

Sveikatos modelio ir sveikatos nelygybės santykis visuomenės vertybių kaitos požiūriu

VYLIUS LEONAVIČIUS

Vytauto Didžiojo universitetas

EGLĖ VEČORSKYTĖ

Vytauto Didžiojo universitetas

Santrauka. Straipsnyje siekiama atskleisti, kaip, taikant žmogaus plėtros (Ronaldas Inglehartas) ir vartotojiškos visuomenės (Zygmuntas Baumanas) teorijas, galima analizuoti sveikatos priežiūros sistemoje ir visuomenėje dominuojančio sveikatos modelio poveikį individų sveikai elgsenai, kuri savo ruožtu gali paveikti sveikatos nelygybę. Moderniosios visuomenės raidos metu jau buvo identifikuoti trys sveikatos modeliai: biomedicininis, biopsichosocialinis ir postmodernusis (archisveikata). Kiekvienas modelis susijęs ne tik atitinkamomis sveikatos priežiūros sistemos paslaugomis, bet ir tampa dominuojančiu vieno ar kito moderniosios visuomenės vystymosi laikotarpio sveikatos modeliu. Inglehartas moderniąsias visuomenės tipologizuoja pagal dominuojančias materialistines ir postmaterialistines vertybes, kurios grindžia individų elgesio pirmenybes, tarp kurių gali būti ir sveikata. Baumano svarstymai apie vartotojišką visuomenę leidžia paaiškinti, kaip sveika elgsena įtraukiama į verslą ir suskaido visuomenę pagal skirtingą sveiką vartojimą.

Reikšminiai žodžiai: visuomenės sveikatos modeliai, žmogaus plėtros teorija, vartotojiška visuomenė, materialistinės ir postmaterialistinės vertybės, sveikatos vartotojas, sveikatos nelygybė.

Įvadas

Sveikatos nelygybės problema tiek sociologijoje, tiek kituose moksluose nagrinėjama plačiai ir įvairiais aspektais (Arcaya et al. 2015; Kawachi, Subramanian 2002; Braveman et al. 2000; Wilkinson, Marmot 1998; Townsend, Davidson 1982). Santykis tarp sveikatos nelygybės ir sveikatos priežiūros sistemoje dominuojančio sveikatos modelio arba visuomenėje dominuojančios sveikatos sampratos¹ bei šių modelių ir sampratų kaitos ir santykio su

1 Reikėtų skirti modernių visuomenių *sveikatos modelį*, kuriuo grindžiama visuomenės sveikatos politika, ir visuomenėje funkcionuojančią ar dominuojančią *sveikatos sampratą*.

sveikatos nelygybe yra analizuojamas rečiau. Tačiau toks ryšys tarp visuomenėje dominuojančios sveikatos sampratos ar sveikatos modelio sveikatos priežiūros sistemoje ir individų bei socialinių grupių sveikatos nelygybės egzistuoja (Fox 1998). Dalykas tas, kad sveikatos politika ir tikslinių grupių sveikatinanti elgsena tiesiogiai priklauso būtent nuo to, koku sveikatos modeliu individai vadovaujasi, kitaip tariant, ką jiems reiškia sveikata. Sveika individų elgsena ypač priklauso nuo vertybių pirmenybių, nes jos grindžia individų pasirinkimo motyvus sveikai ar nesveikai elgtis. Savo ruožtu individų vertybės priklauso nuo socialinės aplinkos, kurioje jie yra socializuojami.

Straipsnyje, remdamiesi Nicko Foxo, Ronaldo Ingleharto, Zygmunto Baumano teorinėmis perspektyvomis, sukonstruosime teorinį modelį, kurį ateityje taikysime visuomenėje dominuojančio sveikatos modelio santykiui su individų vertybėmis analizuoti ir jų priklausomybei nuo socialinio konteksto nagrinėti. Integruotas kelių sociologijos teorijų perspektyvų požiūris leistų atskleisti išsamesnį sveikatos nelygybės priklausomybės nuo visuomenėje paplitusio sveikatos modelio paveikslą. Straipsnyje pirmiausia apžvelgsime sveikatos / ligos modelius, paskui moderniosios visuomenės vertybių tipų kaitą ir jų santykį su sveikatos nelygybe.

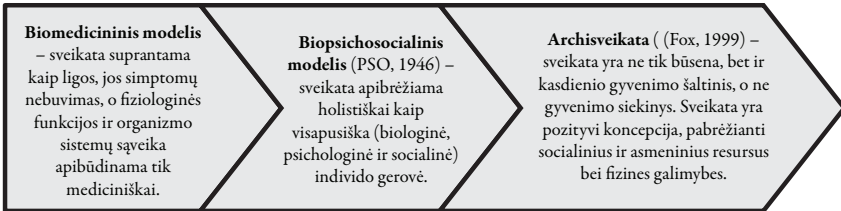
1. Sveikatos modelio kaita: nuo biomedicininės prie archisveikatos sampratos

Visuomenės ir socialinių institucijų sveikatos / ligos² modelių ir jų kaitos analizė sveikatos sociologų tyrimuose užima išskirtinę vietą. Galima teigti,

Sveikatos politikoje diegiamas sveikatos modelis dažniausiai yra aiškiai artikuliuotas ir mokslinių tyrimų duomenimis pagrįstas visuomenės ir individų sveikatos aiškinimas. Sveikatos politikai siekia, kad diegiamas sveikatos modelis būtų grindžiamas medicinos mokslų pasiekimais ir moderniosios visuomenės socialiniu išsivystymu ir būtų suprantamas bei priimtinas sveikatos politikos tikslinėms grupėms. Sveikatos priežiūros sistemoje dominuojanti sveikatos modelio atitiktis visuomenės išsivystymui yra ypač svarbi, nes nuo tokios atitikties (sveikatos modelio supratimo ir sveikatinimo elgesio požiūriu) priklauso sveikatos politikos sėkmė. Visuomenės turimas sveikatos supratimas yra labai įvairus ir susijęs su skirtingų socialinių grupių socioekonominė būkle visuomenėje. Šis supratimas nėra aiškiai artikuliuotas ir gana difuziškas. Šiame straipsnyje kalbėsime apie moderniosios visuomenės sveikatos politikoje diegiamus sveikatos modelius, nes kiekvienos sveikatos politikos tikslas – gera visuomenės ir visų jos grupių sveikata, grindžiama dominuojančiu sveikatos modeliu.

- 2 Atkreiptinas dėmesys, kad mokslinėje literatūroje tiek *sveikatos modelio*, tiek *ligos modelio* sąvokos dažnai pateikiamos greta, nes yra konceptualiai artimos. Abi sąvokos apibūdina individo organizmo būklę su priešingu ženklu. *Sveikatos modelio* požiūriu, tam tikri veiksniai stiprina sveikatą, o jų „trūkumas“ gali būti ligos priežastimi. Pvz., dietologų nustatyta, kad sveika mityba stiprina sveikatą, o nesveika sukelia ligas. Arba atvirkščiai, tam tikri veiksniai sukelia ligas, o jų nebuvimas palaiko sveikatą. Pvz., žalingi įpročiai padidina riziką susirgti,

kad sveikatos / ligos modeliai atspindi pačias visuomenes, dominuojančią individų sveiką elgseną ir įgyvendinamas sveikatos politikas, jų sėkmes ir nesėkmes (Nettleton 2006; Armstrong 2014; Leonavičius ir kt. 2007 ir kt.). Sveikatos sociologijoje yra skiriama trijų sveikatos / ligos modelių chronologinė seka³. Moderniosios visuomenės sveikatos modelis kito nuo biomedicininio modelio, pabrėžiančio biologines ir aiškiai nustatomas susirgimų priežastis (bakterijos, virusai) iki biopsichosocialinio sveikatos modelio, akcentuojančio daugialypius ir tarpusavyje susipynusius psichologinius, biologinius ir socialinius veiksnius. Galiausiai XX a. pabaigoje apie sveikatą imta kalbėti ne kaip apie duotus asmens resursus, o kaip apie kasdienės veiklos metu kuriamą produktą (Fox 1998) (1 pav.).



I PAV. SVEIKATOS SAMPRATŲ KAITA
(SUDARYTA PAGAL PSO 1946, FOX 1999)

Biomedicininė prieiga tiek ankstyvosios modernybės, tiek vėlyvosios modernybės laikotarpiu⁴ **rėmėsi ir remiasi gamtamokslinio pažinimo paradigma**, todėl besiformuojančiam ankstyvosios modernybės sveikatos / ligų modeliui buvo būdingas objektyvistinis, medicinos mokslų empiriniais duomenimis grįstų ligų priežasčių ieškojimo, jų klasifikavimo ir sutrikusių organizmo būsenų eliminavimo požiūris. Biomedicininis modelis koncentruojasi į ligą, todėl sveikata neretai apibūdinama negatyviu būdu – patologiškos būklės nebuvimu (Annandale 1998; Sargautytė 2002) arba kaip „natūrali“ biologinė asmens būklė. Tokiu atveju pagrindinė efektyvios sveikatos priežiūros funkcija – tikslus ir objektyvus ligos diagnozavimas (Bury 1997). Kadangi iki XX a. pradžioje visuomenės ligų struktūroje vyravo ūmios ir

o jų vengimas mažina sveikatos rizikas. Todėl vienuose tekstuose, kai analizuojami sveikatą stiprinantys veiksniai, kalbama apie sveikatos modelį, kituose (dažniausiai medicinos, epidemiologijos), kai kalbama apie ligas sukeliančius veiksnius, apie ligos modelį.

- 3 Nors sveikatos modeliai rutuliojasi ir tampa dominuojančiais chronologiškai, bet šandien sveikatos priežiūros sistemoje jie funkcionuoja greta ir papildo vienas kitą. Tiesa, postmodernus sveikatos modelis dar tik formuojasi ir nėra visuotinai identifikuojamas bei pripažįstamas.
- 4 Skirtingų modernizacijos teorijų atstovai vartoja skirtingas sąvokas tiems patiems moderniosios visuomenės raidos laikotarpiams apibūdinti, nes pasirenka analizuoti skirtingus aspektus, todėl *vėlyvosios modernybės* ir *postmodernybės* sąvokos šiame tekste vartojamos sinonimiškai.

infekcinės ligos, joms gydyti buvo taikomos funkcionalios biomedicininio sveikatos / ligos modelio praktikos ir tiesioginė medikų intervencija. Kitais žodžiais tariant, biomedicininis modelis buvo pritaikytas prie aplinkos imperatyvų ir visuomenės sergamumo konteksto (Leonavičius ir kt. 2007). Biomedicininė sveikatos / ligos paradigma yra svarbi ankstyvosios modernybės sveikatos politikoje, nes tuo metu ne tik dominavo infekcinės ligos, bet ir sveikatos politikos objektas – gyventojų / pacientų sveikata – tiesiogiai priklausė nuo valstybės aktyviai plėtojamos sveikatos priežiūros sistemos ir įvairių politinės sistemos intervencijų (higienos diegimas visuose institucijose, higieną užtikrinančios infrastruktūros diegimas, ligonių izoliacija ir sveikatos priežiūros sistemos institucializacija bei jos stiprinimas). Nors šiandien biomedicininis sveikatos modelis yra grindžiama tolesnė sveikatos priežiūros sistemos paslaugų plėtra, užimanti reikšmingą vietą valstybės sveikatos politikoje, bet biomedicininis modelis yra nepakankamas adekvačiai suprasti visuomenės sveikatos pokyčius ir mažinti visuomenės sergamumą bei mirtingumą.

Modernėjant visuomenei vyksta sergamumo transformacija: infekcines ligas keičia lėtinės, o sveikata ima priklausyti ne tik nuo genetinio fondo ir užkrečiamųjų ligų, bet vis labiau nuo gyvensenos ypatumų. Infekcinės ligos, dominavusios XIX amžiuje, buvo sukeltos įvairių virusų ir bakterijų, o XX a. širdies, kraujagyslių ligos, onkologiniai susirgimai tiesiogiai siejami su sveika gyvensena, sveikatai žalinga elgsena (Leonavičius ir kt. 2007; Armstrong 2014). XX a. degeneracinių ligų⁵ išsivystymo priežastys siejasi su išoriniais ir daugialypiais aplinkos veiksniais (individo gyvensena, socialiniai veiksniai ir t. t.), demografiniais visuomenės pokyčiais (senėjančia visuomene ir t. t.), o ne tik su fizinio kūno patologijomis ar genetiniais organizmo nukrypimais. Įsitvirtinant degeneracinių ligų erai, imamas kvestionuoti biomedicininio modelio taikymo ir šiuo modeliu grindžiamų gydymo praktikų metodų efektyvumas bei visuotinumai, o tai savo ruožtu skatino ieškoti naujesnių sveikatos / ligos modelių. Remiantis nauju biopsichosocialiniu sveikatos modeliu dėmesys nukreipiamas į visuminį socialinį kontekstą ir jo lemiamus individualaus žmogaus ir visuomenės sveikatos pokyčius (Leonavičius ir kt. 2007). Pagal biopsichosocialinio sveikatos modelio tradiciją visuomenės sveikatą reikia aiškinti kaip priklausomą nuo tam tikrų veiksmų sintezės, kurioje konsoliduojasi psichosocialiniai veiksniai, pavienis žmogus ir bendruomenė bei socioekonominės visuomenės sąlygos (Leonavičiaus 2007, 59). Lėtinių ligų intensyvėjimo laikotarpiu kartu suformuluotas PSO sveikatos apibrėžimas: „Sveikata – tai visiškos fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien ligos ir negalios

5 Degeneracinės ligos – stuburo, sąnarių, nervų sistemos, galvos smegenų negalavimai, atsirandantys dėl senatvės ir gyvenimo būdo.

nebuvimas“⁶ (WHO 1946). Holistinis sveikatos traktavimas leido moderniosios medicinos ekspertams integruoti socialinių veiksnių sąveikos analizę į sveikatos modelį.

Sveikatos politika ir jos pasekmės priklauso ne tik nuo instituciškai plėtojamos atitinkamos sveikatos priežiūros sistemos struktūros, bet ir nuo visų sveikatos politikoje dalyvaujančių pačių socialinių veikėjų – esamų ir potencialių pacientų. Štai todėl svarbu, kad visi sveikatinimo proceso veikėjai suprastų, kokių sveikatos modelių grindžiama sveikatos politika. Svarbu pažymėti, kad ankstyvosios modernybės visuomenės tipologiškai dar nėra materialiai klestinčios visuomenės, jos dar tik kuria gerovės valstybes, o biopsichosocialinis sveikatos ligos modelis tampa aktualus ir taikomas jau pasiturinčiose vėlyvosios modernybės gerovės valstybėse. Kaip pamatysime vėliau, visuomenės vertybių transformacija, kuri tiesiogiai susijusi su sveika elgsena, priklauso būtent nuo materialinio ir fizinio saugumo stiprinimo visuomenėje. Nepasiturinčios arba trūkumo moderniosios visuomenės sveikatos politikoje taikyti biopsichosocialinę sveikatos sampratą yra problemiška, nes tokia politika peržengia sveikatos priežiūros sistemos institucines ribas ir apima kasdienę individų veiklą. Vėlyvosios modernybės sveikatos politika diegiama pasiturinčiose visuomenėse, kuriose keičiasi ne tik sveikatos vertybės, bet individai turi pakankamai resursų rinktis sveiką gyvenimą (sporto klubus, sveiką mitybą, kokybišką rekreaciją ir t. t.). Galima teigti, kad 1990 m. skelbiant Lietuvos nepriklausomybę, vėlyvojo sovietmečio⁷ visuomenė pagal sergamumo ir mirtingumo statistinius duomenis⁸ tipologiškai turėtų būti apibūdinta kaip ankstyvosios modernybės trūkumo visuomenė.

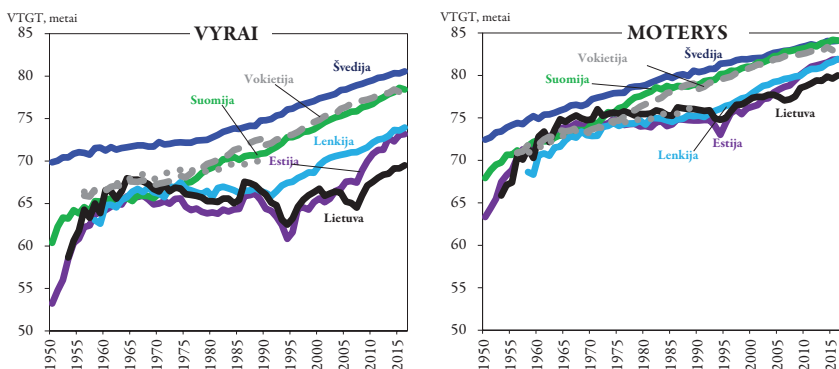
Moderniosios visuomenės sveikatos modelio kaitą geriausiai iliustruoja vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VTGT), nes ji priklauso nuo apibendrinto visuomenės mirtingumo, kurį lemia visas tos visuomenės socialinių veiksnių kompleksas. Galima teigti, kad VTGT yra kompleksinis

6 Apibrėžimas anglų kalba – *Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*. Pasaulio sveikatos organizacijos konstitucijos preambulė, 1946.

7 *Vėlyvasis sovietmetis*, arba vėlyvasis socializmas, datuojamas įvairiai. Aleksėjus Yurchakas vėlyvuju sovietmečiu laiko laikotarpį nuo XX a. 6-ojo dešimtmečio vidurio iki 9-ojo dešimtmečio vidurio. Kiti autoriai vėlyvojo sovietmečio pradžią sieja su 1964 m., kai Leonidas Brežnevas tapo generaliniu Sovietų Sąjungos komunistų partijos sekretoriumi (Ivanauskas 2012; Ramonaitė 2015; Vaiseta 2014). Pačios sovietinės politikos ir ideologijos formuotojai skyrė trinarę sovietinės visuomenės pokarinės raidos schemą: 1) 1944 m. – 1951–1952 m. – padėti socializmo pagrindai; 2) 1951–1952 m. – 1958–1960 m. – užbaigtas socializmo kūrimas; 3) po 1960 m. brandžioje socializmo visuomenėje sprendžiami komunizmo statybos uždaviniai (Raškauskas 2008). Taigi vėlyvasis sovietmetis beveik sutampa su „brandaus socializmo“ laikotarpiu.

8 Visuomenės sergamumo ir mirtingumo rodikliai tiesiogiai lemia vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę, kuria remiantis ir galima tipologiškai apibūdinti moderniosios visuomenės raidos pakopą (Leonavičius et al. 2007; žr. 2 pav.).

visuomenės išsivystymo rodiklis. Lyginant XX a. antros pusės ir XXI a. pradžios Lietuvos vyrų ir moterų VTGT kaitą bei gretinant ją su vakariečiųjų visuomenių VTGT kaita, galima kelti hipotezę, kad Lietuvos sveikatos politikoje apie XX a. 7–8 dešimtmetį nebuvo persiorientuota į sveikatos biopsichosocialinį modelį. Keičiantis visuomenės ligų struktūrai, skirtingai nei Vakarų Europoje, Lietuvoje kaip ir kitose sovietinio lagerio visuomenėse XX a. paskutiniame ketvirtyje stabilizavosi VTGT augimas, o vyrų net ėmė trumpėti (2 pav.). Išsivysčiusiose gerovės valstybėse VTGT nuosekliai be jokių kritimų ilgėjo.



2 PAV. VIDUTINĖS TIKĖTINOS GYVENIMO TRUKMĖS DINAMIKA 1950–2015 M.⁹

Tiek biomedicinei, tiek biopsichosocialinei prieigai būdingas aiškus normatyviškumas. Persiritant XX a., į XXI a. greta objektyvistinio, racionalistinio ir subjektyvistinio požiūrio, kuriuo remiasi tiek biomedicininis, tiek biopsichosocialinis sveikatos modelis, išryškėja vėlyvosios modernybės, arba postmodernybės, sveikatos samprata. Trečia sveikatos modelio kaitos pakopa apibūdinama *postmodernistiniu sveikatos modeliu*. Postmodernistinio sveikatos modelio iškilimas susijęs su ekonominiais, socialiniais ir kultūriniais vėlyvosios modernybės visuomenės pokyčiais. Nors postmodernistinė sveikatos sociologijos perspektyva yra gana neapibrėžta ir kritikuojama

9 Grafiką sudarė Domantas Jasilionis. Remiamasi duomenimis iš Stankūnienė, V. 1995. *Demografinių procesų valdymas. Teorija ir patyrimas*. Vilnius: Technika; Centralinis statistikos biuras. *Lietuvos statistikos metraščiai (1927–1940)*. Kaunas–Vilnius; Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės. 1992. *Lietuvos gyventojai 1991*. Vilnius; Естественное и механическое движение населения Литовской ССР. 1966. Вильнюс; Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės. 2001. *Demografijos metraštis*. Vilnius. (žr. Lietuvos gyventojų politikos strategijos metmenys (ats. red. Stankūnienė). 2004. Vilnius. 4.3. Priedas).

(Pollock 1995)¹⁰, tai netrukdo svarstyti postmodernistinės sveikatos sociologijos sampratos galimybės (Fox 1998; Bury 1998). Teigiama, kad „objektyvistinis“ „racionalistinis“ ir net subjektyvistinis požiūris į sveikatą kaip „ligos nebuvimą“ arba kaip „visapusiška fizinė ir psichinė gerovė“ (PSO 1948) vis labiau nustumiama į šoną laikantis postmodernaus požiūrio, kuris sveikatą mato tik kaip galimybę, esančią poreikių ir įvairių troškimų sraute¹¹, taip pat ir kaip „grynų skirtumų, formuojamų įvairių diskursų, žaismą“ (Fox 1998). Postmodernistinė sveikatos samprata, kurią Foxas vadina *archisveikata* (*arche-health*), nepateikia jokių esencialistinių sveikatos apibūdinimų, o tik, dekonstruodama modernistinius sveikatos / ligos diskursus, siūlo *archisveikatos* politikos galimybių perspektyvą. Jeigu sveikata konstruojama, ji gali įgyti įvairius pavidalus, priklausomus nuo pačios visuomenės būklės ir jos raidos. Anot Foxo (1998), *archisveikatos* samprata formuojasi kaip esamiems diskursams besipriešinti ir atvira įvairovei, kaip nomadinis subjektyvumas ir išvietinanti (*de-territorializing*) *kūną be organizmo* (KbO)¹². Gilles Deleuze ir Felix Guattari, kaip ir Foxui, sąvoka „kūnas be organų“ reiškia faktą, kad kūnas yra tarsi paviršius. Kūno, sveikatos ar negalavimo ideologijos konstruoja, o įvairios praktikos tarsi įrašo kūną. Tai ne natūralių, esencialistinių ar kokių nors kitokių buvusių ankstesnių sveikatos supratimų pasiūlymas. *Archisveikata*:

- yra organizmo, kuris sudaro galimybę pradėti kalbėti apie sveikatą ir negalavimą, *tapimas*;
- egzistuoja visuose kasdieniuose sveikatos diskursuose;
- niekadoms negali tapti mokslinio tyrimo objektu nepakliūdama į vienokį ar kitokį sveikatos / negalavimo diskursą. Tai nėra šių diskursų dekonstrukcijos pasekmė, tai yra pati dekonstrukcija, tai skirtumai ir tapimas;
- apima daugialypes sveikatos ir ligos sampratas, todėl, esant įvairovei, beprasmiška kalbėti apie jų vienybę ar nevieningumą.

Kiekvienas KbO turi savo *archisveikatą*, kuri yra *tampanti kitu* (Fox) kūnu. Kadangi sveikata ir liga savo diskursais įvietina (angl. *territorialize*) KbO, tai *archisveikata* yra tokio diskurso atmetimas ir pasipriešinimas.

10 Postmodernistinė sveikatos samprata kritikuojama už tai, kad, dekonstruodama ankstesnes sveikatos sampratas, suabsoliutina sveikatos sampratos santykinumą. Įvairios sveikatos sampratos, nors ir labai svarbios, yra tik vienas iš daugelio visuomenės sveikatinimo veiksnių. Pvz., nors ir besikeičiančiomis funkcijomis, sveikatos priežiūros sistema išlieka svarbiu visuomenės sveikatos veiksniu.

11 „Žmonių diskursai atspindi jų norus, kad kiti būtų tokie pat kaip jie, kad pasirinktų tą pačią tapatybę, kuri paremia jų pačių savęs suvokimo prasmę. Tokios kalbos įvietina (angl. *territorializes*) kūną be organizmo, pasitelkdamas modeliuojamą subjektyvumą, kuris kūną kuria, remdamasis trūkumo arba norų vaizdiniais“ (Fox 1998, 36).

12 Platesnius komentarus apie *archisveikatą, kūną be organizmo, nomadinį subjektyvumą, išvietinimą* žr. Leonavičius et al. 2013.

Asmens *archisveikata* gali būti daugiau ar mažiau plėtojama priklausomai nuo to, kaip asmenų subjektyvumas įvietinamas medicinos ir socialinių mokslų diskursų. *Archisveikatos* etika ir politika yra dekonstruojančios. Jos nuolat primena, kad modernistinėms disciplinoms reikia užduoti sunkų klausimą apie tai, kad jos į žmonių subjektyvumą įsiterpia savo sveikatos / ligos koncepcijomis ir praktikomis (Fox 1998, 36).

Visa tai, kas išdėstyta apie sveikatos / ligos modelių raidos perspektyvas ir ideologinius perėjimus nuo ankstyvosios iki vėlyvosios modernybės ar postmodernybės, leidžia daryti prielaidą, kad sveikatos modeliai nėra nekintantys veiksniai, fiksuoti laike ir erdvėje, o dinamiškai reaguoja į sociokultūrinės, politinės ar ekonominės raidos sąlygas. Biomedicininė prieiga yra griežtai orientuota į žmogaus kūno biologinį, biopsichosocialinę – į tam tikrą psichologinį, biologinį ir socialinį standartą, nuo kurio priklauso sveikata, o archisveikata orientuojasi į tam tikrą asmens sveikatos galimybę. Tokia sveikata neturi aiškaus standarto, ji priklauso nuo nuolatinės sąveikos su socialine aplinka, leidžia kalbėti apie nuolatinę kaitą ir esamus skirtumus tarp pavienių individų ir įvairių socialinių grupių konkrečiu istoriniu periodu. Kiekviena socialinė grupė vėlyvosios modernybės sveikatos sampratos požiūriu yra pajėgi sukaupti sveikatą, tačiau ši procesą neretai lemia nelygios socioekonominės sąlygos.

Atrodo, aišku, jog vėlesniais XX a. laikotarpiais yra reikalaujama, kad medicinos praktikai atsižvelgtų ir būtų jautresni pacientų požiūriui ir jų turimoms žinioms apie negalavimą (angl. *illness*) (Leonavičius et al. 2013). Pacientas nebėra matomas kaip pasyvus savo sveikatos ligos ir jos eigos bei gydymo suvokimo dalyvis. Pastebima, kad kiekvienas individas įsitraukia į savo sveikatos būsenos suvokimą ir ligos identifikavimo procesus. Ilgą laiką sociologai nagrinėjo ligos ir blogos savijautos aspektus ir tik visai neseniai savo dėmesį ėmė skirti sveikatos studijoms, nes sveikata išskilo kaip daug mįslingesnis nei liga reiškiny, ir jos analizei turi būti skiriama daugiau dėmesio (Nettleton 2006, 33).

2. Vertybiniai pokyčiai šiuolaikinėje visuomenėje: nuo materialistinių prie postmaterialistinių vertybių

Veikiausiai galima teigti, kad sveikatos kūrimas ir ligų išvengimas yra vienas iš svarbiausių visų laikų žmogaus gyvenimo prioritetų, todėl sveikata ir visuomenė – glaudžiai koreliuojančios sąvokos. Tiek sveikatos samprata, tiek sveika elgsena priklauso nuo visuomenės kaitos ir vienoje ar kitoje visuomenės raidos pakopoje vyraujančių vertybių. Vertybės yra tos svarbiausios prielaidos, kurios nulemia asmens požiūrį į savo kūną, sveikatą, ligas ir elgseną. Todėl tikslinga į

sveikatos ir vertybių sąveiką pažvelgti pasitelkus Ingleharto ir jo kolegų plėtojamą žmogaus vystymosi (angl. *human development*) teoriją (Inglehart 1997; Inglehart 1995; Inglehart 2000; Inglehart 2008). Inglehartas atlieka tarpvalstybines vertybių palyginimo studijas, kurios sveikatos nelygybes ir sveiką elgseną leidžia analizuoti iš vidinės veikėjų pozicijos. Kitaip tariant, pasitelkiant šią priemonę, įvairių socialinių parametrų grupių sveikatos nelygybę galima žvelgti ne tik per dominuojančių vertybių prizmę, bet ir susieti šias vertybes su visuomenės raidos makrosocialiniais parametrais.

Ingleharto ir jo kolegų pasiūlyta modernizacijos teorija remiasi dviem pagrindinėmis teorijomis – Abrahamo Maslow poreikių hierarchija ir Karlo Manheimo socializacijos teorijos imperatyvais (Inglehart 1995; Inglehart 2000; Inglehart 2008). Pvz., teigiama, kad išsivysčiusiose demokratinėse moderniose visuomenėse skirtingos amžiaus kartos deklaruoja specifiskai skirtingas vertybes. Vertybių kaita aiškinama nepritekliaus ir socializacijos hipotezių sinteze (Inglehart 1990):

- Nepritekliaus hipoteze teigiama, kad žmonių vertybės atspindi socialinę-ekonominę aplinką. Trumpai tariant, individų subjektyvūs pasirinkimai grindžiami pirminių saugumo poreikių patenkinimu. Visų pirma tenkinami pagrindiniai ekonominiai ir fiziniai saugumo poreikiai, o vertybės, atspindinčios aukštesnius poreikius, tampa antraeilėmis, palyginti su kitomis.
- Socializacijos hipotezė remiasi idėja, kad pagrindiniai žmogaus prioritetai atspindi socialines-ekonominės sąlygas, kurios formuojasi iki žmogui suaugant. Dar daugiau, ši prielaida tvirtina, kad asmens vertybių pokyčiai nėra staigūs, asmens vertybės yra santykinai pastovios arba inertiškos, o kinta tik palaipsniui. Trumpai tariant, individualios ir visuomeninės vertybės nepasikeičia per vieną naktį, bet modifikuojasi palaipsniui, per kartų kaitą. Šiame procese ypatinga vieta teikiama ankstyvajai socializacijai, kuri santykinai lemia suaugusio žmogaus vertybes.

Remiantis pirmąja hipoteze galima teigti, kad asmenys vertina tuos dalykus, kuriems jaučiama santykinė stoka. Todėl tam tikras ekonominis visuomenės, o kartu ir asmens nepriteklis formuos materialiai gero gyvenimo vertybinius prioritetus. Ir atvirkščiai, materialiai pasiturinti ir fiziškai saugi aplinka formuos ne materialių vertybių prioritetus. Taigi asmeninių vertinimų visuma yra visuomenėje nusistovėjusių vertybių sistema tam tikru istoriniu periodu.

Socializacijos hipotezės esmė – ilgalaikių pokyčių paaiškinimas. Trumpai tariant, trumpalaikių vertybinių pokyčių kaita priklauso nuo vertinamų dalykų santykinio trūkumo, o ilgalaikiai vertybiniai pokyčiai formuojami vaikystės / paauglystės periodu iki suaugant ir turi tendenciją likti pastovūs.

Jungdamas pastarąsias dvi hipotezes, Inglehartas teigia, kad moderniose visuomenėse ir vyresnio amžiaus kartose išpažįstamos labiau tradicinės-konservatyvios ir materialios vertybės, o vėlyvosios modernybės (postmoderniose) visuomenėse ir jaunesnėse amžiaus grupėse ryškesnės sekuliaros-racionalios ir postmaterialistinės orientacijos (saviraiška, gyvenimo kokybė, emancipacija ir t. t.). Inglehartas pažymi, kad pagrindiniai ir ilgalaikiai asmens vertybiniai prioritetai susiformuoja ankstyvuojant gyvenimo laikotarpiu, o vėliau kinta remiantis santykinę vertinamų prioritetų stoka. Be abejo, remiantis Ingleharto teorija, reikėtų akcentuoti ir vertybių kaitos motyvą keičiantis kartoms, kas neabejotinai aktualu nagrinėjant jaunimo situaciją. Teigiama, kad vertybiniai prioritetai, susiformavę iki individui suaugant, visą gyvenimą iki pat mirties išlieka santykinai tvarūs. Taigi vertybinės orientacijos keičiasi išmirštant kartoms, kai vyresnės kartos vertybes pakeičia jaunesnės kartos vertybės.

Vertybiniai pokyčiai – dalis platesnių kultūrinių pasikeitimų, susijusių su gyvenimo kokybės ir saviraiškos kriterijų svarba bei tradicinių politinių, religinių, moralinių ir socialinių normų silpnėjimu (Inglehartas 1990, 66). Inglehartas pabrėžia, kad tokių permainų akivaizdoje kyla bendras visuomenės interesas – tai saugumo jausmo, kurį anksčiau garantavo tradicinės normos, poreikis (1997, 33). Postmaterialistinių vertybių visuomenėje kyla egzistencinio saugumo poreikis, kurį gali patenkinti saviraiškos laisvė ir galimybė save realizuoti propaguojant individualius poreikius atitinkančią gyvenimo filosofiją. Nenuostabu, kad vyresnioji ir jaunesnioji karta skiriasi vertybiniais prioritetais, nes vertybių formavimasi veikė skirtingos socialinės aplinkybės, o šiomis sąlygomis susiformavo skirtingos vertybės. Jaunimo vertybinėms orientacijoms didžiausią įtaką turi tėvų, šeimos, jų auklėjimo ir diegiamo požiūrio motyvai. Tačiau būtina atkreipti dėmesį į tai, kad jaunas žmogus neretai bando kurti savo gyvenimą, kuris tėvams nebūtinai yra priimtinas. Tokiam prieštaravimui įtakos turi kartų skirtumai ir visuomenė, kurioje gyvenama. Šiuo požiūriu visuomenė perduoda tam tikras vertybes kaip normas, kurių derėtų laikytis.

Inglehartas iškelia keturias hipotezes apie postmaterialistinių vertybių pasiskirstymą visuomenėje. Autorius teigia, kad žmonės iš skirtingų socialinių sluoksnių turi santykinai skirtingas su saugumu susijusias patirtis. Todėl, remiantis nepritekliaus hipoteze, vidurinės klasės nariai, labiau tikėtina, plėtoja saviraiškos vertybes nei žmonės iš žemesnių klasių, kurie, tikėtina, labiau orientuojasi į išgyvenimo (angl. *survival*) vertybes (Inglehart 1997). Anot jo, kiekvienoje visuomenėje, kurios ekonomika gana ilgą laiką sparčiai augo, bus pastebimi tokie dėsniniai: 1) postmaterialistinės vertybės labiausiai bus paplitusios tarp labiausiai pasiturinčių gyventojų; 2) aukštesnio išsimokslinimo gyventojai bus labiau orientuoti į postmaterialistines

vertybes; 3) bus pastebimas reikšmingas vyresnio amžiaus žmonių ir jaunimo vertybinių orientacijų skirtumas; 4) vertybinių orientacijų skirtumai tarp kartų bus palyginti stabilūs ir ilgainiai keisis mažai, nepaisant galimų trumpalaikių svyravimų, atsirandančių dėl socialinės ir ekonominės aplinkos pokyčių.

Ingleharto *žmogaus plėtros* teorija teigia, kad socioekonominis vystymasis linkęs transformuoti visuomenes tam tikra numanoma kryptimi, tačiau svarbu akcentuoti, kad šis procesas nėra deterministinis ir modernizacija nėra linijinis procesas. Kintanti makrostruktūra (t. y. socioekonominis kontekstas) implikuoja individualaus lygmens vertybinius pasikeitimus. Toks kontekstas lemia ir skirtingų sveikatos strategijų bei filosofijų atsiradimą šiuoiaikiniėje visuomenėje.

2.1. Sveikata kaip postmaterialistinė vertybė

Remiantis Ingleharto *žmogaus plėtros* teorija, teigiama, kad Vakarų šalyse per pastaruosius dešimtmečius vyko sparti vertybinių orientacijų kaita, pasireiškianti augančiu individualizacijos laipsniu. Daugelyje Vakarų Europos industrinių šalių po Antrojo pasaulinio karo išaugęs ekonominis saugumas, žmonių išsilavinimo lygis ir demokratinių sąlygų užtikrinimas lėmė vertybių kaitą nuo „materialistinių“ vertybių (visų pirma pabrėžiančių ekonominį ir fizinį saugumą) prie „postmaterialistinių“ vertybių, tokių kaip saviraiška, savigarda, noras būti naudingam visuomenei. Inglehartas (1990) atkreipė dėmesį į faktą, kad gerovės valstybės augimas koreliuoja su subjektyvia žmonių gerove (pasitenkinimo, laimės pojūčiu). Ekonomiškai menkai išsivysčiusiose visuomenėse dominuoja žmonės, teikiantys pirmenybę materialistinio pobūdžio vertybėms, susijusioms su Maslow išskirtais žemesniojo lygmens fiziologiniais poreikiais. Ekonomiškai stipriose ir stabiliose visuomenėse materialiniai poreikiai kur kas greičiau patenkinami, todėl plinta postmaterialistinės vertybės, susijusios su individų tobulėjimo ir savirealizacijos poreikiais. Pasak Ingleharto, esant fiziologinių poreikių nesaugumo būsenai egzistuoja iš esmės skirtinga pasaulėžiūra nei esant visiškoms fiziologinių poreikių patenkinimo garantijoms (Inglehart 1990, 134). Materialistinių (fizinio ir ekonominio saugumo) poreikių patenkinimas sužadina postmaterialistines (socialines, intelektines ir estetines) pirmenybes, nes, Ingleharto žodžiais tariant, „žmogus negyvena vien dėl duonos, ypač tada, kai daug jos turi“ (Inglehart 1990, 133), t. y. ieško aukštesnių poreikių patenkinimo priemonių. Remiantis Ingleharto idėjomis, stiprėjantis materialinių poreikių patenkinimas atveria kelius aukštesnio lygio poreikiams atsirasti. Pasak autoriaus, „fizinio ir ekonominio saugumo poreikių pirmenybes pasiturinčiose

valstybėse pakeičia ekologinių, sveikatos, gyvenimo kokybės, saviraiškos vertybiniai prioritetai“ (cit. pgl. Leonavičius 2003, 36). Su vertybių kaita sustiprėja egzistencinės prasmės poreikis, kurį gali patenkinti saviraiškos laisvė ir galimybė save realizuoti ieškant individualius poreikius atitinkančios gyvenimo filosofijos. Postmaterialistinių vertybių visuomenėse sveikata tampa savotišku gyvenimo būdu, saviraiškos ar tapatybės konstravimo priemone. Šiomis sąlygomis susiformuoja skirtingi sveikatos modeliai, atsižvelgiama į tuos sveikatos kriterijus, kurie prieš tai neatrodė aktualūs. Atkreipiamas dėmesys į subjektyvius sveikatos veiksnius, kurie biomediciniame modelyje neretai buvo ignoruojami.

Teoriškai galima svarstyti, kad materialistinių vertybių kontekste sveikata traktuojama kaip materialinio saugumo resursas, ir priešingai – postmaterialistinių vertybių kontekste sveikata įgauna naujų reikšmių: savęs realizacijos, saviraiškos, tapatybės formavimo arba to, ką dar tik reikia susikurti, priemonės. Inglehartas teigia, kad remiantis išgyvenimo / saviraiškos (angl. *survival/self-expression*) dichotomija, galima tipologiškai apibūdinti ankstyvąją ir vėlyvąją (post)modernybę. Visuomenėms, kuriose paplitusios išgyvenimo vertybės, būdinga santykinai žema subjektyvi gerovė, prastesnė sveikata, silpnesnis tarpasmeninis pasitikėjimas, žema tolerancija mažumų grupėms, žemo lygio lyčių lygybė, santykinai mažas suinteresuotumas aplinkos apsaugos klausimais, bet stiprus pasitikėjimas mokslo bei technologijų pozityvumu ir progresu. Postmaterialistinių vertybių visuomenės, kuriose dominuoja individų saviraiškos vertybės, pasižymi didesne lyčių lygybe, tolerancija, didesne subjektyvia gerove bei geresne sveikatos būkle ir individualizuota sveikatos samprata (Inglehart 2010).

Ingleharto išvagas apie sveikatą patvirtina ir sveikatos sociologijos tyrimai. Pavyzdžiui, Johanas Mackenbachas (2014) atskleidė kultūrinių vertybių poveikį visuomenės sveikatai. Tyrimas, kuris rėmėsi 42-iejų Europos šalių duomenimis, parodė, kad perėjimas nuo tradicinių *išgyvenimo* vertybių prie postmaterialistinių vertybių teigiamai veikia visuomenės sveikatą – padidėja visuomenės ilgaamžiškumas, padidėja rūpestis sveika gyvensena, sustiprėja dėmesys ligų prevencijai.

Apžvelgiant mokslinę literatūrą, galima pastebėti, kad Ingleharto žmogaus plėtros teorijos taikymas sveikatos nelygybės tyrimams dažnai būna susijęs su kiekybiniais tyrimais, suteikiančiais platesnių galimybių ir patikimiau nagrinėti skirtingų valstybių vertybių sąsajas su sveikatos elgsena. Pavyzdžiui, Joachimas Mrazekas su kolegomis (2004) atliko kiekybinį tyrimą tarp trijų valstybių – Rusijos, Vokietijos ir Čekijos. Autoriai fizinį aktyvumą ir sveikatos būklę palygino su sveikata susijusios elgsenos ir kūno sampratomis. Nustatyta tendencija, kad rusai išsiskyrė mažu fiziniu aktyvumu ir menka orientacija į sveiką gyvenseną, lyginant su kitomis šalimis. Vokietijos

populiacija pasižymėjo postmaterialistinių vertybių koreliacija su sveikatai palankia veikla, įskaitant fizinį aktyvumą, motyvaciją ir kūno puoselėjimą. Kiti tyrimai papildė, jog postmaterialistinės vertybės atlieka svarbų vaidmenį aiškinant tiek sveikos mitybos įpročius (Verbeke et al. 2010), tiek alkoholio vartojimo ypatumus (Popova et al. 2007). Nagrinėjant vertybinių orientacijų ir sveikatos nelygybės sąsajas, svarbu apibrėžti kartų kaitos efekto tyrimus. Pavyzdžiui, Williamas Cockerhamas (2007, 129) pateikia tyrimo, kuriame buvo nagrinėjamas rūkymo poveikis britų sveikatai, duomenis. Teigiama, kad žmonių, gimusių 1900–1930 m. ir gyvenusių tuo laikotarpiu, kai rūkymas buvo labai paplitęs tarp jaunų žmonių, mirtingumas nuo plaučių vėžio ir rūkymo sukeltų ligų buvo daug didesnis negu kitų kohortų vyrų (Doll et al. 2004). Minėto tyrimo rezultatai parodė, kad tam tikru laikotarpiu gimusi karta turi ne tik panašių sveikatos problemų, bet ir panašių vertybinių orientacijų. Skirtingų kartų sveikatos skirtumus gali lemti tiek politinis, ekonominis ar kultūrinis laikotarpio kontekstas, tiek vertybinės individų orientacijos ir su sveikata susijusios socialinės praktikos.

Modernybės laikotarpiu kyla naujų, tik jam būdingų sveikatos vertybės aspektų. Vienas svarbiausių sveikatos vertybių kaitos ypatumų – parodyti, kaip socialinės ir ekonominės sąlygos formuoja vertybines sveikatos orientacijas. Apibendrinus vertybių kaitos teoriją, galima teigti, kad sveikatos elgsena, polinkis pasirinkti sveikatos strategijas yra veikiami vertybinių nuostatų. Žinoma, reikia turėti omenyje, kad vertybinės nuostatos kinta priklausomai nuo pokyčių visuomenėje, todėl individų domėjimasis sveikata ir jos saugojimas postmaterialistinių vertybių visuomenėje tampa labai svarbus, ir priešingai – materialiniai individų poreikiai sustiprina materialistinių vertybių prioritetus bei prislopina poreikį rūpintis savo sveikata.

3. Sveikatos vartojimas ir sveikatos nelygybė

Kaip jau minėjome, sveikatos modelio ir vertybių pirmenybių kaita savitą pavidalą įgyja visuomenėje, kurią Baumanas vadina *takiosios modernybės*¹³ visuomene. Tokieji modernybė – tai „sve palaikanti ir sve intensyvinanti, kompulsyvi ir obsesyvi „modernizacija“, dėl kurios joks vienas po kito einančių socialinio gyvenimo pavidalų tarsi koks skystis nepajėgia ilgai išlaikyti savo formos“ (Bauman 2015, 19). Šio tipo visuomenėje institucinė tvarka ir individų nuostatos netenka tvirtumo ir pastovumo, kultūra vis

13 Iš pradžių Baumanas (1992) vartojo *postmodernizmo* terminą, bet nuo 1998 m. pakeitė *takiosios modernybės* terminu (Bauman 2000). Kaip teigia pats Baumanas (2015, 19), „Takiąja modernybe aš vadinu šiuo metu vyraujančią modernybės formą, kitų autorių vadinamą „postmodernybe“, „vėlyvąja modernybe“, „antrąja“ ar „hipermodernybe“.

labiau sudaro prielaidas individualaus pasirinkimo laisvei ir pasirinkimo atsakomybei (Bauman 2015, 20). Panašiai kaip ir postmaterialistinių vertybių visuomenės tipo, taip ir tokiosios modernybės požiūriu gera sveikata reikalinga ne tik tam, kad patenkintų bazinius ir svarbiausius individo poreikius – būti sveikam ir ilgai gyventi, bet tampa ir individų tapatumo, stiliaus ar įvaizdžio formavimu. Anot Baumano (2011, 199), „Net jei tapatybė (etninė, rasinė, religinė, lytinė), dėl kurios viešo demonstravimo ir pripažinimo jis ar ji kovoja, veikėjo yra laikoma ankstesne, einančia pirma (kitų socialiai konstruojamų tapatybių atžvilgiu – E. V., V. L.) ir nulemiančia individualios tapatybės pasirinkimą, *būtent raginimas pasirinkti ir pastangos savo pasirinkimą padaryti viešai atpažįstamą sukuria tokiosios modernybės individo savęs apibrėžimą*“ (Baumano). Tačiau Baumanas neapsiriboja konstatuodamas ir analizuodamas individualaus pasirinkimo ir atsakomybės suvešėjimą, bet nagrinėja paradoksalią šio individualaus pasirinkimo padėtį vartotojų tokiosios modernybės visuomenėje. Vartotojų visuomenėje, teigia Baumanas (2011, 199), jokios tapatybės nesuteikiamos individui gimstant. Individų tapatybės – tai projektai, kuriuos reikia nuolat plėtoti ir kurie nusidriekia iki begalybės, tapatybės kūrimas – tai visam gyvenimui pasmerktas triūsas. Ir dar svarbiau, kad individai, jų norai, poreikiai, jų kūnas ir sveikata yra suprekinami. Tokiosios modernybės laikotarpiu išryškėjęs sveikatos modelis, apimantis individualios atsakomybės už savo sveikatą motyvus, kartu patenka į vartotojų visuomenės objektyvą. Vyksta sveikatos komercializacija, kurioje žmonės paverčiami sveikos gyvensenos vartotojais (Nettleton 2006, 47).

Minėjome, kad tokiosios modernybės (tos pačios vėlyvosios modernybės) sveikatos modelis yra paremtas asmenine atsakomybe ir galimybe laisvai pasirinkti geresnę sveikatą lemiančias praktikas. Baumano (1995) analizė, kurią jis pristatė „Gyvenimo fragmentuose“, išskiria du aktualius modernybės aspektus: sveikatos stiprinimą ir ligos išvengimą. Rūpinimasis savo sveikata tampa kiekvieno žmogaus rūpesčiu, užduotimi ar netgi tam tikra pareiga. „Šis pareigos vykdymas apima itin griežtą savo kūno savistabos režimą – reguliarių fizinį aktyvumą, subalansuotą mitybą, poilsio ir kasdieninių darbų balansą ir nuolat ilgėjantį sąrašą tarp to, kas galima ir ne. Net ir pats kūnas virsta tam tikru technologijų objektu – žmogus yra įgalinamas ne tik kaip savo kūno savininkas ar valdytojas, bet ir kaip prižiūrėtojas (Bauman 1995, 169). Net ir tuo atveju, kai vartojimas tampa besaikiu ar net gali kirstis su sveika gyvensena ir elgsena, vartotojų visuomenė ir šia prasme yra ypatinga visų kitų žinomų visuomenių atžvilgiu. Ji iki beprecedenčio laipsnio išvystė pajėgumą absorbuoti bet koki įmanomą nepritarimą ir paversti jį svarbiausiu jos pačios reprodukcijos, stiprėjimo ir plėtimosi šaltiniu (Bauman 2015, 93). Parduodamos prekės siūlosi padidinti pirkėjų patrauklumą ir atitinkamai jų rinkos vertę. Tad vartojimas yra investicija į viską, kas svarbu individo

„socialinei vertei“ ir savigarbai (Bauman 2015, 107). Šia prasme kaip ir visos prekės, taip ir įvairios sveikos elgsenos bei gyvenenos tarpusavyje ima konkuruoti, įtraukdamos vartotojus į nesibaigiančias varžybas didinti savo vertę sveikatos vartojimu.

Individualaus pasirinkimo ir atsakomybės plėtra vartotojiškoje visuomenėje dera tiek su biopsichosocialiniu, tiek su besiformuojančiu postmoderniu sveikatos modeliu. Šiuolaikinėje ligų ir mirtingumo struktūroje dominuoja širdies ir kraujo sistemos ligos, kurių etiologija tiesiogiai susijusi su individų gyvenimo būdu. Sveikatos politikai ypač svarbu, kad sveikata taptų pačių individų elgsenos pirmenybėmis, todėl santykinai naudinga, kad vartotojiškoje visuomenėje komercializuojamas kūnas ir sveikata. Vartotojiškos visuomenės svarbiausia vertybė yra laimingas gyvenimas (Bauman 2011, 85), o sveikas ir gražus kūnas tampa sudėtinės laimės dalimi ir, kaip teigia, Baumanas (2015, 86), „atsakymas į klausimą „Ar esate laimingas?“, pateiktą vartotojų visuomenės nariui, gali teisėtai būti laikomas jos sėkmės ar nesėkmės testu“. Ir nors laimė auga didėjant pajamoms, bet tik iki tam tikros ribos. Tolesnis turto augimas laimės neprideda. Šia prasme vartotojų visuomenės postmaterialistinės (pirmiausia saviraiškos) vertybės glaudžiai susipina su sveiku gyvenimo būdu.

Pasak Baumano (2004, 123), mes visi esame sveikatos rinkoje ir veikiame jos taisyklėmis. Dalyvavimą sveikatos rinkoje turėtume suprasti kaip vartojimo išraiškas, kai galima ne tik eksperimentuoti su savimi (savo išvaizda, kūno formomis ar kasdieniu veiklų keitimu), bet ir manipuluoti daiktais (juos įsigyjant, kuriant, pritaikant) ar produktais (mitybos produktų pirkimu, patiekalų gaminimu). Buvimas sveikatos rinkoje reiškia, kad žmonės vienu metu yra ir vartotojai (sveikatos priežiūros sistemos klientai, sveikatingumo programų objektai ir pan.), bet tam tikra prasme gali būti apibrėžti prekės terminu (specialistai, parduodantys savo sveikatingumo žinias, yra sporto treneriai). Negana to, kad sveikata tampa tam tikru sveikatos rinkos objektu, geros sveikatos siekimas tapo ir nuolatine kova su ligos grėsme (Bauman 2005, 10–11). Reflektuojant Baumano idėjas, galima teigti, kad individai turi „žaisti“ sveikatos rinkos taisyklėmis, kai vieni – dominuojantys, o kiti – dominuojamieji.

Gamintojų visuomenės kultūra – tausojimo kultūra – traukiasi į paribius, o vartojimo kultūra apima vis naujas gyvenimo sritis. Šių dviejų kultūrų skirtingumą rodo esminių žmoniškųjų vertybių slinktis. Šiandien dažnas žmogus valgo ne išgyvenimui, o tiesiog kad skanu. Analogiškai, tai galima pritaikyti ir sveikai gyvensenai. Sveika gyvensena transformavosi į mados kryptį, kai norima ne tik puoselėti savo sveikatą, bet kartu pritaikyti prie minios, neatsilikti nuo mados bei atitikti įsivaizduojamus visuomenės standartus. Šią tendenciją patvirtina ir tyrimai (Katzwinkel 2014;

Zhang, Li 2014) – kūnas tampa lyg vizitine kortele, kurią žmogus rodo socialinėje erdvėje, pagal kurią yra pastebimas ir vertinamas. Robynas Ouschanas su kolegomis (2009) atliko tyrimą ir išskyrė penkias pagrindines priežastis, kodėl žmonės nusprendžia įsigyti sporto klubo abonementą: pagrindinis motyvas – pagerinti savo fizinį pajėgumą, antroje vietoje buvo relaksacinis – streso mažinimas, tuomet – kūno svorio kontrolė ir galiausiai – sveikatos priežastys. Dėl šios priežasties kiekvienas žmogus daugiau ar mažiau atkreipia dėmesį į savo kūną. Perfrazuojant Baumano mintis galima teigti, kad takiojoje modernybėje pavienių žmonių norai, ambicijos ir siekiai tampa esminiu visuomenės varomuoju motyvu, kuris koordinuoja įvairias gyvenimo sritis: socialinę integraciją, saviidentifikaciją, stratifikaciją ir pačią gyvenimo strategiją. Taip pat vartojimo praktikos gali būti suprantamos kaip kova už socialines pozicijas, kai gyvenimo būdo sąvoka išreiškia šios kovos simbolinę ar estetinę dimensiją. Tyrimai rodo (Carlisle, Hanlon 2007; Caron et al. 2015), kad šiuolaikinė visuomenės kultūra tam tikra prasme yra žalinga mūsų sveikatai. Netgi sveikatai palankios praktikos (sveika gyvensena, kūno tobulinimas / kūno rengyba ir pan.) gali būti suprantamos kaip kova už socialinę poziciją, kai gyvenimo būdo sąvoka išreiškia šios kovos simbolinę ar estetinę dimensiją ir net pavirsta obsesine rūpinimosi savo kūnu problema.

Apibendrinimas

Derinant Ingleharto, Baumano ir archisveikatos koncepcijas galima aiškinti, kaip skirtingų visuomenių bei skirtingų socialinių grupių sveikatos sampratos ir sveikatinantis elgesys susipina su visuomenių dominuojančiais materialistinių ir postmaterialistinių vertybių tipais. Abu vertybių tipai sudaro prielaidas individams teikti pirmenybę tam tikram sveikatos modeliui, kuris turi įtakos jų sveikai gyvensenai. Vertybių kaita ir su jomis susijusi vartojimo kultūra, sveikatos rinkos taisyklės ir kintantis sveikatos modelis vėlyvosios modernybės visuomenėje ne tik perkelia atsakomybę už sveikatą individams, bet ir sukuria prielaidas atsirasti sveikatos vartotojų nelygybei. Saviraiškos vertybių tipo žmonės nėra pasyvūs sveikatos vartotojai, bet veikia kaip refleksyvūs ir aktyvūs individai, naudoja savo laiką ir finansinius išteklius, prisiimdami vis didesnę atsakomybę už savo sveikatos kūrimą, kartu sukuria didesnes prielaidas geresnei savo sveikatai. Kiekvienos socialinės grupės sveikatos kūrimas reikalauja tam tikrų sąlygų, o gebėjimas kaupti, sisteminti su sveikata susijusias žinias, ugdytis sveikatai palankius įgūdžius nėra pasiskirstęs vienodai. Tokių galimybių skirtumai ir nevienodas socialinis kontekstas sukuria sveikatos nelygybę.

Padėka

Šis mokslinis tyrimas finansuojamas pagal LMT programą „Modernybė Lietuvoje“. Tyrimo projektas „Lietuvos visuomenės modernizacija amžių sandūroje: tęstinumas ir pertrūkiai“, Nr. S-MOD-17-4.

Literatūra

- Annandale, E. 1998. *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., Subramanian, S. V. 2015. “Inequalities in Health: Definitions, Concepts, and Theories.” *Global Health Action* 8 (1): 1–12. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4481045>
- Armstrong, D. 2014. “Chronic Illness: A Revisionist Account.” *Sociology of Health and Illness* 36 (1): 15–27.
- Bauman, Z. 1992. *Intimations of Postmodernity*. New York: Routledge.
- Bauman, Z. 1995. *Life in Fragments: Essays in Postmodern Morality*. Cambridge: Blackwell.
- Bauman, Z. 2004. *Individualized Society*. Cambridge: Polity Press.
- Bauman, Z. 2005. *Postmodernity and its Discontents*. Cambridge: Polity Press.
- Bauman, Z. 2011. *Vartojamas gyvenimas*. Vinius: Apostrofa.
- Bauman, Z. 2015. *Kultūra takiojoje modernybėje*. Vinius: Apostrofa.
- Black, D. 1980. *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*. London: DHSS.
- Braveman, P., Krieger, N., Lynch, J. 2000. “Health Inequalities and Social Inequalities in Health.” *Bulletin of the World Health Organization* 78 (2): 232–235. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560692/pdf/10743295.pdf>
- Bury, M. 1998. “Postmodernity and Health.” In *Modernity, Medicine and Health. Medical Sociology towards 2000*, ed. G. Scambler, P. Higgs, 1–28. London: Routledge.
- Bury, M. R. 1997. *Health and Illness in a Changing Society*. London: Routledge.
- Carlisle, S., Hanlon, P. 2007. “Well-being and Consumer Culture: A Different Kind of Public Health Problem?” *Health Promotion International* 22 (3): 261–268. Prieiga per internetą: <https://core.ac.uk/download/pdf/1394541.pdf>
- Caron, E., Lefèvre, F., Lefèvre, A. M. C. 2015. “In the Final Analysis, are we a Consumer Society or not? Implications for Health.” *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 20 (1): 145–153. Prieiga per internetą: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/1413-8123-csc-20-01-00145.pdf>
- Cockerham, W. C. 2007. *The Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity Press.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., Sutherland, I. 2004. “Mortality in Relation to Smoking: 50 Years’ Observations on Male British Doctors.” *British Medical Journal* 328 (1519): 426–429.

- Fox, N. J. 1998. "Risks, 'Hazards' and Life Choices: Reflections on Health at Work." *Sociology* 32 (4): 665–687.
- Fox, N. J. 1999. *Beyond Health: Postmodernism and Embodiment*. London: Free Association Books.
- Inglehart, R. 1990. *Culture Shift in Advanced Industrial Society*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Inglehart, R. 1995. *Value Change in Global Perspective*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Inglehart, R. 1997. *Modernization and Postmodernization*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Inglehart, R. 2008. "Changing Values among Western Publics from 1970 to 2006." *West European Politics* 31 (1–2): 130–146.
- Inglehart, R., Baker, W. E. 2000. "Modernization, Cultural Change and the Persistence of Traditional Values." *American Sociological Review* 65 (1): 19–51.
- Inglehart, R., Welzel, Ch. 2009. "Changing Mass Priorities: The Link between Modernization and Democracy." *Perspectives on Politics. Foreign Affairs* 88 (2): 33–48.
- Ivanauskas, V. 2012. „Vėlyvojo sovietmečio epochos bruožų apibūdinimas kultūros sferoje“. *Lietuvos istorijos metraštis* 1: 97–112.
- Katzwinkel, N. N. 2014. "The 'Perfect' Body: A Study of The Body in Today's Consumer Society". Thesis. Prieiga per internetą: <http://www.divaportal.org/smash/get/diva2:760966/FULLTEXT01>
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., Almeida-Filho, N. 2002. "A Glossary for Health Inequalities." *Journal of Epidemiology and Community Health* 56: 647–652. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732240/pdf/v056p00647.pdf>
- Keating, D. P., Hertzman, C. 1999. *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological, and Educational Dynamics*. New York: Guilford Press.
- Leonavičius, V. 2003. *Sociologija*. Kaunas: VDU.
- Leonavičius, V., Baltrušaitytė, G., Naujokaitė, I. 2007. *Sociologija ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas*. Kaunas: VDU.
- Leonavičius, V., Baltrušaitytė, G., Raila, G., Naujokaitė, I. 2013. „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai vėlyvosios modernybės / postmodernybės socialinių teorijų požiūriu“. *Kultūra ir visuomenė* 4 (1): 11–36.
- Mackenbach, J. P., McKee, M. A. 2013. "A Comparative Analysis of Health Policy Performance in 43 European Countries." *European Journal of Public Health* 23 (2): 195–201.
- Marmot, M., Wilkinson, R. G. 1998. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Mrazek, J., Fialová, L., Rossiyskaya, N., Bykhovskaya, I. 2016. "Health and Physical Activity in Central and Eastern Europe." *European Journal for Sport and Society* 1 (2): 145–160.

- Nettleton, S. 2006. *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.
- Ouschan, R., Nicola, M. 2009. "The Impact of Gym Users' Perceived Value of Fitness Centres on their Quality of Life Perceptions." In *Australian and New Zealand Marketing Academy Conference*, ed. D. Tojib, November 30, 2009. Melbourne, Australia: Australian and New Zealand Marketing Academy.
- Pollock, A. M., Brannigan, M., Liss, P. 1995. "Rationing Health Care: From Needs to Markets?" *Health Care Analysis* (3): 299–314.
- Popova, S., Rehm, J., Patra, J., Zatonski, W. 2007. "Comparing Alcohol Consumption in Central and Eastern Europe to Other European Countries." *Alcohol and Alcoholism* 42 (5): 465–473.
- PSO 1948. Definition of Health. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Ramonaitė, A. 2015. *Nematoma Sovietmečio visuomenė*. Vilnius: Naujasis židinys–Aidai.
- Raškauskas, K. 2008. „Sovietinės Lietuvos inteligentija. Savivokos konstravimas“. *Darbai ir Dienos* 49: 95–149.
- Sargautytė, R., 2002. „Žmogus ir jo liga“. *Mokslas ir gyvenimas* 2 (530). Prieiga internete: <http://ausis.gf.vu.lt/mg/nr/2002/02/02liga.html>
- Stankūnienė, V. 1995. *Demografinių procesų valdymas. Teorija ir patyrimas*. Vilnius: Technika.
- Stankūnienė, V. 2004. *Lietuvos gyventojų politikos strategijos metmenys*. Vilnius: Socialinių tyrimų institutas.
- Townsend, P., Davidson, N. 1982. *Inequalities in Health: Black Report*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books Ltd.
- Vaiseta, T. 2014. *Nuobodulio visuomenė. Kasdienybė ir ideologija vėlyvuosiu sovietmečiu (1964–1984)*. Vilnius: Naujasis židinys–Aidai.
- Verbeke, W., Pérez-Cuetto, F. J., Barcellos, M. D., Krystallis, A., Grunert, K. G. 2010. "European Citizen and Consumer Attitudes and Preferences Regarding Beef and Pork." *Meat Science* 84 (2): 284–292.
- WHO 1946. *Preamble to Constitution of World Health Organization as Adopted by the International Health Conference*. New York, June 19–20, 1946. Signed on June 22, 1946 by representatives of 61 states.

Gauta 2018 02 02
Priimta 2018 04 26

VYLIUS LEONAVIČIUS

EGLĖ VEČORSKYTĖ

The Nexus between the Health Model and Health Inequalities from the Perspective of the Change in Social Values

Summary

The health inequality is not only very important issue in the societies of modernity, but it also depends on the wide spectrum of social factors. Evidently, there is a direct relationship between the dominant health model in society and health inequality. The paper combines different theoretical approaches and explains this impact of health model on health-conscious behavior. The issue of the impact of the change in the health model on health inequalities in literature is analyzed from the point of view of different sciences in general and from different perspectives of sociology in particular. Largely, the subjects of research are the worse health outcomes associated with lower positions in the hierarchies of income, education and occupational status. Publications on this topic have increased considerably, beginning with the 1980s and up to the mid-1990s. Our paper discusses how the influence of value orientations to the prevailing health model of the society could be explained by different sociological perspectives and in turn how the health models influence the health-conscious behavior of different social groups. In the paper, we present the theoretical perspectives on the conception of archihealth (Nick J. Fox), theory of human development (Ronald Inglehart) and consumer society (Zygmunt Bauman) and apply them to the analysis of the impact of the changes of value orientations on the model of health-conscious behavior and health inequalities. The interaction between dominant values and health is analyzed from the perspective of *human development theory* introduced by Inglehart and his colleagues. The theory states that modern society could be divided in two value types – materialist and postmaterialist. This conception could be used to compare not only different societies, but also different social groups (age, gender and etc.) in the same society. The materialists care less about their health and, conversely, for the postmaterialists the care about health becomes the way of life and self-expression and the part of their identity construction. Moreover, the conception of *consumer society* (Bauman) shows how the business commercializes the health-conscious behavior and presupposes different possibilities for individuals to care about their health.

Keywords: models of public health, human development theory, consumer society, materialistic and postmaterialistic values, health consumer, health inequality.