ЗДРАВЉЕ НАРОДА – ДУГОРОЧНА ИЛИ КРАТКОРОЧНА ИНВЕСТИЦИЈА У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Весна Томић¹

A HEALTH OF NATION – LONG-TERM OR SHORT-TERM INVESTITION IN THE SYSTEM OF HEALTH CARE

Vesna Tomić

Сажетак

Циљ рада је да елаборира неке проблеме превентивне праксе: унапређивање или промоција здравља народа; интердисциплинарност тимова у реализацији превентивне праксе; психолошке проблеме континуиране медицинске едукације.

У радним препорукама предлажу се: програмски рад на унапређивању здравља, развој унутрашње мотивације за квалитет радне активности, континуирана психолошка едукација здравствених професионалаца.

Кључне речи: унапређивање здравља, мотивација, континуирано учење, поверење.

Summary

The aim of this paper is to analyze some problems of our practice through some terms.

The paper suggests: health education programmes, team building, confidence, inside motivation, self education.

Key words: programmes, motivation, team building, confidence.

УВОД

Шта је циљ стратегије примарне превенције у последњој деценији и по, питање је за референтне здравствене установе. Да ли она има циљ да побољша здравствено стање становништва и тиме унапреди квалитет здравствених услуга или да га маргинализује кроз одређене активности краткорочне и по циљу и према ефектима?

Циљ рада јесте да се сагледају са социјално-психолошких аспеката тенденције развоја превентивне делатности почев од увођења појма „ново јавно здравље“.

Ако се професионално уважава да је циљ здравствене заштите здравље народа (грађана), онда се намеће теоријски и практичан закључак да се до тога циља може стићи континуираном програмски оријентисаном делатношћу.

Резултате у тој сфери могуће је очекивати као исходе интерактивних процеса између професионалаца и грађана.

ПРОБЛЕМ

Интелектуална и професионална, као и лаичка јавност свакодневно су на удару хетерогених статистичких показатеља без одговарајуће медицинске интерпретације, тако да су закључци препуштени појединцу или саговорницима који размењују и коментаришу доступне информације.

Са једне стране су подаци, углавном исказани у процентима, о порасту нежељених трудноћа и абортуса, ширењу алкохолизма и наркоманије међу омладином, померање границе злоупотребе психоактивних супстанци на све млађе узрасте, гојазност и дебљина су у порасту, региструје се пораст менталних поремећаја од депресије и анксиозности до суицида, шири се дисперзија социјално неприхватљивих облика понашања, повећан је број особа са хипертензијом.

Са друге стране су подаци о редукцији стреса код становништва, смањењу пушења цигарета, добри спортисти резултати.

¹ Др сц. мед. Весна Томић, социјални психолог, научни сарадник, Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић-Батут“, Београд.

Прво питање које се намеће јесте који се статистички подаци користе, каква је методологија оперативних истраживања са чијим се резултатима наступа у јавности. У време високих технологија наши подаци своде се на проценте који нису ваљани статистички индикатори, јер не омогућавају поређење и омогућавају слободне анализе, тумачења и интерпретације.

Други проблем који се намеће јесте у коме се правцу креће превентивна делатност чији су носиоци државне институције, када су у порасту готово сва обољења и несоцијализовани облици понашања, а јавност редовно у кампањама, пред билбордима и једноставним порукама. Није реално, а ни професионално одговорно очекивати формирање здравих облика понашања или бихевиоралних промена нездравих на основу превода страних материјала, порука и текстова на наш језик таргетирајући при том промене свести грађана.

Трећи проблем у коме превенцију треба елаборирати јесу карактеристике средине (посебно њени ментално-хигијенски аспекти, али и социјално-економски, материјални и технолошки) у којој се доноси закони од оних о инклузији преко људских права до мобинга на радном месту. Ниједан закон, макар имао идеалну суштину, не може бити реализован ако социјално окружење, амбијент и људи који га примењују нису професионално добро обучени. У супротном, могуће је остварити контраефекте.

Четврта група проблема указује на поремећен квалитет интерперсоналних односа у радним срединама који се нужно мора мењати правилном селекцијом кадрова у менаџерске структуре свих нивоа и њихово професионално и психолошко проверавање капацитета за рад са људима.

Неки од разлога за фокусирање пажње на последњи проблем су:

- постављање људи на руководећа места са значајно нижим степеном образовања од оних којим поједине институције располажу;
- некоришћење у оквиру институција постојећих професионалних ресурса;
- нетранспарентност у раду, што отвара простор за бројне манипулације запосленима;
- развијање спољашње радне мотивације.

Свим наведеним проблемима заједничку основу представља стратешко питање: Шта је суштина превентивне делатности – УНАПРЕЂИВАЊЕ ИЛИ ПРОМОЦИЈА ЗДРАВЉА?!

ЗДРАВЉЕ НАРОДА – ЦИЉ ИЛИ ПАРОЛА

Расправа о унапређивању или промоцији здравља, иако може да делује као сувопарна игра речи, расправа је о суштини стратегије превентивне делатности и њеним исходима за здравље народа.

Анализа појма унапређивања здравља указује да:

- то је континуиран процес;
- има трајање у временској димензији;
- циљ му је дугорочан, оријентисан на превентивни рад у заједници;
- има дуготрајне последице;
- захтева интердисциплинарни приступ;
- програмски је утемељен;
- ефекти се евалуирају према фазама.

Анализа појма промоције здравља указује да:

- здравље као вредносна категорија не може се промовисати, јер се промовишу готови производи, као што су књиге, лекови, препарати;
- здрав начин живота је друштвено утемељена вредност;
- промоција указује на краткоћу у трајању;
- подразумева партиципацију малог броја људи;
- има краткорочне циљеве;
- фокусира се на циљане делове популације по појединим здравственим проблемима;
- своди превентивну делатност на кампање;
- кампање, како им назив указује, подразумевају кампањско, а не континуирано деловање.

Није погрешно користити термин промоција здравља ако се превентивни рад своди на здравствено-васпитне кампање; потребно је реоријентисати превентивну делатност са промоције на унапређивање и са кампања на програмско деловање.

Још један од разлога у прилог унапређивања здравља је широко распрострањена чињеница да је знање једно од компоненти понашања и промена понашања појединца, поред персоналних диспозиција, мотива, ставова, вредности. Основу знања чини процес учења (различитих модалитета и степена сложености). Као такво, учење може да буде:

- случајно и намерно (у односу на методе усвајања знања),
- краткотрајно и дуготрајно (у односу на циљ),
- на нивоу рекогниције, ретенције или репродукције (у односу на степен сложености).

Са аспекта процеса учења, основу програма чине намерно и континуирано учење које је обично на нивоу репродукције наученог. Основу кампања чине случајно и краткотрајно учење, чији степен запамћеног не иде даље од нивоа рекогниције (препознавања чињеница, без могућности да се оне понове и остану као трајно знање које може заједно са мотивацијом да доведе до бихевиоралних промена).

Један од проблема у реализовању кампања представља и чињеница неадекватних превода углавном англосаксонских формулација.

У закључном делу наводимо:

- кампања која се користи у оквиру програмског деловања има ефекте да ексцитира пажњу јавности и фокусира је на одређене превентивне проблеме – све то са језички разумљивим порукама;
- кампања као амплификатор програмског деловања има смисла;
- језик којим се врши дисперзија информација и порука у кампањама је дефинисан као „борба против“ (дрогe, алкохола).

Агресивност у порукама је разумљива с обзиром на њихово краткотрајно деловање. Језик којим се емитују поруке програмски оријентисаног деловања треба везивати за позитивне и подстицајне атрибуте здравља и здравог начина живота. Визуелна презентација не треба да инсистира на застрашивању грађана.

МОТИВАЦИЈА ЗА КОНТИНУИРАНУ ЕДУКАЦИЈУ ПРОФЕСИОНАЛАЦА

Континуирано професионално усавршавање, перманентно образовање и самообразовање јесу улагање у знања и стицање практичних вештина од значаја за медицинску праксу. То су проблеми који су, заједно са мотивацијом за квалитет радне активности, одавно препознати као кључ радне ефикасности и ефективности.

У том домену примери из наше праксе имају дугу традицију кроз различите форме формалног образовања и стицања одређених научних знања.

Тренд ширења делатности ових форми образовања, са социјално-психолошког аспекта иницира следећа питања:

1. Зашто активности акредитације програма обавља, поред институције факултета и формирано тело при надлежном министарству?

2. Зашто је ограничена употреба акредитованих програма на годину дана, када се сва знања не мењају тако убрзано на годишњем нивоу?
3. Зашто се не дају повратне информације о програмима који су одбијени за акредитацију?
4. Ограничавање предавача на два сата по програму указује на то да је немогуће вршити трансфер одређених немедицинских, посебно психолошких знања у два сата, осим ако није циљ обраћање здравствених радника истом профилу стручњака.
5. Прикупљање поена (бодова) кроз едукацију указује да је цео овај концепт заснован на спољашњој мотивацији учесника да прикупе одређени број бодова у текућој години ради овере лиценце за рад. Ако неки приступ претендује да буде континуиран, онда му је потребна јасна мотивациона конзистентност кроз подстицање и развој унутрашње (интринстичке) мотивације.
6. Пракса показује недовољну тимску сарадњу у третирању овог проблема. Тврдња се не односи на тимове медицинских стручњака – здравствених радника различитих специјалности, него на интердисциплинарност у функционисању тимова који реализују едукације. Пракса показује да психолошке садржаје о варијаблама и диспозицијама релевантним за медицинску праксу реализују здравствени радници. Предност ангажовања домаћих професионалних ресурса има предност у томе што је омогућено повезивање (трансфер) теоријских знања са актуелном средином и њеним социјално-психолошким обележјима.
7. У прилог тезе о развоју спољашње мотивације у континуираној едукацији је и чињеница да се избор едукације врши према цени и броју бодова које носи.
8. Евалуација едукација је са методолошког аспекта квантификације и апликације знања нереално упориште. То се односи чак и на она знања на нивоу рекогниције, а ниво репродукције остаје недодирљив. У свету је познато да програми обуке који могу да квантификују и трансферишу знање треба да трају од 6 до 11 дана целодневне обуке.

У резимирању проблема континуираног образовања дефинисаћемо их као:

- подстицање унутрашње или спољашње радне мотивације;

- инсистирање на медицинским знањима или оним из сродних наука;
- медиализација континуиране едукације здравствених радника;
- континуирана едукација као лични чин или интерес здравствене организације;
- нетранспарентна администрација у акредитацији или стриктна правила.

ПОВЕРЕЊЕ – БАЗА ИНТЕРАКЦИЈЕ ПРОФЕСИОНАЛАЦ – ГРАЂАНИН

Поверење, као кључан елемент интеракције здравствени радник – грађанин, садржи два аспекта ефикасног медицинског деловања:

1. професионална знања, професионалну компетентност, одлучивање и одговорност;
2. комуницирање са појединцем, корисником здравствених услуга које има своје личне диспозиције и људско достојанство.

Наведени аспекти подразумевају и мотивацију за квалитет радне активности, континуирано самообразовање професионалаца, примену етичког медицинског кодекса, поштење као трајну категорију вредносног система, поштовање индивидуалности и личног достојанства.

Кампање у процесу изградње односа поверења су на маргини тог процеса, чак могу и да резултирају контраефектима ако су претерано агресивне и/или неконзистентне.

Говорити о деловању кампања на свест или неку другу психолошку диспозицију је нетачно, али је тачно да се њима скреће пажња на одређене здравствене садржаје. Пут од скретања пажње до формирања понашања или става је јако дуг како на индивидуалном, тако и на социјалном плану.

Некада су лекар и апотекар били често усамљени у срединама у којима су бринули о здрављу народа. Били су то људи од угледа и поштовања, професионалног и личног. Технолошким напретком и развојем фармацеутске индустрије човек као појединац, као корисник здравствене услуге дошао је у други план.

Добру основу за сваку апликацију медицинских знања и технологија чини поверење људи у здравствени систем и здравствену струку.

Изградња поверења је тиме дуготрајан процес од капиталне вредности за функционисање здравственог система. Могуће га је остварити кроз различите форме додатног образовања и развој вештина у доменима асертивног тренинга,

стрес менаџмента, ефикасне комуникације, мотивације за квалитет радне активности, истицање етичког кодекса, код кога су базичне вредности медицинске професије поштење, хуманост, алтруизам, професионална одговорност.

Поверење не подразумева партнерске односе професионалаца и грађана, јер они полазе са различитих когнитивних основа и нивоа знања о здрављу и болести, те стога не могу да деле одговорност у процесу доношења одлука важних по здравље човека. Развој поверења инсистира на професионалној компетентности, ауторитету и угледу који професионалци стичу својим радом. То у великој мери смањује и простор за корупцију која је јасно дефинисана и подразумева све оно што излази из домена личног дохотка.

Све то иде у прилог тезе да је суштина бављења медицинском професијом ЧОВЕК, здрав или болестан.

ЗАКЉУЧАК

Закључак ћемо формулисати као препоруке за медицинску праксу:

1. Превентивна делатност кроз програмски рад на унапређивању здравља народа.
2. Континуирана интердисциплинарна едукација здравствених професионалаца.
3. Кампање, као подршку програмског деловања, оријентисати на позитивне атрибуте здравља.
4. Кроз поруке подстицати неки атрибут здравља, не застрашивати грађане.
5. Користити постојеће професионалне ресурсе.
6. Развијати код професионалца интристичку мотивацију за квалитет радне активности.
7. Примарна превенција да буде фокус у превентивној здравственој заштити.
8. Системски изграђивати поверење грађана у здравствени систем.
9. Инкорпорирање психолошких знања и вештина у медицинску наставу на свим нивоима, на пример: конституисање предмета бихевиоралне медицине.
10. Побољшање квалитета психолошке радне климе у здравственим организацијама и унапређивање квалитета интерперсоналних односа.

Порука: Нужна је психолошка едукација у свим сегментима рада са људима и за људе.

Литература

1. Томић В, Тимски рад у новом јавном здравству. Здравствена заштита, Београд, 2005; 4: 21–27.
2. Мићовић П, Менаџмент здравственог система. ЕСПД, Београд, 2000.
3. WHO: Health Programme Evaluation – Guiding principles. Geneva, 2001.

Контакт: Др сц. мед. Весна Томић, социјални психолог, научни сарадник, Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић-Батут“, Београд.