

Tarptautinė ligų klasifikacija ir mediciniškai nepaaiškinami negalavimai²⁷

GEDIMINAS RAILA

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

VYLIUS LEONAVIČIUS

Vytauto Didžiojo universitetas

GIEDRĖ BALTRUŠAITYTĖ

Vytauto Didžiojo universitetas

INGRIDA NAUJOKAITĖ

Vytauto Didžiojo universitetas

LEONAS VALIUS

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Santrauka. Straipsnio tikslas – aptarti mediciniškai nepaaiškinamų negalavimų kilmę ir vietą šiuolaikinėje visuomenėje, medicinoje ir tarptautinėje ligų klasifikacijoje. Straipsnyje analizuojami socioekonominiai modernių ir vėlyvosios modernybės / postmodernybės visuomenių pokyčiai, lemiantys ligos / sveikatos sampratų ir pačios medicinos kaitą. Aptariama sveikatos ir ligos suvokimo bei sveikatos apibrėžimo evoliucija, vedanti į esminius ligų klasifikacijos ir medicinos pokyčius. Pristatomi tarptautinės ligų klasifikacijos pokyčiai, laipsniška eiga nuo gana paprastos mirčių priežasčių klasifikacijos į vis labiau sudėtingesnę ligų ir mirties priežasčių klasifikaciją, pagrįstą besiplečiančiomis mokslo žiniomis apie etiologinius ligų veiksnius ir ligas lemiančias priežastis. Aptariami neaiškių simptomų ir sindromų pokyčiai klasifikacijoje, iš pradžių stengiantis juos priskirti atskiroms ligoms, vėliau – nuo 6-osios tarptautinės ligų klasifikacijos pripažįstant, kad ne visus simptomus šiuo metu medicinos mokslas gali priskirti konkrečioms ligoms – gausėja atskirų simptomų klasifikacija, nuo devintosios TLK skiriant juos į atskirą simptomų skyrių. Tobulėjant medicinos mokslui ir keičiantis ligos / sveikatos sampratai, nuo dešimtosios įvedamas atskiras skyrius sveikatos būklei įtaką darantiems veiksniais, siekiant susieti individo ligą su socialiniais veiksniais. Literatūros apžvalga straipsnio autoriams leidžia manyti, kad visuomenės pokyčiai lemia sveikatos sistemos pokyčius. Keičiantis socioekonominėi būklei ir vykstant mokslo pažangai, kinta ligos ir sveikatos samprata, ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija. Medicina dabar nebėgi remtis siauru biologinių pakitimų

²⁷ Straipsnis parengtas kaip projekto „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai: iššūkiai pirminės sveikatos priežiūros sistemai“ dalis. Tyrimą finansavo Lietuvos mokslo taryba (sutarties nr. MIP-022/2011).

modeliu, todėl ryškėja tendencija į klasifikaciją įtraukti diagnozes, kurios įvardijamos kaip įvairių socialinių sąlygų padariniai. Mokslas, kurdamas naujas teorijas, viską stengiasi tipologizuoti ir per tipus (klases) suprasti aplinką. Kadangi medicinos mokslas negali visko paaiškinti, atsiranda visuomenės nepasitenkinimas esama padėtimi, ir tai duoda postūmų ligų klasifikacijos evoliucijai. Galima teigti, kad šiuo metu TLK mėgina apimti tris ligų ir sveikatos sampratų prieigas: biomedicininę, psichobiosocialinę ir postmodernistinę (archisveikata).

Raktažodžiai: *pirminė sveikatos priežiūra, mediciniškai nepaaiškinami negalavimai, tarptautinė ligų klasifikacija.*

Keywords: *primary health care, medically unexplained disorders, international classification of diseases.*

Įvadas

Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai (MNN)²⁸ šiandienėje sveikatos priežiūros sistemoje (SPS) jau ne tik yra pripažįstami, bet ir pasidarė kasdiene jos praktikos dalimi. MNN tampa iššūkiu šiuolaikinei SPS, nes dėl didėjančių papildomų diagnostinių tyrimų didėja finansinė SPS našta, taip pat nepaaiškinami negalavimai silpnina SPS institucijos ir medikų prestižą. Kadangi SPS raida, ligos ir sveikatos samprata priklauso nuo visuomenės socioekonominės raidos, MNN gali būti analizuojami socioekonominio visuomenės išsivystymo požiūriu. Ligų ir visuomenės išsivystymo priklausomybė iš dalies atsispindi Tarptautinėje ligų klasifikacijoje (TLK), nes ligos samprata yra ne tik biologinė, bet ir istorinė.

Straipsnio tikslas – remiantis užsienio ir Lietuvos autorių darbais apžvelgti tarptautinės ligų klasifikacijos raidą ir santykį su socioekonominė visuomenės raida ir išanalizuoti MNN tarptautinės ligų klasifikacijos požiūriu.

Socioekonominiai modernios visuomenės pokyčiai – pasikeitimų medicinoje sąlyga

Socioekonominė raida lemia pagrindinius socialinius, kultūrinius ir politinius pasikeitimus. Neturtas ir kultūros stoka suformuoja tam tikrus visuomenės bruožus. Tai priklausomybė, fatalizmas, sveikatos laikymas mažesne

²⁸ MNN sąvoka apibrėžiama kaip subjektyviai jaučiami tam tikri negalavimo simptomai, kuriems paaiškinti nerandama objektyvių biologinės patologijos faktų, kuriais remdamasi modernioji medicina grindžia ligos diagnostiką.

vertybe. Neturtingieji paprastai linkę neigti ligą ir jos simptomus, kol atsiranda visiškas funkcinis nepajėgumas (Larsen, 2009).

Socioekonominė visuomenės plėtra mažina objektyvius pačios visuomenės ir jos atstovų autonomijos ir kūrybingumo apribojimus trimis būdais. Pirmia, neturto mažėjimas didina objektyvias pasirinkimo galimybes (suteikia egzistencinį saugumą); antra, pagerėja žmonių išsilavinimas ir galimybės pasiekti informaciją; trečia, padidėja darbinė specializacija, darosi sudėtingesni socialiniai ryšiai ir žmonių santykiai. Žmonės išsivaduoja iš bendruomenės nuostatų ir uždarų socialinių ryšių, bendravimą pakeičia derybiniai santykiai. Nors laisvės troškimas yra universalus, jis netampa esminiu visuomenės, kurioje negarantuotos materialinės išlikimo sąlygos, prioritetu. Kai materialinis ir biologinis išlikimas užtikrinamas, tampa reikšmingi saviraiškos poreikiai. Dėl socioekonominės plėtros įvykus mokslo, technologijų ir sanitarijos proveržiui, buvo užtikrinti ne tik pagrindiniai egzistenciniai poreikiai, bet ir visuomenės apsauga nuo ankstyvosioms visuomenės fatališkų epideminių ligų. Kartu didėjo ilgaamžiškumas. Industrializacija atnešė racionalizaciją, sekuliarizaciją ir biurokratizaciją, bet ir individualią autonomiją, saviraišką, pasirinkimą. Saviraiškos stiprėjimas vertė modernizaciją atsigręžti į žmogaus plėtrą ir formuoti humanistinę, į žmogų nukreiptą visuomenę (Inglehart et al., 2005).

Poindustriniame arba vėlyvosios modernybės / postmodernybės (VM / P) amžiuje mažėja objektyvūs žmonių galimybių apribojimai trimis būdais. Pirmiausia VM/P visuomenės siekia užtikrinti aukštą gerovės lygį kiekvienam individui. Minimalus gyvenimo standartas garantuojamas kiekvienam. Aukštas egzistencinio saugumo lygmuo leidžia individams pažvelgti plačiau nei bazinio saugumo užtikrinimas. Antra, su industrializacija padidėjęs masių raštingumas lėmė masinį kognityvinės mobilizacijos procesą. Tyrėjai, inžinieriai, mokytojai, rašytojai ir kitų profesijų žmonės buvo priskirti „kūrėjų klasei“, dirbančiai su žiniomis, atliekančiai analitines užduotis, naudojančiai informacines technologijas. Kognityvinių igūdžių poreikis padidino aukštojo mokslo poreikį, gerokai išaugusį visose VM / P valstybėse. Mokslas padaro žmones intelektualiai labiau nepriklausomus. Kūrybingumas, vaizduotė, intelektualinė nepriklausomybė pradėjo dominuoti. Žiniasklaida ir informacinių technologijų evoliucija suteikė galimybę lengvai pasiekti žinias ir informacinę autonomiją. Trečia, VM / P visuomenė suteikė socialinių laisvių. Tai leido asmenims tapti labiau nepriklausomiems, nyko socialiniai žmogaus pasirinkimo apribojimai (Inglehart, 1997; Inglehart et al., 2005).

Taigi VM / P visuomenėje žmonės tapo ekonomiškai saugesni, intelektualiai nepriklausomi, socialiai laisvesni nei bet kada anksčiau. Visi šie pokyčiai lemia vertybių pasikeitimus. Vertybės keičiasi, evoliucionuoja, leisdamos individui geriausiai prisitaikyti prie esamų sąlygų.

Didelio egzistencinio saugumo visuomenėse vyrauja ekonominė gerovė, saviraiška, o visuomenėse, kurios išsiskiria egzistenciniu nesaugumu, – griežti intelektualiniai ir socialiniai apribojimai; bijoma svetimšalių, kultūrinių pasikeitimų, o tai gali lemti autoritarinį valdymo modelį, reikalavimą laikytis tradicinių lyčių vaidmenų, polinkį netoleruoti gėjų ir etninių mažumų.

Individualius pasikeitimus geriausiai atspindi esminiai socialiniai pokyčiai. Manoma, kad gimstamumo mažėjimas praktiškai visose VM / P valstybėse susijęs su sociokultūriniais pokyčiais (Inglehart, Norris, 2003). Su tais pačiais pokyčiais susijęs skaičiaus didėjimas ir tos pačios lyties santuokų gausėjimas. Kultūriniai pasikeitimai lėmė valdžios autoriteto mažėjimą ir didėjančią saviraiškos reikšmę. Saviraiškos poreikis intensyviau individo dalyvavimą ekonominiame ir politiniame gyvenime. Vertybių transformacija iš ekonominių į saviraiškos vertybes susijusi su egzistenciniu saugumu ir žmogaus autonomija visuomenėje, kurioje didžiausią vertę įgyja individuali laisvė.

VM / P amžius susidūrė su pasipriešinimu. Kai kurie modernios visuomenės atstovai (paprastai mažiau išsilavinę, bedarbiai) vis dar patiria egzistencinių poreikių. Modernioje visuomenėje jie jaučiasi blogiausiai. VM / P visuomenėse žmonės pradėjo eksperimentuoti su naujomis idėjomis ir normomis, kurti naujus gyvenimo būdo modelius. Jaunoji karta susiduria su senų ir naujų normų ir gyvenimo būdo konfrontacija. Moksliniai įrodymai griauja tradicinių religijų pamatus, išsilavinę asmenys pasižymi atviresnėmis pažiūromis, todėl tradicinis religinis požiūris užleidžia vietą racionaliam požiūriui. Industrializacija padidino žmonių įtaką aplinkai, kurioje jie gyvena ir dirba, tuo pasikėsindama į religijos pamatus. Nors religija neišnyksta, ji turi transformuotis iš institucializuotų dogmatinio religingumo formų į individualizuotas dvasines formas. Kadangi auga supratimas, kad mokslo ir technologijų laimėjimai riboti, didėjant etinėms abejonėms (genetinė inžinerija, biotechnologijos), auga žmonijos supratimas, kad žmonės gali sunaikinti savo planetą. Todėl atsiranda naujos dvasingumo formos, akcentuojančios asmenų ir gamtos pusiausvyrą.

Netikrumas yra žmogaus buvimo dalis. VM / P laikotapiu išnyko konkretus netikrumas dėl maisto, alko. Jis nereikalavo intelektualinio darbo. VM / P

pasaulyje ėmė dominuoti abstrakčios rizikos, kurioms suvokti reikia kognityvinių gebėjimų. Tokios rizikos nėra lengvai ir iškart suprantamos. Joms suprasti reikia daug ir argumentuotos informacijos. Todėl dalis visuomenės tokias rizikas ignoruoja. Tačiau išsilavinusiai visuomenės daliai atsiveria dideli rizikos suvokimo horizontai (Inglehart et al., 2005). Visuomenės ir individų sveikatos rizika, susijusi su atominės katastrofos grėsme, neišskiais virusais, genetiškai modifikuotais organizmais, užterštu maistu, įtampa, neapibrėžtumo ir skirtingų žinių sistemų įvairovės perpildytame kontekste verčia individus ieškoti saugumo. Milžiniškas ekspertinės informacijos srautas ir neapibrėžtumas gali sukelti stiprų nerimo išgyvenimą (Leonavičius et al., 2007).

Išgyvenimai ir įtampa susiję su kitų visuomenės sričių pokyčiais. Vis didesnę reikšmę įgyja socialiniai stresoriai, turintys ryšį su socioekonominiais pokyčiais. Aplinkosaugos ir psichologijos plėtra, mokslo pažanga duoda galimybę gilintis į ligų priežastis. Atrandami vis nauji veiksniai, leidžiantys paskelekti naujus sindromus, diagnozę, sutrikimus, susijusius su psichosocialiniu stresu. Medicina nebėgi būti atskirta nuo socialinių veiksnių, o esminiai pakitimai visuomenėje lemia pokyčius medicinoje.

Medicinos ir ligos sampratos pokyčiai keičiantis visuomenės socioekonominėms sąlygoms

Modernusis medicinos mokslas susiformavo, kai vyko Vakarų šalių industrializacijos ir urbanizacijos procesas bei kapitalizmo plėtra. Tuo metu, anot M. Foucault, medicinos praktikoje susiformavo dvi kryptys: 1) siekis suklasifikuoti ligas ir gydyti pacientus, todėl fiziologija tapo pagrindiniu tyrimo ir stebėjimo objektu; 2) epideminių ligų prevencija. Joje didesnis vaidmuo teko politinei valdžiai, reguliuojančiai kasdienį visuomenės gyvenimą ir priimančiai įstatymus, nustatančius vandens, maisto ir atliekų tvarkymo standartus (Foucault, 1973; Leonavičius et al., 2007). XX a. pradžios medicininė praktika rėmėsi esmine prielaida, kad kiekviena liga turi savo specifinę gamtinę patogeninę priežastį. Modernusis mąstymas ir medicina dėl to orientavosi į šios priežasties šalinimą biomedicininėmis priemonėmis. Įsivertino požiūris, kad moderniosios medicinos objektas yra žmogaus kūnas. Kaip rašė Dubos (1959), moderni medicina buvo orientuota į vaistų kaip magiškų priemonių, kurias galima suleisti į organizmą, paiešką, siekiant jais sunaikinti ir kontroliuoti visas ligas (cit. pagal Cockerham, 2001).

XX a. antroje pusėje buvo laipsniškai sumažintos ar net likviduotos daugelis epideminių ligų, tačiau pagausėjo ligų, tiesiogiai susijusių su individų gyvenamosios, fizinės ir socialinės aplinkos ypatumais. Ypač pakito ligų kilmė industrinėse valstybėse. Sumažėjus infekcinių ligų bei didėjant širdies ir kraujagyslių, onkologinių ligų dažnumui, medikai ėmė suvokti, kad iš esmės ne šalina sutrikimų priežastis, o stengiasi susitvarkyti su ekstramedicininėmis priežastimis sukeltais padariniais. Vėžys, širdies ligos, insultas tapo pagrindinėmis mirčių priežastimis. Kadangi šių ligų trukmė ilga ir jos paprastai neišgydomos, gydytojai susidūrė su „gyvenimo problemomis“, daugiafaktorinės kilmės disfunkcijoms, kurios nebūtinai turėjo biologines priežastis. Ėmė aiškėti, kad socialiniai ir psichologiniai veiksniai gali lemti ne tik tai, pacientas susirgs ar ne, bet ir ligos formą, trukmę, intensyvumą ir simptomus. Taip pat paaiškėjo, kad yra didelė tikimybė, jog lėtinėmis ligomis sergantieji niekada nebesijaus puikiai, o tai lemia sergančiųjų poreikį keisti gyvenimo būdą ir socialinius santykius.

Medicina pradeda vaduotis iš siauro moksliško ir ima gydyti asmenį, o ne ligos priežastį. Pakitusi ligos ir gydymo samprata šiuolaikinei medicinai kelia naujų reikalavimų sveikatos sutrikimus traktuoti kaip asmens gyvenimo problemą, socialinį disfunkcionalumą, apimančią ne tik biologinius, bet ir socialinius bei psichologinius veiksnius (Leonavičius et al., 2007). Kadangi visuomenė sensta, pacientai dažniausiai skundžiasi ne vienu, o keliais sveikatos sutrikimais, lemiančiais jų fizinę, psichinę ir socialinę būklę. Izoliuotas tik vienos medicinos srities epizodo sprendimas neatneša pageidaujamo poveikio (McWhinney, 1994).

Holistinis požiūris į sveikatą remiasi tuo, kad fizinė, psichinė ir dvasinė būklė tarpusavyje susijusios, taigi pacientas – ne objektas, kuriam sutriko vienas iš organų, bet žmogus, turintis problemų, kurias reikia spręsti atsižvelgiant į fizinius, psichinius ir socialinius aspektus. Tačiau rengiant gydytojus vis dar lieka siauro biomedicininio požiūrio apraiškų. Studentus moko siauros srities specialistai, pasižymintys tik savo srities „tuneliniu matymu“. Studijuojant žmogaus kūnas išskaidomas ne tik į atskirus organus, bet ir dar smulkiau. Taip gvildenami organų sutrikimai (ligos). Didaktinis mokymo procesas – iš pradžių atskirų organų sistemos ir struktūros, vėliau – fiziologija, paskui – funkcijų ir struktūros sutrikimai, formuoja šablonišką mąstymą. Vėliau dirbant klinikinį darbą, nebesugebama susieti kelių organų sistemų „netipiškų“ simptomų į visumą. Svarbiausias tokio mokymo trūkumas – mokomasi analizuoti požymį, o ne problemą, kuri gali sukelti vieną ar kitą simp-

tomą. Kitas trūkumas – per mažai laiko skiriama bendrosios medicinos studijoms ir šeimos medicinos praktikai.

Didelė dalis skundų, dėl kurių pacientai kreipiasi į savo šeimos gydytoją, negali būti tiesiogiai priskirti konkrečiam funkciniam ar anatominiam sutrikimui. Blacklockas (1977), ištyręs pacientus, kurie kreipėsi dėl skausmų krūtinėje, pastebėjo, kad tik 50 proc. jų buvo nustatyta tiksli diagnozė remiantis klinikinių tyrimų rezultatais. Tokie pat rezultatai patvirtinti dar dviem tyrimais. Jei kiekviena liga turi konkretų ją sukeliantį veiksnių, tai homogeniškoje populiacijoje, gyvenančioje tokiomis pačiomis sąlygomis, turėtų būti nustatomas toks pat įvairių ligų paplitimas atskirų jos narių grupėse. Hinkle ir kolegos (1974) dvidešimt metų tyrė panašaus amžiaus, dirbančių panašų darbą ir gyvenančių tokioje pat aplinkoje moterų grupę. Jie nustatė, kad 25 proc. moterų teko 52 proc. ligų, o kitam ketvirtadaliui tik 6 proc. Toliau analizuojant duomenis paaiškėjo, kad kuo daugiau skundų, tuo jie nekonkretesni ir nesusiję su kuria nors viena organų sistema. Simptomų stiprumas labai priklauso nuo kiekvienos moters. Todėl padaryta išvada, kad šiuolaikinėse technokratinėse visuomenėse etiologinio ligos modelio taikyti negalima (cit. pagal McWhinney, 1994).

XX a. viduryje Vakarų valstybėse pagerėjęs materialinis visuomenės gyvenimas sudarė ekonomines ir socialines prielaidas sociologams pradėti aiškinti subtilesnes ir labiau „biologiškas“ visuomenės gyvenimo sritis (Leonavičius et al., 2007). Šiuo metu sveikata suprantama kaip sudėtinga, daugialypė sąvoka. Žmonės įvairiai traktuoja sveikatos terminą, ir laikui bėgant šis supratimas keičiasi, kintant visuomenei.

Galioja tam tikri susitarimai, kaip apibrėžti sveikatą. Sociologinis požiūris į sveikatą buvo labai aiškiai deklaruotas 1948 m. PSO konstitucijoje buvo priimtas sveikatos apibrėžimas, skelbiantis kad sveikata yra visapusiškas fizinis, dvasinis ir socialinis gerovės, o ne vien ligų ir negalavimų nebuvimas (WHO, 1984).

Sveikata jau nebebuvo vertinama vien pagal ligas ir mirtį. Tai tokia būklė, kurią panašūs individai ir bendruomenės stengiasi pasiekti ir išlaikyti, o ne ligų ir sužalojimų gydymo bei slaugymo rezultatas. Sveikata buvo suprantama tarsi sankryža: tai vieta, kurioje susitinka biologiniai ir socialiniai veiksniai, individas ir bendruomenė, socialinė ir ekonominė politika. Be savo vidinės vertės, sveikata dar yra asmens ir kolektyvo saviraiškos būdas, visuomenės ir jos institucijų sėkmės rodiklis kuriant gerovę, kuri yra svarbiausias raidos tikslas.

Gerovė dažniausiai siejama su tam tikra materialine padėtimi. Sveikatos mokslas teigia, kad gerovę 18–22 proc. lemia paveldimumas, 48–55 proc. gyvenmena, 17–20 proc. aplinka ir 8–10 proc. medicina (Jurgelėnas, 2007). Gyventojų sveikata priklauso nuo daugybės veiksnių – sveikatos determinantų. Bloga sveikata neatsiranda atsitiktinai ar dėl nesėkmės.

Paaiškėjo, kad sveikatos būklės tarpsmo mechanizmas yra sudėtingas ir dinamiškas. Kadangi žmogui iš prigimties lemta gyventi visuomenėje, asmens ir visuomenės sveikatos raida ir būklė pirmiausia siejama su visuomenės socialiniais ir ekonominiais santykiais, jų tarpusavio sąveika ir įtaka sveikatos būklei. Buvo suformuotas naujas platus visuomenės sveikatos apibrėžimas: visuomenės sveikata – mokslas ir menas organizuotomis visuomenės pastangomis išvengti ligų, prailginti gyvenimą bei sustiprinti fizinę ir psichinę sveikatą, rūpinantis aplinkos sauga, kontroliuojant infekcines ligas, mokant individualios higienos, organizuojant medicinos ir slaugos tarnybas, garantuojančias, kad kiekvieno individo gyvenimo standartai sudarytų jam galimybę palaikyti sveikatą, taigi suteiktų teisę į sveiką ir ilgą gyvenimą (Kėlėdienė, 1999).

Aiškėjant, kad visuomenės sveikata yra daugelį visuomenės sričių apimanti visuomenės veikla, 1984 m. PSO paskelbė kitą sveikatos apibūdinimą: sveikata yra tai, kaip individas ar grupė geba, viena vertus, įgyvendinti savo tikslus ir tenkinti poreikius, kita vertus, keisti ir valdyti aplinką. Apibrėžimas pripažįsta visapusišką sveikatos pobūdį ir tvirtina, kad nesant tam tikrų sąlygų žmonės negali būti sveiki.

Otavos chartijoje PSO 1986 m. paskelbė sveikatos stiprinimo koncepciją. Joje visuomenės sveikata suvokiama kaip procesas. Sveikata suprantama kaip mūsų kasdienio gyvenimo dalis, gyvenimo kokybės rodiklis, o ne gyvenimo tikslas (O'Donnel, 2002). Naujoji sveikatos paradigma formuoja naują tyrimo objekto sampratą. Jeigu biomedicininis tyrimų objektas yra liga, socialinė medicina tiria gydytojo ir paciento santykius, sveikatos sociologijoje daug ką lemia sveikatos sociologinių perspektyvų įžvalga, tad visuomenės sveikatos procese svarbu išvelgti šio proceso trajektoriją, numatyti tikslus, modeliuoti strategijas ir vertinti rezultatus, prognozuoti galimus visuomenės sveikatos raidos scenarijus (Jurgelėnas, 2007). Otavos chartijoje svarbiausiu tikslu laikomas visuomenės poveikio stiprinimas. Parama visuomenės sveikatai apibrėžiama kaip procesas, leidžiantis žmonėms kontroliuoti ir gerinti savo sveikatą. Kitų socialinių ir ekonominių sektorių bei visuomenės poveikio stiprinimo sampratas išskleisti ir sumodeliuoti gali tik socialiniai mokslai,

pirmiausia – sociologija. Toks uždavinys peržengia gamtos mokslų objekto ir kompetencijos ribas (Leonavičius et al., 2007).

1997 metais Džakartos ketvirtojoje tarptautinėje sveikatos stiprinimo deklaracijoje „XXI amžiaus sveikatos stiprinimo vizija“ buvo nustatyti sveikatos stiprinimo prioritetai, o 2005 m. Bankoke vykusioje šeštojoje sveikatos stiprinimo konferencijoje konstatuota, kad po Otavos chartijos (1986) situacija pasaulyje smarkiai pasikeitė:

- Didėja sveikatos skirtumai (tarp šalių ir šalyse).
- Atsiranda naujų vartojimo ir komunikacijos modelių.
- Pasireiškia komercializacija (pelno siekimas).
- Vyksta globaliniai aplinkos pokyčiai.
- Didėja urbanizacija.
- Pasireiškia kiti veiksniai, darantys įtaką sveikatai per socialinius, ekonominus ir demografinius pokyčius, kurie veikia darbo sąlygas, mokymosi aplinką, šeimą, kultūrą ir socialinę bendruomenės struktūrą.
- Padidėjo sveikatos skirtumai tarp vyrų ir moterų, vaikų pažeidžiamumas ir socialiai pažeidžiamų socialinių grupių atskirtis.

Medicinoje ligos yra nagrinėjamos kaip tam tikri biologiniai pokyčiai. Jos vertinamos remiantis objektyviais tyrimais ir ligų klasifikacijos sistemoimis bei aprašomos tam tikrų simptomų rinkiniu. Sveikata šiuo atveju gana dažnai suprantama kaip sutrikimų nebuvimas (Secker, 1998). Psichologinis požiūris į ligą nuo medicininio skiriasi didesniu dėmesiu subjektyviam sergančio žmogaus patyrimui. Tyrimai rodo, kad nemažai su sveikata susijusio elgesio, pagalbos siekimą, bendradarbiavimą ir gydymo efekto vertinimą lemia ne objektyvi medicininė būseną, o subjektyvūs veiksniai (Gladis, 1999; Manber, 2003). Subjektyvių veiksmų reikšmė sveikstant iš dalies gali būti paaiškinta klinikinėje psichologijoje įprastu sutrikimo modeliu (Šulte, 2002). Sekant šiuo modeliu, sutrikimas turi keletą lygmenų: biologinis lygmuo, arba liga, apima objektyvius patologinius individo pokyčius ar defektus; psichologinis lygmuo, arba savijauta, apima subjektyviai asmens patiriamus simptomus ar diskomfortą; socialinis lygmuo, arba ligos padariniai, apima įprasto gyvenimo pokyčius ir ligonio vaidmenį, kuriuos lemia sutrikimas ir dėl ligos ar / ir savijautos kylantys apribojimai (Pranckevičienė, 2009).

XX a. trečiame dešimtmetyje JAV sparčiai plėtojosi psichosomatinė medicina. Alexanderis pateikė teoriją, kuria kai kurių somatinių ligų etiologiją ir eigą pagrindė emociniais veiksniais. Specifiniai pasąmonės konfliktai įvardyti kaip dvylikapirštės žarnos opaligės, astmos, hipertenzijos, neurodermito

ir kitų ligų priežastys. Vadovaujantis šia teorija buvo siūloma veiksmingai gydyti keičiant asmenybę ir gyvenimo būdą. Tačiau šios psichosomatinės medicinos hipotezės nepavyko įtvirtinti praktikoje, ja buvo nusivilta. Vėliau psichosomatinės medicinos reikšmė keitėsi. Todėl dabar psichosomatinę mediciną galima apibūdinti kaip mokslo laimėjimų taikymą ligų mechanizmui, simptomams nustatyti, gyvenimo būdai parinkti. Kartais psichosomatikos terminas vartojamas paciento ligai apibūdinti, kai gydytojas neranda „realių“ ligos simptomų. Dabar terminai „psichosomatinis“ ir „psichofiziologinis“ vartojami fiziologiniams pokyčiams, atsirandantiems dėl psichologinių veiksmų, kai nenustatoma somatinio pažeidimo, apibūdinti. Psichosomatiniai simptomai – tai įvairūs ne ligos simptomai, juos Cohenas suskirstė į keletas kategorijas (Cohen, 1979):

1. Somatiniai simptomai, kai nėra fiziologinių sutrikimų. Skirstomi į depresinius, konversinius, nerimo, hipochondrinius ir psichozinius.
2. Psichofiziologiniai simptomai, kai dėl streso, emocijų, atsiranda specifinių fiziologinių, autonominių ir psichofiziologinių pakitimų (kilus nerimui, išsiskiria daugiau epinefrino).
3. Fiziologiniai simptomai, kurių priežastys somatinės ir chirurginės ligos. Tik simptomai kartais tampa ryškesni nei pačios ligos (pacientas jaučia skausmą, nes pažeistas organas, audinys, bet vėliau skausmu pernelyg susirūpina).
4. Nevilties ir bejėgiškumo teorija. Teigia glaudų jausmų ryšį su psichosomatiniais sutrikimais ir ligomis. Ši teorija bando įrodyti, kad dėl vienišumo, sielvarto, nevilties ir liūdesio, bejėgiškumo atsiranda biologiniai pokyčiai ir dėl jų prasideda įvairios ligos.

Bloga savijauta nėra visiškai tiesioginis ligos padarinys. Kaip nurodo Kleinmanas (cit. pagal de Almeida Filho, 2001), bloga savijauta remiasi individo patyrimu ir suvokimu, apimančiu tiek tiesiogiai iš ligos kylančias problemas, tiek socialines reakcijas į ligą. Psichologinį sutrikimo komponentą, arba savijautą, formuoja kultūriniai, prasminiai, simboliniai aspektai ir prasmės, jas kuria sergantis žmogus. Taigi psichologiniu požiūriu savijauta nėra vien faktas (sergu / nesergu, yra / nėra pakitimų), bet taip pat ir psichologinis procesas. Šio proceso metu iš ligos kylantys apribojimai nuolat sąveikauja su asmens gyvenimo kontekstu; ligos simptomai asmens patiriami, išgyvenami ir vertinami. Taigi savijauta – psichologinis sutrikimo aspektas, atspindintis subjektyvų sergančio asmens savo ligos patyrimą. Savijauta formuojasi asme-

niui patiriant tiesiogiai iš ligos kylančius simptomus ar diskomfortą, taip pat vertinant ir interpretuojant juos savo gyvenimo kontekste.

Bandant atsakyti, kas yra sveikata, pirmiausia reikia kelti klausimą, ar sveikata yra ligos priešingybė. Jei ne, tai kaip tuomet ją išmatuoti. Literatūroje galima rasti labai besiskiriančių sveikatos sampratų: nuo medicininio požiūrio, kad sveikata yra patologijos nebuvimas, jog sveikata yra visiškai subjektyvi ir nepažini (de Almeida Filho, 2001). Remiantis PSO sveikatos apibrėžimu, teigiančiu, kad sveikata yra visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien ligos ir negalios nebuvimas (WHO, 2001), galima daryti išvadą, kad sveikata yra ne sutrikimo priežysbė, o sudėtingesnis reiškinys, apimantis visus žmogaus gyvenimo aspektus. Plačiąją prasme sveikata yra asmens gyvenimo charakteristika (Pranckevičienė, 2009). Labai panašias idėjas galima rasti Lehtineno ir kt. (Lehtinen, 1999) funkciniam psichikos sveikatos modelyje. Psichikos sveikatą jie apibrėžia kaip procesą, kurį lemia tiek praeities, tiek dabarties veiksniai, asmeniniai ištekliai, gyvenimo ir socialiniai įvykiai bei įvairūs padariniai. Psichikos sveikatos procesas nuolat matyti iš asmens kasdienio patyrimo, santykių su kitais žmonėmis, aplinka, visuomene ir kultūra, kurioje asmuo gyvena (Lehtinen, 1999). Lehtineno ir kt. siūloma psichikos sveikatos apibrėžtis ne tik nusako, kas yra sveikata, bet ir nurodo jos kriterijus – sveikatos procesas gali būti pažįstamas iš asmens kasdienio patyrimo, santykių su kitais ir aplinka, visuomene ir kultūra. Taigi nors sveikata yra labai plati ir dinamiška sąvoka, apimanti daugelį asmens gyvenimo aspektų, ji gali būti nagrinėjama ir pasitelkiant subjektyvų asmens patyrimą. Šiai prielaidai pritaria Basu (Basu, 2004), teigiantis, kad geriausias savo gyvenimo ekspertas yra žmogus, gyvenantis tą gyvenimą. Jei sveikata yra fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, šį gerovės lygmenį gali įvertinti pats asmuo, analizuodamas, kaip sėkmingai jis funkcionuoja įvairiose gyvenimo srityse. Toks vertinimas visada yra subjektyvus ir atspindi paties asmens suvokiamą sveikatos lygmenį arba psichologinį sveikatos aspektą. Nors PSO vis dar akcentuoja sveikatą kaip ligos, sužeidimo, streso nebuvimą, tyrimai rodo, kad į sveikatą reikėtų žiūrėti kaip į paciento potencialią galimybę atlikti kasdienės užduotis ir tai, kad asmuo jaučiasi gerai. Todėl sveikata apibrėžtina kaip galimybė funkcionuoti (Bury, 1997; Calnan, 1987). Šia prasme galima kalbėti apie sveikatos ir ligos sampratą, kuri atspindi senėjančias VM / P visuomenes. Paradoksalu, bet net lėtine liga sergantis asmuo gali būti laikomas sveiku, jei jis kontroliuoja (vaistais ar gyvenimo būdu) savo ligą, gali aktyviai dalyvauti ir būti funkcionalus tiek asmeniniame, tiek socialiniame

gyvenime, jei jis pats subjektyviai jaučiasi sveikas. Atsisakant standartiškai iš biomedicininės perspektyvos vertinti lėtinę ligą, galima išvengti lėtinės ligos stigmatizacijos, nes žmogaus kūnas nėra tobulas. Kūną konstruoja sveikatos ir ligos diskursai. Todėl postmodernistinė sveikatos ir ligos samprata kalba apie *archisveikatą* kaip žmogaus kūną, neturintį organų²⁹. Sveikatą reikėtų suprasti kaip tikslingą adaptacinį atsaką fiziškai, protišcai, emocionaliai ir socialiai į vidinius ir išorinius veiksnius, kad būtų išlaikytas stabilumas ir komfortas (Spector, 2000). Kaip pažymi Tomas McKeownas (McKeown, 1979), iš savo pačių asmeninio patyrimo galime pasakyti, kad gera savijauta yra daugiau nei tai, kad nėra ligos ar neįgalumo. Taigi sąlygiškai galima kalbėti apie besiformuojančią trečią sveikatos ir ligos sampratos paradigmą – archisveikatą (Fox, 1998).

Socioekonominės raidos atspindžius ir sociokultūrinių pokyčių įtaką medicinai, sveikatos ir ligos sampratai galime matyti tarptautinės ligų klasifikacijos evoliucijoje.

Visuomenės pokyčių nulemtos ligų klasifikacijos evoliucija

Paciento ligų diagnozavimas yra laikomas biomedicininės gydytojo praktikos esme. Ligos diagnozė pacientui parodo, kad gydytojas supranta jo būklę, o gydytojui nurodo, kokią jis turi sudaryti gydymo planą, kad pacientas pasveiktų. Diagnozė „įteisina“ paciento savijautą ir skundus bei apibrėžia jo būklę. Ligų klasifikacija yra diagnozių rinkinys, atspindintis biomedicinines žinias (ligos klasifikuotos pagal etiologiją, patofiziologiją ir etc.). Klasifikacijos atspindi medicininės kompetencijos apimtį ir būklę, kurias medicina laiko įteisintomis kaip ligos valstybės institucijoms ir ekspertams. Ligų klasifikacijos nuolat keičiasi, atspindėdamos biomedicininių žinių evoliuciją. Esamos klasifikacijos plečiasi, daugėjant diagnozių ir klasifikacinių kategorijų skaičiui. Kaip pažymi Charlesas Rozenbergas ir Philas Brownas, ligos nėra, kol ji neįvardijama ir nesukuriama diagnostinė kategorija (Barker, 2005). Ligos ir sveikatos kategorijos priklauso nuo mūsų žinių ir nuostatų, veikiančių socialinės aplinkos, o būdamos socialiai nulemtos, jos keičiasi, kintant socialinei situacijai.

²⁹ Žr. šio žurnalo straipsnį „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai vėlyvosios modernybės / postmodernybės socialinių teorijų požiūriu“.

Kai kurie bandymai grupuoti ligas aptikti jau graikų ir romėnų laikais. Ankstyvosios ligų klasifikacijos siekia XV amžių. Ligų klasifikacija Italijoje, naudota XV a., buvo sudaryta remiantis to meto filosofinėmis ir sveikatos sampratos prielaidomis, nors joje jau buvo racionalių minčių (pvz., kad augliai gali nulemti ligą ir mirtį). Pirmasis rimtesnis bandymas suklasifikuoti ligas randamas J. Fernelio veikale „Universa Medicini“, publikuotame 1554 m.

Moderniųjų laikų klasifikacija pasidarė galima, kai mokslininkai ir botanikai E. Darvinas, K. Linėjus susidomėjo ligų klasifikacijomis. Jie pirmieji pabandė sistemiškai suklasifikuoti ligas. Išsamesnę klasifikaciją paskelbė Australijos statistikas seras Georgas Knibsas, patikėjęs darbą Frankui Bosierui de Lakrua (Francois Bossier de Lacroix, 1706–1777), geriau žinomam kaip Sauvagas (Sauvages). Jų darbas publikuotas pavadinimu „Nosologia methodica“ (Moriyama et al., 2011). „Nosologia methodica“ jungė 10 gupių, kurios rėmėsi simptomais. Pastarieji buvo suskirstyti į 300 pogrupių, o šie į klases. Sauvages amžininkas Linėjus (Linnaeus, 1707–1778) paskelbė ligų klasifikacijos darbą „Genera morborum“. XIX amžiaus pradžioje dažniausiai naudota Viljamo Kuleno iš Edinburgo (William Cullen, 1710–1790) klasifikacija „Synopsis nosologiae methodicae“, paskelbta 1775 m. (Moriyama et al., 2011). Ji buvo iš esmės simptominė ir, kaip vėliau pažymėjo W. Farras, negalėjo būti pritaikyta statistinei analizei. 1839 m. W. Farras pabrėžė, kad reikalinga bendra mirčių priežasčių klasifikacija. Jo pirmasis raginimas suklasifikuoti ligas pasirodė pirmajame metiniame Anglijos-Velso centrinio registrų departamento gimimų, mirčių ir santuokų pranešime. Klasifikacija turėjo didelių terminologijos trūkumų, nes kiekviena liga galėjo būti vadinama trimis ar keturiais skirtingais pavadinimais, o simptomai ir komplikacijos pavadintos ligomis. Todėl 1857 m. Jungtinės Karalystės gydytojų ir chirurgų kolegija sudarė komitetą, kuris po 12 metų paskelbė Londono karališkosios gydytojų kolegijos ligų sąrašą. Sąrašė minimos ligos, patvirtintos ne tik Jungtinėje Karalystėje, bet ir Vokietijoje, Prancūzijoje, Italijoje, daugeliu atvejų buvo pateikiami ir jų apibrėžimai. Jungtinės Karalystės ligų sąrašas atnaujintas 1885, 1896, 1906, 1918, 1931, 1947 ir 1959 m. Jo leidimas nutrauktas tik 1969 m., kai Jungtinėje Karalystėje oficialiai paskelbta, kad senoji klasifikacija nebebus atnaujinta, ir nutarta prisidėti prie tarptautinės ligų klasifikacijos kūrimo.

Pirmajame statistikos instituto ir statistikų kongrese Briuselyje 1853 m. išsakyta nuomonė, kad įvairių valstybių gydytojai dėl skirtingų mokyklų ir terminologijų vartojimo kartais ligas vadina taip, kaip sugalvoja, todėl reikėtų sukurti bendrą ligų sąrašą, kurio visi laikytųsi. Tarptautinis statistikos

institutas ir tarptautinis statistikų kongresas Vienoje 1881 m. įkūrė komitetą ir paskyrė jam vadovauti Paryžiaus statistikos tarnybos vadovą Žaką Bertilioną (Jacques Bertillon, 1851–1922). Komitetui pavesta parengti mirties priežasčių klasifikaciją. Taip 1893 m. parengta ir Tarptautinio statistikos instituto pripažinta pirmoji TLK mirties priežasčių klasifikacija. Klasifikacija buvo parengta Paryžiaus mirties priežasčių registro pagrindu, adaptuota pagal W. Farro ir d’Espine metodiką, kurioje bendrosios ligos sujungtos su organų sistemomis ir anatomine lokalizacija. 1895 m. klasifikacija patobulinta, sujungta su britų, vokiečių, šveicarų klasifikacijomis (Moriyama et al., 2011). Iš pradžių klasifikacija naudota keliuose miestuose ir valstybėse, vėliau, 1898 m., pradėta naudoti Kanadoje, Meksikoje, JAV. 1899 m. Bertilionas, vadovaudamasis JAV visuomenės sveikatos asociacijos rekomendacijomis, patarė peržiūrėti klasifikaciją. Pasiūlyta detali 179 grupių ir sutrumpinta 35 grupių klasifikacija, priimta tarptautinėje mirties priežasčių klasifikacijos konferencijoje Paryžiuje 1900 m. Šioje konferencijoje taip pat priimtas sprendimas reguliariai atnaujinti klasifikaciją ir susitarta dėl kitos konferencijos 1910 m. Kita konferencija įvyko 1909-aisiais, vėlesnės 1920, 1929 ir 1938 m. TLK klasifikacijos nuolat keitėsi (žr. 1 lentelę.)

Tarptautinės ligų klasifikacijos ir jų priėmimo metai. 1 lentelė

TLK versija	Metai
TLK	1893
TLK-1	1900
TLK-2	1909
TLK-3	1920
TLK-4	1929
TLK-5	1938
TLK-6	1948
TLK-7	1955
TLK-8	1965
TLK-9	1975
TLK-10	1989
TLK-11 (rengiama)	2015

1–5 tarptautinės mirties priežasčių ir ligų klasifikacijos – bandymas kuo tiksliau suklasifikuoti ligas pagal etiologinius veiksnius

Pirmosios klasifikacijos bandė suklasifikuoti mirties priežastis. Pasiūlytoje klasifikacijoje išvardytos 7 grupės: 1. Negyvagimiai; 2. Mirtys nuo apsigimimų; 3. Mirtys nuo senatvės; 4. Mirtys nuo nelaimingų atsitikimų ir kriminalinės mirtys; 5. Mirtys nuo gerai žinomų ligų; 6. Mirtys nuo ligų, kurios apibrėžiamos tik simptomais; 7. Mirtys nuo nežinomų priežasčių. Bertilio-no pasiūlytoje klasifikacijoje, kuri vėliau tapo pirmąja TLK klasifikacija, jau buvo išskirtos ligos pagal anatomines sritis. Pagrindinės grupės buvo: 1. Bendrosios ligos; 2. Nervų sistemos ir jutimo organų ligos; 3. Kraujotakos sistemos ligos; 4. Kvėpavimo sistemos ligos; 5. Virškinimo sistemos ligos; 6. Šlapimo ir lytinių organų sistemų ligos; 7. Pogimdyminio periodo ligos; 8. Odos ligos; 9. Atramos-judėjimo organų ligos; 10. Augliai; 11. Ankstyvos kūdikystės ligos; 12. Vyresnio amžiaus ligos; 13. Išorinio poveikio priežasčių sukeltos ligos; 14. Nenustatyti sutrikimai.

Prie daugelio kategorijų yra punktai „kitos ligos“. Bendrųjų ligų skyriuje vardijamos epideminės ligos, kai kurios lėtinės infekcijos (tuberkuliozė, sifilis, suskirstyti pagal pažeidimų sritis) (Moriyama et al., 2011). Galėtume manyti, kad pirmosios klasifikacijos kilo iš visuomenės narių, medikų ir valstybės institucijų poreikio suprasti vienas kitą kalbant apie ligas ir mirties priežastis, jas dokumentuojant ir apibendrinant.

1900 m. kartu su TLK mirties priežasčių klasifikacija paraleliai buvo parengta ir priimta nemirtinų ligų klasifikacija. Klasifikacijoje paminėtos kai kurios infekcinės ligos (tymai, šiltinė, gripas, juodligė, tuberkuliozė (suklasifikuota pagal pažeidimo organą)), neurologinės ligos (chorėja, epilepsija, neuritas), onkologinės ligos (įvardijamos kaip karcinoma, sarkoma, smegenų tumoras), jungiamojo audinio ligos (reumatas, reumatoidinis artritas), negalavimai dėl išorinio poveikio (apsinuodijimai švinu, fosforu, arsenu; smurtinės mirtys (suklasifikuotos smulkiau: karo žaizdos, egzekucija ir etc.)), širdies ligos (krūtinės angina, perikarditas), ginekologinės ligos (kiaušidžių sutrikimai, menstruacijų sutrikimai), endokrininės ligos (diabetas, skydliaukės ligos), virškinimo ligos (gastroenitritas, apendicitas, išvarža, obstrukcija, opaligė), plaučių ligos (pneumonija, suklasifikuota smulkiau: bronchitas, astma), priklausomybės (alkoholizmas, priklausomybė nuo opijaus, morfijaus). Taip pat paminėti kai kurie konkrečioms ligoms nepriskirti simptomai (grįž-

tamoji karštligė, lojantis kosulys, traukuliai, paralyžius), kai kurios LOR ir akių ligos. Greta mums gerai pažįstamų ligų buvo rašomi ir simptomai (pvz., traukuliai, paralyžius), nenormalūs radiniai (pvz., širdies išsiplėtimas) ir būklės (pvz., badavimas, dygstantys dantys, smegenų suminkštėjimas). Kai kurios ligos apibrėžiamos kaip neklasifikuotos (pvz., kitos burnos, ryklės ligos) (Manual of the International List Causes of Death, 1909). Šioje klasifikacijoje jau matome polinkį klasifikuoti sutrikimus pagal etiologinius veiksnius ir organų sistemas, taip pat paliekamą diagnostinį neapibrėžtumą (minimi simptomai, neturintys diagnozės, būklės). Naujoji klasifikacija paplito labai greitai, ją pradėjo naudoti Amerika, Australija, Japonija, Ispanija, Prancūzija, Belgija, Olandija ir Bulgarija, net Anglijoje kai kurios institucijos naudojo ją, o ne nuosavą klasifikaciją. Nemirtinų ligų klasifikacija kaip paraleli pagrindinei klasifikacijai buvo priimta ir 1909 m. (International List of Causes of Death, Revision 2, 1909). Daugiausia skirtumų buvo ligų skyriuje, kuriame tam tikri poskyriai priskirti skirtingoms anatominėms sritims. Padaugėjo suklasifikuotų ligų ir būklių. Geriau klasifikuotos plaučių, širdies, kraujo, neurologinės ligos. Klasifikacijoje minima daugiau endokrininės sistemos ligų (hipopituitarizmas, miksedema, Adisono liga), taip pat onkologinės ir infekcinės ligos. Išorinių poveikių skyriuje geriau suklasifikuoti pagrindiniai sužalojimų tipai, tokie kaip kritimas, įsijovimas, taip pat nužudymai. Klasifikacijoje prie kai kurių anatominių sričių išliko skyriai „kitos ligos“, skirti nenustatytoms ligoms ir priežastims. Liko simptomai, nepriskirti kitoms ligoms, tačiau jų, palyginti su ankstesniąja klasifikacija, sumažėjo. Daugiau dėmesio skirta ligoms, o ne būklėms ir simptomams, ir ši tendencija išliko vėliau einančiose klasifikacijose iki šeštosios TLK. Išliko skyrius „Nenustatytos ligos“ (Moriyama et al., 2011).

Šioje ir vėlesnėse klasifikacijose matome stiprų biomedicininį požiūrį į ligų kilmę, bandant visus sutrikimus paaiškinti biologinėmis priežastimis, o kadanigi nenustatyti simptomai negalėjo būti paaiškinti, jie klasifikacijoje minimi epizodiškai. Klasifikaciją pripažino daug valstybių, taip pat ir Anglija, Škotija bei Velsas. Kitos paraleliai sukurtos klasifikacijos nebuvo plačiai naudojamos. Bet tuo metu dalis valstybių (pvz., Kanada) kūrė nuosavas klasifikacijas.

Trečiojoje klasifikacijoje buvo padaryta nemažai pakeitimų (International List of Causes of Death, Revision 3, 1920). Kai kurios ligos priskirtos kitoms organų sistemoms (pvz., smegenų ateroma perkelta iš nervų sistemos ligų skyriaus į kraujotakos ligų skyrių), endokrininių ligų skyriuje gausiau ir detaliau išvardytos endokrininės ligos, dauguma jų anksčiau buvo nemi-

nėtos. Virškinimo ligų skyriuje atsirado parazitinių ligų poskyris; pakeistas kūdikystės ligų skyrius. Pirmą kartą paminėta isterija, bet kitų psichikos ligų klasifikacijoje nebuvo. Klasifikaciją priėmė 43 valstybės.

Ketvirtojoje klasifikacijoje daugiau dėmesio skirta ligų etiologijai (Manual of the International List Causes of Death, Based on the Fourth Decennial Revision by the International Commission Paris, 1929, 1931). Nors buvo išlaikyta ligų skirstymo pagal anatomines sritis struktūra, detaliau suklasifikuoti etiologiniai veiksniai infekcinių ligų skyriuje. Pirmas skyrius pavadintas „Infekcinės ir parazitinės ligos“. Bendrųjų ligų skyriuje sukurti nauji poskyriai ir į juos iš senosios klasifikacijos perkeltos ligos. Taip atsirado II – vėžių ir tumorų, III – reumato, mitybos, endokrininių susirgimų skyrius, IV – kraujo ir kraujodaros organų skyrius, V – lėtinio apsinuodijimo skyrius. Gangrena perkelta iš odos ligų skyriaus į kraujotakos organų skyrių; XI skyrius – „Nėštumo, pogimdyminio periodo ligos“ buvo visiškai pertvarkytas. Pirmą kartą paminėta toksemija ir *placenta praevia*. XIV – apsigimimų skyriuje apsigimimai suskirstyti į subkategorijas. XI skyriuje – „Ankstyvos kūdikystės ligos“ paminėti priešlaikinis gimdymas ir sužalojimai per gimdymą; XVII skyriuje – „Smurtinės ir staigios mirtys“ turinys suskirstytas į tris kategorijas – savižudybės, žmogžudystės ir nelaimingi atsitikimai. Penktojoje klasifikacijoje išskirta 200 skyrių [19]. Pirmame skyriuje „Infekcinės ligos“ išskirtos bakterinės, spirochetinės, besifiltruojančiųjų virusų, riketsijų, helmintinės ir grybelinės ligos. Antrame skyriuje „Onkologiniai susirgimai“ padaugėjo naujų kategorijų, įskaitant gerybinius auglius ir nepatikslingus auglius. Pertvarkytas vienuoliktas skyrius „Nėštumo, laikotarpio po gimdymo ligos“. Aštuonioliktame skyriuje „Smurtinės ir atsitiktinės mirtys“ daugiau dėmesio skirta transporto, karo, mechanizmų sukeltoms traumoms. Klasifikacijoje paminėtos ir kai kurios su darbu susijusios ligos. Klasifikacijoje labai mažai dėmesio skirta simptomams ir būklėms, stengiasi viską suklasifikuoti į ligas, jas įvardijant. Liko tokie skyriai kaip „Kitos ligos“ (pvz., „Kitos širdies ligos“).

6–8 tarptautinės ligų klasifikacijos – išskiriami ligomis nepaaiškinami simptomai, pakitimai ir aprašomi psichikos sutrikimai

1946 m. pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) konferencijoje Niujorke įkurta komisija, kuriai pavesta parengti naująją šeštąją TLK, atnaujinant

mirtingumo ir sergamumo priežasčių sąrašą (Moriyama et al., 2011). Taip sukurta tarptautinė ligų, mirties priežasčių ir sužeidimų šeštoji klasifikacija (International Classification of Diseases, Revision 6, 1948). Nuo tada PSO pradėjo vadovauti TLK kūrimui ir tobulinimui. Šeštojoje klasifikacijoje pasistengta dar tiksliau suklasifikuoti sergamumo ir mirtingumo priežastis. Sergamumo priežastys paimtos ir iš JAV bei Kanados, Anglijos sergamumo klasifikacijų. Klasifikacijoje įdiegta numeravimo sistema, kuri leido naujose klasifikacijose lengvai pridėti naujus skyrius. Klasifikacijoje atkreiptas ypatingas dėmesys į etiologinius veiksnius. Parengta klasifikacijos sistema tikrinta naudojant Kanados, Anglijos, Velso, JAV sergamumo ir mirtingumo duomenis ir tik paskui patvirtinta naudoti.

Pagrindiniai šeštosios klasifikacijos skyriai liko tokie patys kaip ir penktojoje. Skyriai „Senatviniai sutrikimai“ ir „Netiksliai nustatytos būklės“ sujungti į vieną; skyrius „Lėtiniai apsinuodijimai ir intoksikacijos“ panaikintas. Vietoj jo įdėtas skyrius „Sąmonės, psichoneurotiniai ir asmenybiniai sutrikimai“. Padaryti pakeitimai skyriuje „Nelaimingi atsitikimai, apsinuodijimai ir smurtas“. Šeštojoje klasifikacijoje atkreiptas dėmesys į nemirtinas ligas ir sužeidimus. Sužeidimai ir sužalojimai buvo suklasifikuoti pagal etiologinį veiksnį ir fizinius pakitimus. Atsirado platus simptomų (pvz., sąnario skausmas, svorio mažėjimas) ir patologinių pakitimų (albuminurija, hematurija, etc.), nepriskirtų ligoms, skyrius. Simptomai klasifikuoti pagal organų sistemas. Taip pradedant nuo šeštosios klasifikacijos, vėl ėmė didėti nepaaiškinamų simptomų ir būklių sąrašas.

Iki tol psichikos ligos nebuvo klasifikuojamos. Šeštojoje klasifikacijoje atsirado kai kurios psichikos ligos, išskirti šizofrenijų, manijų-depresijų, psichoneurotinių sutrikimų ir kt. skyriai. Joje yra skyrius apie psichoneurozes su somatiniais simptomais (klasifikuotos pagal kai kurias organų sistemas, pvz., išskiriamas psichogeninės kilmės niežulys, psichogeninės reakcijos, susijusios su kvėpavimo, šlapimo takų ir lyties organų sistemomis, ir kt.). Atsirado skyrius, bandantis paaiškinti kai kurias kitas iki tol neklasifikuotas psichiatrijos simptomų priežastis. JAV psichologų asociacijos statistikos ir nomenklatūros komitetas organizavo ir sudarė nuosavą „amerikonišką“ psichikos ligų klasifikacijos sistemą, kuri 1952 m. paskelbta kaip DSV-1 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Šeštoji klasifikacija tam tikru mastu atspindėjo 1948 m. PSO deklaruotą sveikatos apibrėžimą, tarytum pripažindama medicininių žinių ribotumą ir bandydama sujungti daugiau nepatikslintų negalavimų ir sutrikimų. Be to, savo naujuoju skyriumi ji pri-

pažįsta psichinių, psichologinių sutrikimų (pvz., psichogeninės reakcijos, susijusios su kaulų-raumenų sistema, specifiniai mokymosi sutrikimai, etc.) daromą įtaką sveikatai ir visuomenės individų savijautai. Taigi šią klasifikaciją galėtume vertinti kaip medicinos mokslo deklaraciją, kad, nepaisant technikos ir mokslo progreso, yra mediciniškai (dar) nepaaiškinamų sutrikimų ir psichologinių, psichiatrinių sutrikimų, darančių įtaką individų savijautai.

Septintojoje klasifikacijoje psichiatrinių diagnozių daugėja, pradėtos skirti neurozinės-depresinės, obsesinės-kompulsinės reakcijos, psichogeninės reakcijos su somatiniais simptomais (klasifikuotos pagal organų sistemas), kurios pirmą kartą pavadintos somatizacijos reakcijomis (International Classification of Diseases, Revision 7, 1955). Tačiau šioje klasifikacijoje pakeitimų nedaug. Rengiant aštuntąją TLK klasifikaciją atsižvelgta į esminius JAV, Švedijos, Izraelio ligoninių pasiūlymus. Parengti šią klasifikaciją buvo sunku dėl siūlomų įvairių variantų. Galiausiai padaryta nedaug pakeitimų infekcinių ir parazitinių ligų, psichinių sutrikimų, kraujotakos ligų, apsigimimų, perinatalinių ligų ir sužalojimų, nelaimingų atsitikimų, apsinuodijimų ir smurtinių įvykių skyriuose. Infekcinių ir parazitinių ligų skyriuje atspindėtos naujausios žinios apie virusines ligas. Taip pat į šį poskyrį perkeltos viduriavimo ligos. Smegenų kraujotakos ligos perkeltos į nervų ir jutimo organų sistemų sutrikimų skyrį. Klasifikacija leido matyti ryšį tarp hipertenzijos ir smegenų kraujotakos ligų bei išeminės širdies ligos. Sujungti ankstyvos kūdikystės ir negyvagimių skyriai. Klasifikacijoje išsamiau aptarti vaistų ir kitų medžiagų nepageidaujami poveikiai. Išorinių sužeidimų skyriuje daugiau dėmesio skirta aplinkybėms, sukėlusioms traumas ir sužeidimus. Pasistengta tiksliau suklasifikuoti aplinkybes, sukėlusias mirtį, taip pat ir tada, kai jos priežastis nežinoma. Ši klasifikacija leidžia manyti, kad vyksta pokyčiai išskiriant ne tik etiologinius, bet ir aplinkybinius, socialinius veiksnius, darančius įtaką sveikatai. Šioje klasifikacijoje geriau suklasifikuotos neurozės ir psichozės, šizofrenija, paminėti psichogeninės kilmės fiziniai sutrikimai (International Classification of Diseases, Revision 8, 1965).

Devintoji tarptautinė ligų klasifikacija – kitų veiksnių, turinčių įtakos sveikatos būklei, pripažinimas

Devintojoje TLK klasifikacijoje padaryta nedaug pakeitimų. Dviguba klasifikacija pasistengta suklasifikuoti ligų klinikinius pasireiškimus ir etiologiją.

Įdiegta 5 skaitmenų kodavimo sistema leido dar tiksliau suklasifikuoti ligas. Devintojoje klasifikacijoje plačiau išdėstomi nepaaiškinami simptomai pagal organų sistemas (rėmens graužimas, pykinimas etc.). Psichiatrinių diagnozių skyriuje atsiranda neurozinių sutrikimų dalis, kurioje klasifikuojami nerimo, panikos sutrikimai, fobijos, somatoforminiai sutrikimai. Šioje klasifikacijoje daugiau dėmesio skirta medicininio gydymo tikslams (Moriyama et al., 2011). Taigi buvo klasifikuojami ne tik etiologiniai veiksniai, bet ir būklės, su kuriomis buvo dirbama. Etiologinis veiksnys buvo laikomas pirminiu, ligų simptomai, kurie buvo koduojami atskiru kodu, naudojami planuojant ir vertinant gydymą. Buvo pradėta histologiškai klasifikuoti auglius. Kadangi stigo standartizuotos tarptautinės medicininės terminologijos psichikos ligų skyriuje, atsirado trumpi psichikos ligų apibėžimai. Devintojoje klasifikacijoje atsiranda V skyrius – veiksniai, turintys įtakos sveikatos būklei ir kontaktui su sveikatos tarnybomis (izoliacijos poreikis; pacientai, kuriems ištiriant nebuvo nustatyta diagnozė; pacientai, kuriems žalingas poveikis sveikatai susijęs su asmenine ar šeimine istorija, etc.). Taip į šią klasifikaciją įtrauktos profilaktinės medicininės procedūros (chirurginės, radiologinės, laboratorinės, kitos). Ši klasifikacija buvo patobulinta stomatologijos, oftalmologijos, ausų-nosies-gerklės ligų srityse. Devintąją klasifikaciją galime vertinti kaip proveržį socialinių veiksnių, darančių įtaką sveikatai, ir bandymo standartizuoti psichiatrinių sutrikimų klasifikaciją srityse.

Dešimtoji tarptautinė ligų klasifikacija – pripažįstama socialinių, ekonominių ir psichosocialinių aplinkybių įtaka sveikatai

Šioje klasifikacijoje pradėtos skirti visos dabar nustatomos diagnozės (Tarptautinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija. Dešimtoji redakcija, 1992). Daugiausia pakeitimų padaryta V (psichikos ir elgesio sutrikimai), XIX (sužalojimai, apsinuodijimai ir tam tikri išorinių poveikių padariniai), XX (sergamumo ir mirtingumo išorinės priežastys) skyriuose. Klasifikacija gerokai detalesnė nei devintoji. Dešimtoji klasifikacija turi kodą kiekvienai diagnozių, sindromų ir simptomų, kurie jai priskiriami, klasei. Ši klasifikacija plačiai naudojama daugelyje valstybių, taip pat ir JAV (Wagner, 2006). TLK kodai diagnostinio specifiškumo prasme varijuoja nuo labai nespecifinių simptomų iki labai tikslų diagnozių. Pavyzdžiui, yra labai specifiniai infekcinių ligų

kodai, apibrėžiantys sukėlėją ir ligos procesą. Tačiau lieka ne tokie tikslūs kodai, naudotini, kai sukėlėjas nežinomas arba nedokumentuotas. Klasifikacijoje išlieka sindromai ir net simptomai. Nors diagnostinis TLK kodų tikslumas paprastai laikui bėgant didėja (Wagner, 2006), vis dėlto tyrėjai pripažįsta, kad diagnostinis tikslumas yra skirtingas ir paprastai tik kiek didesnis už vidutinį (O'Malley, 2005). Taip pat pastebėta, kad du netgi labai gerai apmokyti koduotojai gali priskirti kitą kodą tam pačiam pacientui, sergančiam ta pačia liga (Fisher, 1992; MacIntyre, 1997).

Dešimtojoje klasifikacijoje atskirai išskirtos somatoforminės autonominės disfunkcijos pagal organų sistemas. Pirmą kartą atsirado skyrius „Asmenys, kurių sveikatai kyla grėsmė dėl socialinių, ekonominių ir psichosocialinių aplinkybių“. Jame suklasifikuotos problemos, kylančios sąveikaujant su socialine aplinka (pvz., sunkios darbo sąlygos, grėsmė netekti darbo; problemos dėl kreditorių; mažas raštingumas ir etc.). Kai kurios ligos buvo pervardintos ir pergrupuotos.

Iki 1990 m. Lietuvos gydytojai praktikai apie nerimo sutrikimus beveik nieko nežinojo. Gydytojai psichiatrai nerimą suprasdavo kaip depresijos, šizofrenijos, hipochondrinio-senestopatinio sindromo pradžią. Kiti gydytojai nerimo simptomus priskirdavo somatinėms ligoms (skydliaukei, hipertenzijai, epilepsijai, encefalopatijai) arba sindromams (vegetodistonijai, postcholecistektominiam sindromui). Tačiau nuo 1992 m. situacija ėmė keistis įdiegus naujas mokymosi programas aukštosiose mokyklose (Daubaras, 2004).

Somatoforminių sutrikimų terminas pirmą kartą pradėtas vartoti Amerikos DSV-III (primta 1980-aisiais) psichikos ligų klasifikacijoje. Šiuo terminu apibūdinami sutrikimai, kurių pagrindiniai požymiai yra somatiniai simptomai ir neigiami kūno tyrimų rezultatai, o pacientai atkakliai reikalauja tirti kartotiniai (Bass, 1995). Šių sutrikimų grupė pasirodė devintojoje TLK klasifikacijoje. Tuo siekta atsisakyti neurozių sampratos ir būklės skirstyti į neurozes ir psichozes. DSV-IV (primta 1994 m.) ir dešimtoji TLK klasifikacijos panašios, tačiau somatoforminių sutrikimų samprata jose skiriasi. Pastarojoje somatoforminiai sutrikimai grupuojami kartu su kitais neuroziniais sutrikimais ir stresu, o DSV-IV klasifikacijoje išskirta atskira somatoforminių sutrikimų grupė. Be to, dešimtojoje TLK klasifikacijoje išskirta somatoforminės autonominės disfunkcijos diagnozė, kurios nėra amerikiečių klasifikacijoje. Ir DSV-IV, ir dešimtoji TLK klasifikacijos turi trūkumų, nes sutrikimų klinika aprašyta remiantis stacionaro pacientų tyrimais, o ne PSP pavyzdžiais. Todėl diagnostikos kriterijai

per griežti, daug sutrikimų priskiriama nediferencijuoto somatoforminio sutrikimo kategorijoms. Klaidina ir tai, kad daugelį pacientų vargina kiti psichikos sutrikimai – depresija, panikos sutrikimas, adaptacijos sutrikimas (Daubaras, 2004).

Taigi ligų ir mirčių priežasčių klasifikacijoje matome laipsnišką evoliuciją nuo gana paprastos mirčių priežasčių klasifikacijos į vis labiau tikslią ligų ir mirties priežasčių klasifikaciją, pagrįstą besiplečiančiomis mokslo žiniomis apie etiologinius veiksnius ir ligas nulemiančias priežastis. Negana to, nuo šeštosios TLK klasifikacijos atsiranda psichikos sutrikimai, kurie gali paaiškinti kai kuriuos adaptacijos, socializacijos visuomenėje sutrikimus, o nuo devintosios – somatoforminiai sutrikimai, galintys paaiškinti kai kuriuos kitaip nepaaiškinamus simptomus. Bet visose klasifikacijose lieka konkrečioms ligoms nepriskirtų simptomų, būklių ir tyrimų pakitimų, o nuo pirmosios iki ketvirtosios klasifikacijos mažėjęs jų skaičius drastiškai didėja pradedant šeštąja devintojoje tapdamas atskiru simptomų, požymių ir nenormalių klinikinių ir laboratorinių radinių skyriumi. Greta šios vis labiau detalizuojamos klasifikacijos, nepaisant visų medikų pastangų, lieka ir gausėja ne tokios tikslios „nepatikslintos“ ligos (pvz., nepatikslintas cukrinis diabetas). O nuo dešimosios TLK į klasifikaciją įtraukiamas ir sveikatos būklę veikiančių veiksnų skyrius, atspindintis moderniosios visuomenės evoliuciją medicinoje ir siekiantis susieti individo ligą su socialiniais veiksniais. Nepaaiškinamų diagnozėmis simptomų įvairovė kartais glumina gydytojus ir sukelia nemenkų diagnostinių problemų.

Sunkiai diagnozuojami ir nepaaiškinami negalavimai ligos sampratos evoliucijoje

Visuomenėje vyksta nuolatiniai socioekonominiai pokyčiai, lemiantys visuomenės ir jos požiūrio į daugelį visuomenei svarbių vertybių, tai pat į ligą ir sveikatą, pasikeitimus. Vertybiniai pokyčiai individams kelia naujų problemų ir sukuria naujų poreikių, kuriuos esama sistema ne visuomet pasirengusi patenkinti. Gydytojai nuolat susiduria su pacientais, kurie skundžiasi somatiniais simptomais, tačiau patologija tyrimais nepagrindžiama. Apskaičiuota, kad 60–80 proc. visų žmonių kas savaitę skundžiasi somatiniais simptomais. Šiuos pacientus tirdami gydytojai 20–84 proc. tokių pacientų nenustato organinės patologijos (Cohen, 1979).

Tradicinė medicina teigia, jog diagnoze nepaaiškinamus sutrikimus ir simptomus teisingiau būtų laikyti dar nediagnozuotomis ligomis, kurių diagnostikai atlikti gydytojams pritrūko žinių ir / ar laiko. Gydytojų darbe susiduriama su aibe simptomų ir skundų. Vieni jų laikomi „reikšmingais“, „svarbiais“, kiti ne. Tačiau pacientui net nereikšmingas simptomas gali būti svarbus, bauginantis ir trikdyti jo gyvenimą. O gydytojui iš visos simptomų gausos reikia išsirinkti tuos, kurie padės diagnozuoti ligą. Biomedicinos profesinė užduotis yra suprasti, ar paciento subjektyvūs simptomai gali būti išmatuoti ir organizuoti, apibrėžti medicinos terminais (Barker, 2005). Tačiau medicina ne visada pasirengusi patenkinti tokius pacientų poreikius, nes trūksta diagnostinių kategorijų, o be jų paciento sutrikimas negali būti įvardytas liga. Tai, kad nėra diagnostinės kategorijos, pacientui gali sukelti stresą ir socialinės adaptacijos sutrikimus.

Medicinoje vyksta nuolatiniai pokyčiai, veikiantys ligos ir sveikatos supratimą. Medicina atspindi visuomenės išsivystymo lygį ir lūkesčius, todėl sveikatos samprata tampa socialiai nulemta. Medicina kaip mokslas yra priežastinė, o priežastis ne visada lengva identifikuoti. Tobulėjant visuomenei, atskleidžiami nauji etiologiniai veiksniai, kurie vėliau gali būti priskirti naujų ligų priežastims. Naujos technologijos ir visuomenės pažanga leidžia, be tiesioginių biomedicininų, atskleisti naujus psichologinius, socialinius ir kitus veiksnius, darančius, viena vertus, tiesioginę įtaką pacientų sveikatai ir savijautai, kita vertus, – pacientų supratimui apie sveikatą ir ligą. Be to, sveikatai visada įtaką daro subjektyvus veiksnys, kurio negalima pamatuoti. Kaip tik todėl ima nebeveikti tradicinis biomedicininis požiūris ir iš pagrindų reikia keisti požiūrį į pacientą, jo ligą ir gydymą.

Kai kurie istorikai ir mokslo filosofai nurodo, kad ne visada galima nubrėžti ribą tarp iracionalaus buvimo ir racionalaus mokslo. Veikale „Mokslinės revoliucijos struktūra“ Thomas Kuhnas samprotauja, kad kelias, kuriuo eina mokslas, kartais būna labai nutolęs nuo objektyvių įrodymų mokslo. Kuhnas nurodo, kad dažnai įrodymais nepagrįstos ar nepakankamai pagrįstos mokslinės idėjos organizuojamos į modelius, o tai vėliau pripažįstama „normaliu mokslu“. Teorijos, modeliai leidžia mokslininkams dirbti pagal juos ir pripažįstami kaip visuotinai priimtini mokslinių tyrimų srityje. Teorijos, kurios neprieštarauja sukurtiems modeliams, moksliniuose tyrimuose pripažįstamos turinčiomis prasmę. Nauji radiniai, prieštaraujantys jau sukurtoms teorijoms, gali paskatinti kurti naujas teorijas ir modelius, jei atsiranda esminis poreikis. Teorijos, modeliai pasikeičia, kai

jie nesutampa su egzistuojančia teorija, kuri logiškai nebegali paaiškinti reiškinių (Scambler, 2008).

Keičiantis etiologijos sampratai, kinta ir diagnozės supratimas. Medicinoje, kaip ir visame moksle, viską bandoma priskirti klasėms ir grupėms, taigi mėginama suklasifikuoti ligas ir sutrikimus. Medicina eina etiologinių veiksnių ir diagnozių tikslinimo linkme, nuolat kurdama teorijas, kaip atsiranda mokslo nepaaiškinami skundai ir sutrikimai. Todėl klasifikacijose nuolat daugėja diagnozių ir sutrikimų, o senosios, remiantis naujausiais mokslo laimėjimais, tikslinamos. Tačiau visose ligų klasifikacijos modifikacijose atsispindi nepatikslintos, neišskios, dar nenustatytos ligos, būklės, simptomai, rodydami biomedicininio tikslumo evoliuciją nuo mažiau tikslų prie vis tikslesnų diagnozių (kai kuriems simptomams vėliau bus atrastos etiologinės priežastys, jie galbūt bus pavadinti ligomis), taip pat atspindėdami visuomenės poreikius, lūkesčius, kurie šiuo metu dar negali materializuotis. Todėl tenkindama visuomenės poreikius medicina išplėtė sveikatos sampratą, kad galėtų į ją įtraukti kuo daugiau veiksnių, darančių įtaką sveikatai, o per tuos veiksnius formuoti ligų modelius ir diagnozes, geriau atitinkančias visuomenės poreikius.

Apibendrinimas

Sveikatos priežiūros sistema yra modernios visuomenės dalis, todėl visuomenės pokyčiai lemia sveikatos sistemos pokyčius. Senstant visuomenei keičiasi ligų struktūra. Tampa aktualios ne ūmios infekcinės, o lėtinės ligos, keliančios iššūkį sveikatos apsaugos sistemai ir individo prisitaikymui prie naujų sąlygų. Gerėjant socioekonominėi būklei ir vykstant mokslo pažangai turi keistis medicina ir jos prioritetai. Stresas, besikeičiantys tarpasmeniniai santykiai, individų prioritetai, poreikiai, vertybių skalė visuomenėje lemia požiūrį į ligą ir sveikatą pokyčius. Sveikata tampa kai kuo daugiau nei tik tuo, kad nėra ligos. Diduma pacientų nuolat patiria vienokių ar kitokių simptomų. Vieni jiems neteikia reikšmės, ir šie praeina; kiti suteikia jiems prasmę; dar kiti juos laiko liga. Nuolat esama ir atsiranda naujų skundų, kurių šiuo metu medicinos mokslas negali suklasifikuoti, priskirti konkrečiai kategorijai ar ligai. Tačiau individą simptomas gali bauginti ir sukelti negalią, trikdančią jo socialinę adaptaciją, darbingumą ir kitas gyvenimo sritis. Kadangi medicinos mokslas šiuo metu negali visko paaiškinti, atsiranda visuomenės ir jos narių nepasitenkinimas esama padėtimi, o tai duoda postūmį sampratos apie ligą

ir sveikatą bei medicinos mokslo evoliucijai. Medicina jau nebegali remtis siauru biologinių pakitimų modeliu, kuris buvo populiarus XVII–XVIII a. Šiuolaikinėje medicinoje siekiant paaiškinti daugybinius simptomus ir sutrikimus aktualūs tampa tiesiogiai su sveikata nesusiję veiksniai. Todėl turi keistis ligos ir sveikatos samprata, su ja – ligų klasifikacija, nes mokslas, kurdamas naujas teorijas, viską stengiasi tipologizuoti ir per tipus (klases) suprasti aplinką. Naujausiose ligų klasifikacijose, siekiančiose apimti mediciniškai nepaaiškinamus negalavimus, atsiranda diagnozės, kurios įvardijamos kaip įvairių socialinių sąlygų padariniai.

Galima teigti, kad šiuo metu TLK mėgina sujungti tris ligų ir sveikatos sampratų prieigas: biomedicininę, psichobiosocialinę ir postmodernistinę (archisveikata). Postmodernistinė sveikatos samprata siūlo negalavimo sampratą, susijusią su asmens galimybėmis ir neturinčią aiškos etiologijos. Ryškiausi tokios nesveikatos pavyzdžiai yra MNN.

Dokumentai

Manual of the International List Causes of Death, Based on the second Decennial Revision by the International Comission, Paris, 1909. Washington Government Printing Office.

International List of Causes of Death. 1927. *American Journal of Public Health* XVII (9).

Manual of the International List Causes of Death, Based on the Fourth Decennial Revision by the International Comission Paris, 1929. 1931. United States Government Printing Office, Washington.

International List of Causes of Death, Revision 1 (1900) <http://www.wolfbane.com/icd/icd1h.htm>.

International List of Causes of Death, Revision 2 (1909) <http://www.wolfbane.com/icd/icd2h.htm>.

International List of Causes of Death, Revision 3 (1920) <http://www.wolfbane.com/icd/icd3h.htm>.

International List of Causes of Death, Revision 4 (1929) <http://www.wolfbane.com/icd/icd4h.htm>.

International List of Causes of Death, Revision 5 (1938) <http://www.wolfbane.com/icd/icd5h.htm>.

International Classification of Diseases, Revision 6 (1948) <http://www.wolfbane.com/icd/icd6h.htm>.

International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) <http://www.wolfbane.com/icd/icd7h.htm>.

International Classification of Diseases, Revision 8 (1965) <http://www.wolfbane.com/icd/icd8h.htm>.

International Classification of Diseases, Revision 9 (1975) <http://www.wolfbane.com/icd/icd9h.htm>.

International Classification of Diseases, Revision 10 (1990) <http://www.wolfbane.com/icd/icd10h.htm>.

PSO 1948. Definion of health. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

Literatūra

De Almeida Filho, N. 2001. "For a General Theory of Health: Preliminary Epistemological and Anthropological Notes". *Codernos de Saude Publica* 17(4): 753–770.

WHO. 2001. *The World Health Report: 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.

Armonaitė, R., Baltrėnaitė, A., Barzdžiukas, V., ir kiti. 2003. *Šeimos medicinos pagrindai*. Kaunas: Vitae litera.

Barker, K. K. 2005. *The Fibromyalgia Story*. Philadelphia: Temple University Press.

Bury, M. 1997. *Health and Illness in a Changing Society*, London: Routledge.

Bass, C., Murphy M. 1995. "Somatisation, Somatoform Disorders and Factitious Illness". In *Seminars in Liaison Psychiatry*, eds. E. Guthrie, F. Creed, 103–156. London: Royal College of Psychiatrists.

Basu, D. 2004. "Quality-of-Life Issues in Mental Health Care: Past, Present, and Future". *German Journal of Psychiatry* 7 (3): 35–43.

Calnan, M. 1987. *Health and Illness: the Lay Perspective*. Bristol: J. W. Arrowsmith Ltd.

Cockerham, W. C. 2001. *Medical Sociology*. London: Routledge.

Cohen, S. I. 1979. "Updating the Model for Psychotherapy of Psychiatric Problems". *Psychotherapy and Psychodynamics* 32 (1): 72–92.

Daubaras, G. 2004. *Psichiatrija somatinėse gydymo įstaigose*. Vilnius: Charibdė.

O'Donnel, M. P. 2002. *Health Promotion in the Workplace*. Toronto: Thomson Learning.

Fisher, C.R. 1992. "Hospital and Medicare Financial Performance under PPS 1985-90". *Health Care Financial Review* 14(1): 171–83.

Foucault, M. 1973. *The Birth of Clinic*. London: Tavistock.

Fox, N. 1998. "The Promise of Postmodernism for Sociology of Health and Medicine". In *Modernity, Medicine and Health: Medical Sociology Towards 2000*, eds. G. Scambler, P. Higgs, 29–45. London: Routledge.

Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., Crits-Christoph, P. 1999. "Quality of Life Expanding the Scope of Clinical Significance". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (3): 320–331.

- Inglehart, R., Welzel, Ch. 2005. *Modernization, Cultural Change and Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Inglehart, R. 1997. *Modernization and Post-Modernization. Cultural Economic and Political Change in 43 Societies*. Princeton: Princeton University Press.
- Inglehart, R., Norris, P. 2003. *Rising Tide Gender Equality and Cultural Change Around the World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Javtokas, Z. 2009. *Sveikatos stiprinimo konspektas*. Elektroninis leidinys. Interneto prieiga: http://smplc.lt/media/file/Skyriu_info/Kvalifikacijos_tobulinimas/Lektura/Sveikatos_stiprinimas-Konspektas2.pdf.
- Jurgelėnas, A., Mačiūnas, E., Juozulynas, A. ir kt. 2007. *Sveikatos socialinė plėtra*. Vilnius: Valstybinis aplinkos sveikatos centras.
- Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelė, A. 1999. *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa.
- Larsen, P. D., Lubkin, I. 2009. *Chronic Illness: Impact and Intervention*, 7th ed. Sudbury, USA: Jones and Bartlett Publishers, LLC.
- Lehtinen, V., Sohlman, B., Kovess-Masfety, V. 2005. "Level of Positive Mental Health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 Survey". *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1 (9). Interneto prieiga: <http://www.cpementalhealth.com/content/1/1/9>.
- Leonavičius, V., Baltrušaitytė, G., Naujokaitė, I. 2007. *Sociologija ir sveikatos priežiūros sistemos paslaugų vartotojas*. Kaunas: VDU leidykla.
- MacIntyre, C.R., Ackland, M. J., Chandraraj, E. J. 1997. "Accuracy of Injury Coding in Victorian Hospital Morbidity Data". *The Australian and New Zealand Journal of Public Health* 21 (7): 779–783.
- O'Malley, K. J., Cook, K. F., Price, M. D., et al. 2005. "Measuring Diagnoses: ICD Code Accuracy". *Health Services Research* 40 (5/2): 1620–1639.
- McKeown, T. 1979. *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*. Oxford: Blackwell.
- McWhinney, I. R. 1994. *A Textbook of Family Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Moriyama, I., Loy, R. M., Robb-Smith, A. H. T. 2011. *History of the Statistical Classification of Diseases and Causes of Death*. National Center for Health Statistics.
- Perrez, M., Baumann, U. 2008. *Kliniškąja psichologija*. Sankt-Peterburg: Piter.
- Pranckevičienė, A. 2009. *Depresija sergančių asmenų savijauta ir subjektyvus gyvenimo vertinimas stacionarinio gydymo laikotarpiu*. Daktaro disertacija. VDU Socialinių mokslų fakultetas, bendrosios psichologijos katedra.
- Scambler G. 2008. *Sociology as Applied to Medicine*, 6th Edition. USA: Elsevier Health Sciences.
- Spector, R. E. 2000. *Cultural Diversity in Health and Illness*, 5th edition. 14 (1): 171–83.

- Secker, J. 1998. "Current Conceptualization of Mental Health and Mental Health Promotion". *Health education: Theory & Practice* 13(1): 57–66.
- Manber, R., Chambers, A. S., Hitt, S. K., McGahuey, C., Delgado, P., Allen, J. J. B. 2003. "Patients Perception of their Depressive Illness". *Journal of Psychiatric Research*, Volume 37, Issue 4, p. 335–343.
- Šulte, D. 2002. „Psichičeskoje zdrowije, psichičeskije bolezni, psichičeskoje rastroistvo”. Sankt-Peterburgas: Sankt – Peterburgo valstybinio universiteto leidykla.
- Tarptautinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija*. Dešimtoji redakcija, p. 362–378. Ženeva: PSAO.
- Wagner, M. M., Hogan, W. R., Chapman, W. W., Gesteland, P. H. 2006. *Handbook of Biosurveillance*. USA: Elsevier Academic press.

International Classification of Diseases and Medically Unexplained Disorders

Summary

This article focuses on the evolution of perception and definition of health and illness and concurrent substantial changes in the medical classifications of diseases and medicine itself. The article starts with discussion of the socio-economic developments in modern and late modern / postmodern societies that have generated substantial changes in the medical conception of health and illness. It turns then to the analysis of developments in the International Classification of Diseases. The article demonstrates how this Classification progressively moves from a relatively simple grouping of causes of death to an increasingly complex classification of diseases and causes of death, based on expanding scientific knowledge about the disease etiology. The place of medically unclear, unexplained symptoms and syndromes in various versions of the Classification is described. In the early versions of the International Classification of Diseases these symptoms were attributed to concrete disease categories, however, with the 6th version and with increasing recognition that medical science cannot assign all known symptoms to separate disease categories, a separate classification of these symptoms occurs. Starting with the 9th version of the International Classification of Diseases the social factors affecting health are increasingly being recognized. Finally, advances in medical science and the changing conception of health and illness lead to a separate section on social factors affecting health in the 10th version of International Classification of Diseases. It is concluded that contemporary Classification attempts to combine three conceptions of health and illness: the biomedical, the biopsychosocial and the postmodern (arche-health) which best suit to explain the medically unexplained disorders.