taip [25]:



Pranešimo įtikinamumą veikia tokie aspektai [26]:

- Pozityvus kreipimasis efektyvesnis nei negatyvus.
- Televizijos ir radijo pranešimai labiau įtikina nei spaudos, tačiau jei pranešimas sudėtingas, geriau tinka spauda.
- Emocijų sužadimas efektyvus tik tada, kai auditorija ką nors jau žino ta tema, kuria informuojama, ar yra susidomėjusi.
- Gąsdinimas yra efektyvus, jei pasiūlomos lengvai prieinamos priemonės, kad pavojaus būtų išvengta.

- Logiški paaiškinimai naudojant faktus ir skaičius išsilavinusiai auditorijai tinkamesni nei emocinis poveikis.
- Kartais puikiai suveikia altruistinis motyvas (žmonės labiau linkę saugoti sveikatą dėl savo šeimos, o ne dėl savęs).
- Garsus, populiarius žmogus gali turėti įtakos efektyvumui, jei pranešimas labai paprastas. Tikėtina, kad toks žmogus atkreips visuomenės dėmesį į pranešimą, kuris kitu atveju būtų ignoruojamas.

Pranešimas spaudai turi būti parengtas pagal šiuos reikalavimus [26]:

- Pateikite pranešimą spaudai tik tada, kai turite ką nors naujo pasakyti.
- Informaciją pateikite atsižvelgdami į auditorijos ir žiniasklaidos interesus.
- Tekstas turi būti lengvas ir suprantamas.
- Pranešimas turėtų būti pateikiamas institucijos blanke, gali būti naudojama ir informavimo kampanijos simbolika.
- Būtinai užrašas *Pranešimas spaudai*.
- Pranešimas turi turėti antraštę, turi būti nurodyta pranešimą parengusio asmens pavardė, pareigos, telefonas, el. paštas, pranešimo parengimo data (gali būti nurodyta ir norima išspausdinimo data).
- Pirmoje pastraipoje pateikiama svarbiausia informacija (gali būti paryškinta), toliau informacija dėstoma pastraipomis svarbos mažėjimo tvarka. Paskutinėje pastraipoje informuojama apie galimybę gauti daugiau informacijos (pavardės, telefonai).
- Gali būti pateikiama priedų (daugiau faktinių duomenų, statistikos, nuotraukų ir pan.).

Atmintinės (bukletai, brošiūros ir kt. leidiniai)

Įvairūs leidiniai gali būti naudingi vykdant visuomenės sveikatos stiprinimo veiklą, nes taip primenama individams ar šeimoms tai, ką jie jau sužinoję kitais būdais, pateikiama papildoma informacija apie sveikatos problemas ar sveikatos praktiką tiems, kurie turi specialių interesų.

Paprastai atmintinės ir kt. sveikatos žinias populiariausius leidiniai yra efektyviausi, jeigu jie yra trumpi, parašyti aiškia kalba, juose daug gerų iliustracijų [27]. Deja, dažnai leidiniuose vartojama daug terminų, suprantamų tik sveikatos priežiūros specialistams, leidiniai prastai iliustruoti, jų tekstai ilgi, sakinių sandara sudėtinga, atspausdinti smulkiu šriftu, per mažu formatu.

Visuomenės sveikatos specialistai ne visada turi galimybę patys rašyti informaciją (rengti atmintines, skrajutes ar bukletus), todėl jie turi mokėti parinkti tokią informaciją, kuri būtų naudingiausia bendruomenei, ir nuspręsti, kaip veiksmingai ją panaudoti. Norint parinkti medžiagą, reikia žinoti kur ją rasti. Atmintinių ir kitos rašytinės informacijos (straipsnių, patarimų, pranešimų spaudai) galima rasti Sveikatos apsaugos ministerijos, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro, kitų specializuotų visuomenės sveikatos centrų, Lietuvos sveikatos mokslų ir kitų universitetų interneto svetainėse, PSO, UNICEF, IUHPE ir kitų tarptautinių organizacijų svetainėse. Sužinojus, kokia medžiaga egzistuoja ir kur ją galima gauti, prieš nusprendžiant, kurias atmintines ar bukletus naudoti, būtina atsakyti į keletą klausimų (27):

- Ar informacija parašyta tinkama kalba ir stiliumi, ar ji suprantama bendruomenei?
- Ar ji gerai iliustruota (ar paveikslėliai įprasti ir priimtini auditorijai)?
- Ar buklete yra būtent ta informacija, kurią norima perduoti?

Atsižvelgiant į tai, kad dažniausiai turima nedaug kopijų, reikia nuspręsti, kaip veiksmingai jas panaudoti. Atmintinės ar bukletų publikavimas interneto svetainėje padidins jo prieinamumą (ypač jaunesnio amžiaus žmonėms).

Sveikos gyvensenos įgūdžių formavimas

Įgūdis – labai gerai išmoktas, automatiškas veiksmas, kurio elementų nebereikia sąmoningai kontroliuoti. Įgūdis įgyjamas kartojant. Įgūdžiams lengviau susidaryti padeda *motyvacija*, mokymosi pažanga, dažna praktika.

Įgūdžiui susiformuoti ir išlavinti reikia pratybų (praktinių užsiėmimų). Kol jis išlavinamas, reikia keletą fazių: nuo sąmoningos tikslingos judesių kontrolės ir veiksmų ugdymo iki veiksmų automatizmo. Kada įgūdis tampa poreikiu, jis vadinamas įpročiu (įgūdis nėra įprotis, jeigu tam tikrus veiksmus atlikti neskatina kokia nors įgimta reikmė).

Ėjimas į darbą pėsčiomis, rankų plovimas prieš valgį ir pasinaudojus tualetu, dantų valymas, šiaurietiškas vaikščiojimas, rytinė mankšta, sveikos mitybos, darbo ir poilsio režimo, saugaus eismo taisyklių laikymasis kasdieniame gyvenime – tai keletas sveikos gyvensenos įgūdžių pavyzdžių, kurių formavimas yra viena iš visuomenės sveikatos stiprinimo funkcijų. Jiems suformuoti vieno užsiėmimo neužtenka (pavyzdžiui, kad susiformuotų įgūdis, daugelį veiksmų rekomenduojama kartoti ne mažiau kaip 20 kartų). Atsižvelgiant į besimokančiųjų motyvaciją, amžių, gebėjimą iki automatizmo išmokti naujus veiksmus, sudaroma pratybų programa, nustatoma jų trukmė ir periodiškumas.

Įgūdžius reikia nuolat kartoti, nes nekartojami 3 mėn. ir ilgiau jie gali išnykti. Išugdyti sveikos gyvensenos įgūdžiai turėtų būti kartojami visą žmogaus gyvenimą ir koreguojami tik atsižvelgiant į tam tikrus sveikatos sutrikimus (pavyzdžiui, ūmios ligos laikotarpiu) ar radikaliai pasikeitusias gyvenimo sąlygas.

Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro interneto svetainėje (www.smlpc.lt) galima rasti atskirų sveikos gyvensenos komponentų aprašus bei mokymo programas (pavyzdžiui, 5 užsiėmimų programą „Nėščiujų ir būsimųjų tėvėlių sveikatos mokymas“).

Inovatyvių sveikatos mokymo metodų panaudojimas

Šiuo metu plinta inovatyvios mokymo(si) formos ir būdai, pagrįsti informacinėmis technologijomis (e. mokymas, nuotolinis mokymas), kuomet mokymas prieinamas bet kurioje vietoje, bet koku laiku. Mokymas vykdomas elektroniniu būdu, panaudojant specialiąsias medžiagos pateikimo ir dėstymo metodikas.

Konkrečių mokymo metodų aprašymus galima rasti Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro leidinyje „Sveikatos mokymas: mokymo formos ir metodai“ [28]. Apie aktyvių mokymų metodų panaudojimą vaikų sveikatos mokymo veikloje žr. <http://www.unesco.org/education/fresh> .

Ikimokyklinio ir jaunesniojo mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos mokymui naudojama aktyvaus mokymo metodologija (angl. *Learning by doing*) ir aktyvaus mokymo metodai (grupės diskusija, pasakojimas, paveikslėliai, pratybos ir demonstravimas, ekskursija, vaidmenų atlikimas, eilėraščiai ir dainos, žaidimai), kuriuos rekomenduoja PSO ir UNICEF. Jų aprašus galima rasti internete adresu <http://www.unesco.org/education/fresh>). Žaidimų ir kitų sveikatos edukacinių priemonių galima rasti svetainėje <http://www.ikimokyklinis.lt>.

Efektyvus ir „vaikas – vaikui“ metodas, kuris buvo sukurtas Londono universiteto Vaikų sveikatos ir mokymo institute (daugiau informacijos galima rasti internete adresu <http://www.child-to-child.org/about/index.html>), pagrįstas pastebėjimu, kokį svarbų vaidmenį atlieka vyresni vaikai prižiūradami jaunesnius brolius ir seseris. Tradicines žinias ir sveikatos patarimus vaikams perduoda ne tik tėvai, bet ir kiti vaikai, paprastai vyresni. „Vaikas – vaikui“ modelyje yra išskiriami keturi pagrindiniai būdai, kaip vaikai gali dalyvauti sveikatos mokyme savo bendruomenėse:

- Vyresni vaikai gali padėti mokyti jaunesnius. Vaikai gali būti mokomi, kaip mokyti savo jaunesnius brolius ir seseris saugoti savo sveikatą.
- Vaikai gali mokytis iš kitų to paties amžiaus vaikų, atlikdami nesudėtingas užduotis (projektus) kartu.
- Vaikai gali skaityti sveikatos pranešimus.
- Vaikai gali bendradarbiauti kuriant sveikatos renginius savo bendruomenėje.

„Vaikas – vaikui“ metodas yra veiksmingas mokymo būdas, nes:

- jis apima tai, ką vaikai išmoka ir ką jie daro;
- jis apjungia tai, ką vaikai daro klasėje ir ką jie daro namuose;
- mokoma ne vieną pamoką, mokymas tęsiamas ilgą laiką, todėl vaikai nepamiršta, ko jie išmoko.

Reikia nepamiršti, kad mokymas pasirinkti sveikesnę gyvenseną, kai nėra ją skatinančios ir palaikančios aplinkos, sukels tik silpną ir trumpalaikį efektą [8]. Gausus daržovių tiekimas, nutiesti dviratininkų takai, prezervatyvų prieinamumas negarantuoja, kad žmonės šiais ištekliais pasinaudos arba atsisakys žalingų įpročių, jeigu bus ribojamas rūkymo ar alkoholinių gėrimų vartojimas. Norint pasiekti esminių sveikatos elgsenos pokyčių reikia kurti visaapimančias (individa ir jį supančią aplinką veikiančias) intervencijas, įgyvendinant sveikatos stiprinimo programas taikyti šiuolaikines sveikatos elgsenos teorijas (PRECEDE-PROCEED, ekologinius ir kt. modelius) [8].

Apibendrinant galima pasakyti, kad siekiant pagerinti gyventojams teikiamos sveikatos informacijos efektyvumą reikia stengtis, kad perduodamos informacijos turinys būtų suprantamas, reikia pasirinkti tinkamą informacijos šaltinį, priklausomai nuo gyventojų, kuriems ši informacija skirta, amžiaus, išsilavinimo, užimtumo bei sveikatos būklės.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Tulchinsky TH, Varavikova EA. What is the “New Public Health“? *Public Health Reviews*, 2010.
2. Healthier societies: from analysis to action. Heymann J. et al. Oxford University Press, 2006.
3. Brown LD. The Political Face of Public Health. *Public Health Reviews*, 2010; 32:157-159.
4. Halpin HA, Morales-Suarez-varela MM, Martin-Moreno JM. Chronic Disease Prevention and the New Public Health. *Public Health Reviews*, 2010; 32:130.
5. Beaglehole R, Ebrahim S, Reddy S, Voute J, Leeder S. on behalf of the Chronic Disease Action Group. Prevention of chronic diseases: a call to action. *Lancet*. 2007; 370:2152-7.
6. Fielding JE, Teutsch S, Breslow L. A Framework for Public Health in the United States. *Public Health Reviews*, 2010; 32:176-182.
7. Javtokas, Z. *Sveikatos stiprinimo konspektas*. Elektroninis leidinys skirtas sveikatos priežiūros specialistams ir studentams. Vilnius, 2009. Interneto prieiga: [http:// www.smlpc.lt/kvalifikacijos_tobulinimas/lektura](http://www.smlpc.lt/kvalifikacijos_tobulinimas/lektura) .
8. Glanz K., Rimer BK.B., Viswanath K. eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4th ed. Jossey-Bass, A Wiley Imprint, San Francisco, 2008.
9. Miller W.R, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2-nd edition. The Guilford Press, 2002.
10. Rogers E.M. *Diffusion of Innovations*. Fifth edition, 2003. Free Press, New York.
11. Jurkuvienė R. Socialinės novacijos teorinės analizės perspektyvoje. Filosofija ir sociologija, 2001, Nr. 2, 20-25.
12. Behaviour change: the principles for effective interventions. NICE public health guidance 6, 2007. Prieiga internete: <http://publications.nice.org.uk/behaviour-change-the-principles-for-effective-interventions-ph6>
13. HLS-EU Consortium: Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey LLS-EU. 2012. Online publication: <http://www.health-literacy.eu> .
14. Nutbeam D. Health literacy as public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15(3):259–67
15. Sørensen K. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12(80).
16. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*. 2008; (67):2072–2078.
17. Zagurskienė D, Misevičienė I. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonė apie slaugytojų teikiamą sveikatos informaciją. *Medicina (Kaunas)*, 2010; 46 (1):27–34.
18. 7. Šveikauskas V. Sveikatos raštingumo ugdymo sistemos ypatybės (Peculiarities of the health literacy education system). *Medicina (Kaunas)*, 2005; 4(12):1061–6.
19. Javtokas Z., Sabaliauskas R., Žagminas K., Umbrasaitė J. Suaugusių Lietuvos gyventojų sveikatos raštingumas. *Visuomenės sveikata*. 2013/4(63):38–46.
20. Lindstrom B, Eriksson M. *The Hitchhikers guide to Salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion*. Folkhalsan Research Centre, Health Promotion Research, Helsinki, 2010.
21. Eriksson M, Lindstrom B. A Salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 2008; 23:190-199.
22. Eriksson M. Unravelling the mystery of salutogenesis. Research report 2007:1. Folkhalsan Research Centre, Turku, 2007; 69.

23. 19. Freimuth V., Cole G., Kirby S. *Issues in evaluating mass mediated communication campaigns*. Geneva: WHO Monograph on health promotion evaluation: issues and future directions, 1998.
24. Ratzan S. C. et al. Education for the Health Communication Professional: A Collaborative Curricular Partnership, *American Behavioral Scientist*, 1994. 32:2, p. 368.
25. Lekavičienė R. Žodinis bendravimas. *Bendravimo psichologija*, atsakingoji redaktorė Almonaitienė J. Kauno technologijos universitetas, 2011.
26. Visuomenės informavimo ir komunikacijos įgūdžių vadovas visuomenės sveikatos specialistams, sudarė Gudonienė V., Valstybinis visuomenės sveikatos centras, 2002.
27. Education for Health. A manual on Health Education in primary health care. WHO, Geneva, 1988.
28. Sveikatos mokymas: mokymo formos ir metodai (1). Informacinis metodinis elektroninis leidinys, parengė Javtokas Z. Prieiga internete:
http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Methodine_medziaga/Mokymo%20metodai.pdf