

SECȚIUNEA „HEALTH PROMOTION. A DIALOGUE BETWEEN SOCIAL SCIENCES RESEARCHERS AND PUBLIC HEALTH PRACTITIONERS”¹

MARIAN VASILE

Vineri, 10 iunie, în cea de-a doua zi plină de prezentări interesante, am coordonat, împreună cu Luiza Meseșan-Schmitz de la Universitatea Transilvania din Brașov, secțiunea „Health Promotion. A Dialogue between Social Sciences Researchers and Public Health Practitioners”. Când am propus secțiunea, am dorit să întâlnim specialiști ai științelor sociale, dar nu numai, care au lucrat sau intenționează să facă acest lucru în proiecte de cercetare – promovare a sănătății publice. Viziunea noastră este una multinivel, fiind conștienți că îmbunătățirea stării de sănătate personale este dependentă de factori macro (sărăcie, religie, acces la servicii medicale etc.) dar și micro (stil de viață orientat spre sănătate). La sesiune au participat, cu prezentări, următorii: Luiza Mezeșan Schmitz și Marinela Șimon, ambele de la Universitatea Transilvania din Brașov, cu lucrarea *Volunteering among elderly people – a viable solution for improving health?*; Dan Apăteanu, de la Universitatea din Oradea, cu lucrarea *The influence of social exclusion on healthcare system access*; Cosmina Elena Pop și Iuliana Precupețu, de la Institutul de Cercetare a Calității Vieții, cu lucrarea *Structural and individual constraints in health choices when living in precarious prosperity in Romania*; Hanna-Edit Kónya, de la Hungarian Academy of Science, și Orsolya Gergely, de la Universitatea *Sapientia*. Laura Nistor, de la Universitatea *Sapientia*, a distribuit lucrarea *Health vs. ethics: the case of involvement with local food products*.

Am să mă refer în continuare la cele patru prezentări. Am selectat câteva idei pe care le consider esențiale.

Așa cum și titlurile sugerează, autorii au privit dinspre structură spre comportamentele individuale.

Dan Apăteanu, având o abordare mai generală, a inventariat domenii care ar putea fi vizate pentru a reduce excluziunea socială: sănătatea reproducerii, alimentația mamei și a copilului, bolile infecțioase, bolile cronice. Prezentarea sa

Adresa de contact a autorului: Marian Vasile, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea București, Bd. Schitu Măgureanu nr. 9, sector 5, București; Institutul de Cercetare a Calității Vieții al Academiei Române, Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5, 050711, București, România, e-mail: marian.vasile@sas.unibuc.ro.

¹Participarea la această conferință a fost susținută de proiectul PN-II-ID-PCE-2011-3-0210 „Schimbarea socială în contextul migrației internaționale: patternuri valorice, participare civică și politică, satisfacția cu viața”.

a oferit un moment bun de reflecție pentru că opune perspectiva universalistă a asistenței medicale celei neolibérale care susține privatizarea sănătății și reducerea rolului statului în acest domeniu (ca și în altele, de altfel). La fel, într-o temă specifică, avem opoziția dintre introducerea obligativității vaccinării copiilor și creșterea numărului persoanelor care refuză acest lucru sau chestionează utilitatea programului. Iar dacă sancționezi părintele, cum sancționezi sistemul public medical, „statul”, care nu furnizează constant vaccinurile? Conform datelor colectate din statisticile administrative de către Organizația Mondială a Sănătății și UNICEF, în 2014 rata de imunizare pentru hepatita B prin doză administrată nou-născuților (înainte de ieșirea din maternitate) a fost de 73% (în 2013 a fost de 98% iar în 2015 de 96%). Criza de vaccin antihepatitic B a fost discutată pe larg în presă.

Cosmina Pop și Iuliana Precupețu au studiat cum starea de sănătate a persoanelor aflate în prosperitate precară (*precarious prosperity*) este influențată de paliere diferite ale vieții sociale. Explicația multinivel, realizată din perspectiva calității vieții, este inspirată de modelul lui Bird și Rieker (2008) care presupune interacțiunea dintre politicile sociale și de sănătate, comunitate, relația dintre viața profesională și viața personală, opțiunile individuale pentru un comportament sau altul și, nu în ultimul rând, aspecte biologice. Pentru prosperitatea precară autoarele pornesc de la definiția elaborată de Budowski, Tillmann, Keim și Amacker (2010). Personal, cred că, cel puțin în limba română, asocierea celor două cuvinte pentru a descrie poziționarea deasupra pragului sărăciei dar sub prosperitate materială și percepția cronică a lipsei siguranței socioeconomice introduce un oarecare grad de ambiguitate. Sunt asociați doi termeni opuși: siguranță cu nesiguranță, fericire cu nefericire etc. Au fost realizate interviuri cu persoane din gospodării aflate în prosperitate precară care locuiesc într-o comunitate urbană, respectiv una rurală. Analiza a relevat cum decizii care influențează semnificativ starea de sănătate, cum ar fi începerea și continuarea tratamentului recomandat de medic, sunt justificate prin: finanțarea deficitară a sistemului public de sănătate care determină absența din spitale a instrumentarului de bază pentru tratarea bolnavilor, aceștia fiind rugați să își procure din resurse proprii perfuzii, seringi, pansamente, medicamente etc.; regulile care îi califică pe bolnavi în programe de tratament; plățile informale către medici și alți reprezentanți ai sistemului; timpii de așteptare pentru programare dar și la „ușa cabinetului”. Acestea sunt probleme identificate la cel mai general nivel, al politicilor sociale și de sănătate. La nivel comunitar, se adaugă lipsa medicilor, care obligă pacienții la deplasări, uneori pe distanțe lungi. Și angajatorii, alt nivel de analiză, contribuie, uneori, la lista dificultăților în asigurarea unei sănătăți bune, prin refuzul sau întârzierea acordării unor zile libere pentru vizitele la medic. Aceste situații trebuie puse în contextul general din România, unde multe persoane au o ocupare precară și, implicit, venituri insuficiente pentru investiția în sănătate. Prezența copiilor sau a persoanelor dependente accentuează vulnerabilitatea celor aflați în prosperitate precară. Așadar, poveștile pacienților relevă cum drumul către sănătate este încă dificil de parcurs de către cei care nu dețin resurse materiale suficiente.

Luiza Mezeșan Schmitz și Marinela Șimon s-au întrebat ce se întâmplă cu pensionarii din Brașov: câți practică voluntariat, ce oportunități de voluntariat

există în zonă, ce viziune au reprezentanții ONG-urilor în acest sens? Voluntariatul este văzut ca resursă pentru sănătatea pensionarilor. Prin implicarea în activități de voluntariat, izolarea socială se reduce, se menține un sentiment de utilitate, starea de sănătate este mai bună. În cadrul unei cercetări care a folosit o metodologie mixtă (chestionare și interviuri), autoarele reflectă câteva aspecte structurale care contribuie la reținerea implicării în activități de voluntariat a pensionarilor: viziunea liderilor ONG care apreciază, de exemplu, că este mai ușor de lucrat cu tineri; există un clivaj de comunicare între generații (vârșnicii răspund cu greu cerințelor, tinerii nu comunică eficient cu vârșnicii); vârșnicii asociază voluntariatul cu „munca patriotică” din comunism, încărcând negativ ideea de muncă neplătită; lipsa înțelegerii în general a voluntariatului, acesta fiind asociat mai degrabă cu grupurile religioase sau lucrul cu bolnavi; lipsa de informație despre oportunitățile din zonă. Există și un cerc vicios: starea de sănătate precară îi împiedică să se implice în activități de voluntariat. Alții, însă, au deja timpul ocupat cu creșterea nepoților. Atât precaritatea sănătății cât și creșterea nepoților pot reflecta probleme sistemice: sistemul de sănătate public nu are un caracter preventiv și/sau nu răspunde nevoilor celor pe care îi reprezintă, iar posibilitățile financiare ale brașovenilor nu permit distribuirea unor responsabilități către persoane abilitate (bone, grădinițe etc.). Pornind de la aceste informații culese prin cercetare autoarele, listează câteva căi prin care ar putea fi crescută implicarea pensionarilor în activități de voluntariat.

Hanna-Edit Kónya și Orsolya Gergely au realizat o cercetare în Miercurea-Ciuc și împrejurimi, căutând definiția pe care părinții o dau stilului de viață sănătos. Alimentația pare să aibă și o dimensiune de gen, femeile suprapunându-se mai bine peste definiția dominantă azi decât partenerii: fructe, legume, consum echilibrat de carne și mai ales grăsimi, mai puțini carbohidrați. Cercetarea este într-o fază incipientă, autoarele însele enunțând ca limite autoselecția persoanelor mai interesate de subiectul cercetării, dar și specificitatea rezultatelor la regiunea din care vin respondenții. În continuarea demersului ar putea selecta comunități în care sunt prezente într-un număr mai mare fast-food-uri, timpul cotidian este accelerat, tradițiile alimentare nu sunt așa bine definite, ori s-au diluat etc. Interesant este că stilul de viață sănătos în Miercurea-Ciuc stă undeva între definițiile occidentale care circulă în prezent și dorința menținerii tradițiilor alimentare. Alimentația aici este la confluența a două sisteme valorice.

Aștept cu interes rezultatele unor cercetări similare și întâlnirea cu specialiști din domeniu la următoarea conferință.

BIBLIOGRAFIE

- Bird, C. E., Rieker, P. P., *Gender and Health: The Effects of Constrained Choices and Social Policies*, London and New York, Cambridge University Press, 2008.
- Budowski, M., Tillmann, M., Keim, W., Amacker, M., *Conceptualising 'precarious prosperity' – empirical and theoretical elements for debate*, în „International Journal of Comparative Sociology”, vol. 51, nr. 4, 2010, pp. 268–288.