

Abordări în promovarea sănătății

***Curs pentru studenți.
Anul V, Facultatea de Medicina,
UMF "Carol Davila"
An universitar 2016-2017
Disciplina de Sănătate Publică
și Management***

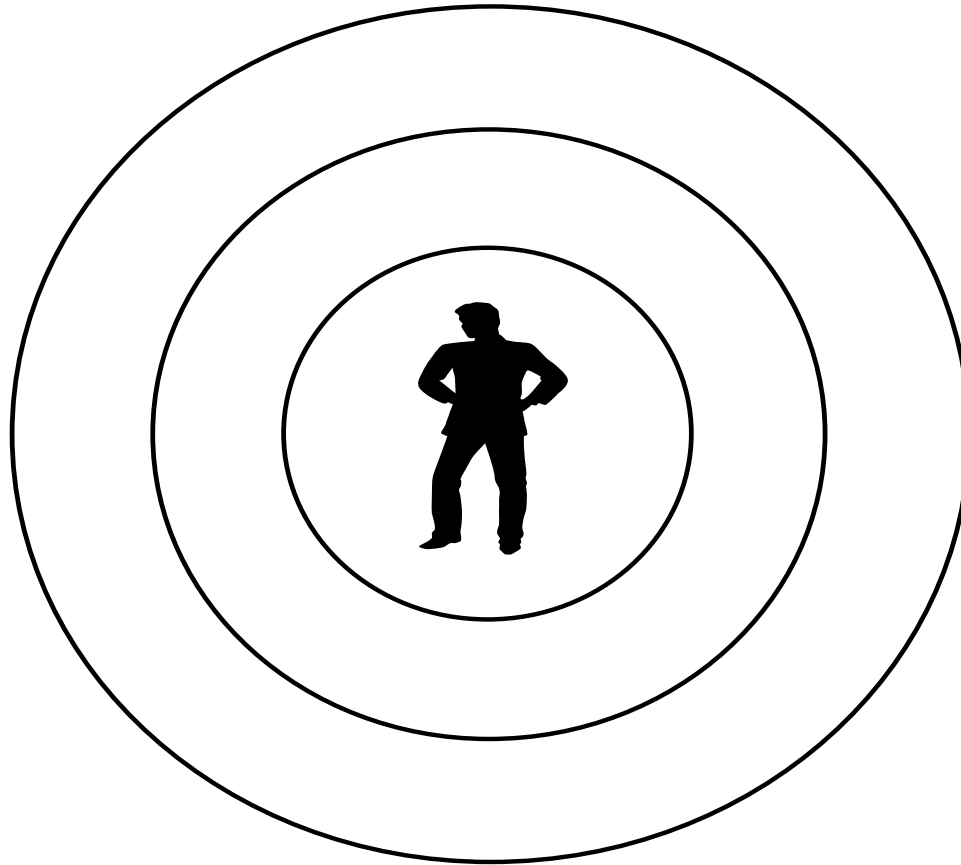




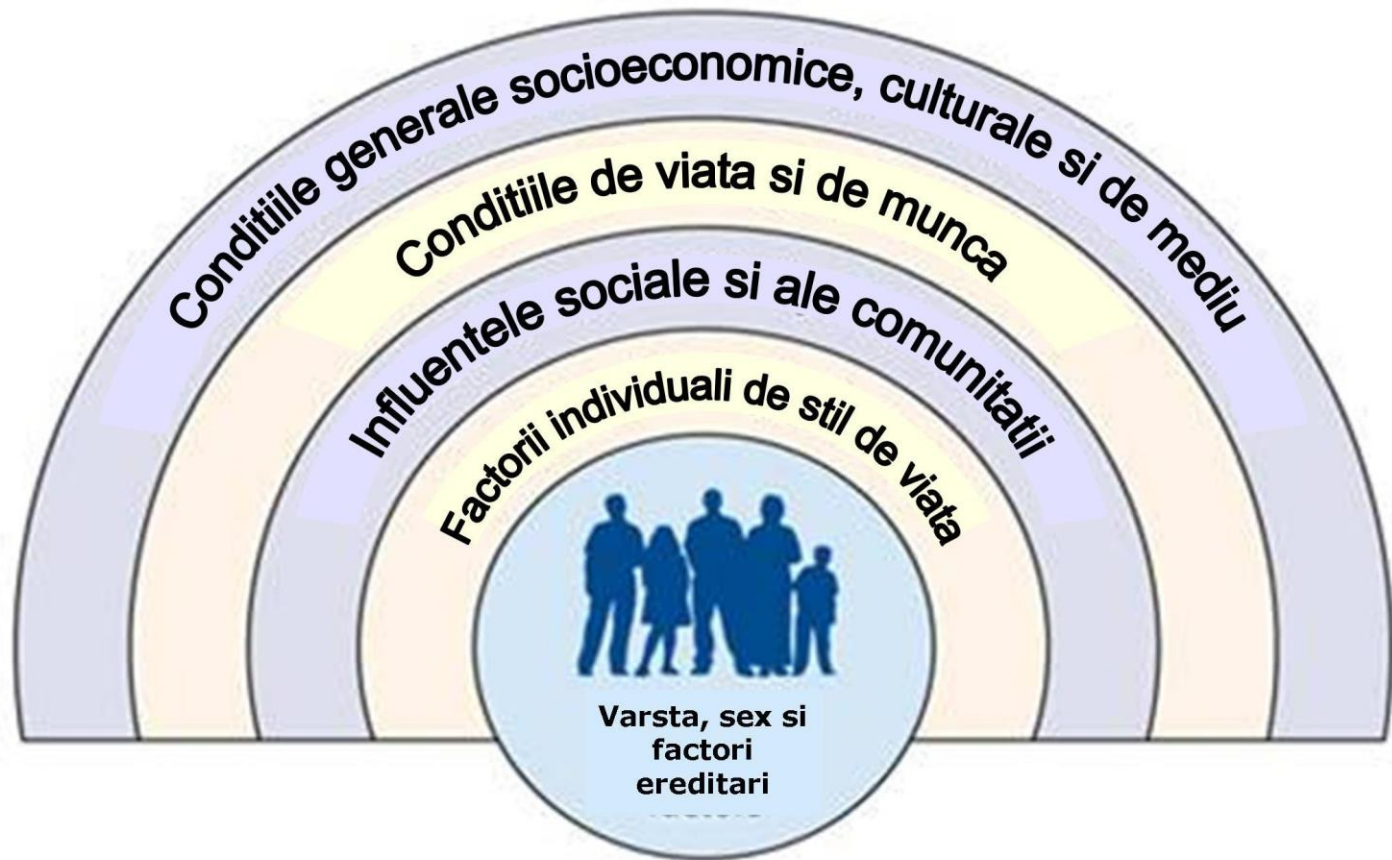
Continutul cursului

- Definirea promovarii sanatatii
- Directii politice de actiune in promovarea sanatatii
- Modele de abordarea a promovarii sanatatii si prevenirea bolilor
- Niveluri de preventie
- Teorii schimbare comportamentala

Ce factori influențează sănătatea?



Determinanții stării de sănătate – modelul "Dahlgren and Whitehead", 1992





Promovarea sănătății

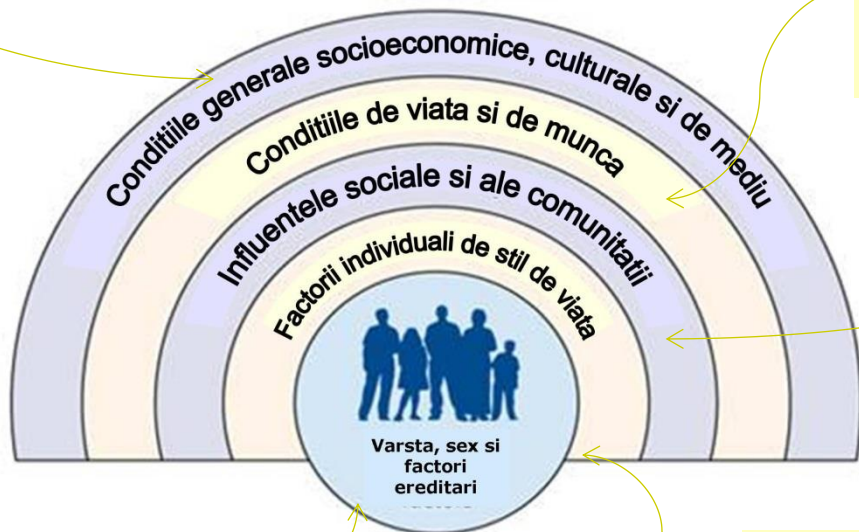
- Promovarea sănătății este **procesul** care oferă oamenilor posibilitatea de a avea un control mai mare asupra propriei sănătăți și de a-și îmbunătăți sănătatea.
- Pentru a atinge o stare completă de bine (bunăstare) fizică, mentală, socială, o persoană trebuie să:
 - Iși identifice obiectivele,
 - Să își realizeze aspirațiile
 - Să își satisfacă nevoile
 - Să își modifice mediul

Charta de la Ottawa de promovare a sănătății și relația cu modelul socio-ecologic al factorilor determinanți ai stării de sănătate



Construirea politicilor de sănătate publică

Crearea de medii suportive, benefice sănătății



Intărirea acțiunilor la nivel comunitar

Reorientarea serviciilor de sănătate

Dezvoltarea aptitudinilor personale



Direcțiile de acțiune stabilite de Charta de la Ottawa pentru îmbunătățirea sănătății



- **Dezvoltarea aptitudinilor personale: prin oferirea de informații**
- Crearea de medii benefice
- Întărirea acțiunilor la nivelul comunității
- Reorientarea serviciilor de sănătate
- Elaborarea politicilor de sănătate publică

1. Dezvoltarea aptitudinilor personale: prin oferirea de informații – educație pentru sănătate, îmbunătățirea practicilor personale.

Scopul: creșterea abilității persoanelor de a face alegeri sănătoase, în cunoștință de cauză, fără a depinde de alții.

Unde? În școli, locuri de muncă și alte locuri de la nivelul comunității.

Aptitudinile vizate: comunicarea, rezolvarea problemelor, planificarea, luarea deciziei, stabilirea de obiective, rezolvarea de conflicte. Sunt aptitudini care permit unei persoane să caute informații, să fie autonomă, să răspundă schimbărilor vieții.

Direcțiile de acțiune stabilite de Charta de la Ottawa pentru îmbunătățirea sănătății



- Dezvoltarea aptitudinilor personale: prin oferirea de informații
- **Crearea de medii benefice**
- Întărirea acțiunilor la nivelul comunității
- Reorientarea serviciilor de sănătate
- Elaborarea politicilor de sănătate publică

2. Crearea de medii suportive, benefice sănătății– ariile în care trăiesc, învață, muncesc se jocă-recrează oamenii.

Scopul: creșterea posibilității ca oamenii să facă alegeri sănătoase.

Ariile vizate: Medii sociale și fizice (locurile de muncă, grupurile de suport, școlile, serviciile de sănătate, mass media, familia pot sprijini crearea de medii suportive)

Exemplu: politicile smoke free la locul de muncă, regulile privind eliminarea deșeurilor toxice.

Direcțiile de acțiune stabilite de Charta de la Ottawa pentru îmbunătățirea sănătății



- Dezvoltarea aptitudinilor personale: prin oferirea de informații
- Crearea de medii benefice
- **Întărirea acțiunilor la nivelul comunității**
- Reorientarea serviciilor de sănătate
- Elaborarea politicilor de sănătate publică

3. Întărirea acțiunilor la nivelul comunității

Scopul: împuternicirea comunităților pentru a identifica și realiza acțiuni care să vină în întâmpinarea grijilor și preocupărilor legate de sănătate.

Ariile vizate: locuri de muncă, școli, autorități locale, medici, cabinete medicale și centre comunitare, grupuri de acțiune locală, grupuri mass media.

Exemplu: spitale fără fumat, spitale prietene ale copilului, programe de promovare a sănătății de la nivelul școlilor.

Direcțiile de acțiune stabilite de Charta de la Ottawa pentru îmbunătățirea sănătății



- Dezvoltarea aptitudinilor personale: prin oferirea de informații
- Crearea de medii benefice
- Întărirea acțiunilor la nivelul comunității
- **Reorientarea serviciilor de sănătate**
- Elaborarea politicilor de sănătate publică

4. Reorientarea serviciilor de sănătate

Scopul: tranziția de la orientarea tradițională a serviciilor (diagnostic, tratament, reabilitare) către promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirii și suportul bunăstării (wellbeing).

Ariile vizate: Schimbarea atitudinii tuturor celor care sunt implicați în planificarea, organizarea și oferirea de servicii de sănătate.

Exemplu: programe –cantina sănătoasă (corn și lapte?).

Direcțiile de acțiune stabilite de Charta de la Ottawa pentru îmbunătățirea sănătății



- Dezvoltarea aptitudinilor personale: prin oferirea de informații
- Crearea de medii benefice
- Întărirea acțiunilor la nivelul comunității
- Reorientarea serviciilor de sănătate
- **Elaborarea politicilor de sănătate publică**

- **5. Elaborarea politicilor de sănătate publică**– vizează toate deciziile luate la nivel guvernamental.

Scopul: conlucrarea tuturor sectoarelor decizionale pentru a ușura sarcina oamenilor de a lua decizii de calitate privitoare la propria sănătate.

Ariile vizate: toate ariile guvernamentale medicale și non-medicale – sectorul de locuințe, angajre, financiar, etc -tot ce are legatura sau poate să influențeze sănătatea.

Exemplu: purtarea obligatorie a centurilor de siguranță, etichetarea produselor alimentare.

Milestones în Promovarea sănătății



- Strategia OMS Sănătate pentru toți până în anul 2000 (1979)
- Charta Ottawa pentru Promovarea sănătății (Noiembrie 1986)
- Recomandarea de la Adelaide pentru Politici Publice Sănătoase (Aprilie 1988)
- Declarația de la Sundsvall privind mediile benefice, suportive pentru sănătate (Iunie 1991)
- Declarația de la Jakarta privind Promovarea Sănătății În Secolul 21 (Iulie 1997)
- Declarația Ministerială de la Mexico privind promovarea Sănătății – de la idei la acțiune (iunie 2000)
- Charta Bangkok pentru Promovarea sănătății într-o lume globalizată (august 2005)
- Declarația Helsinki privind Sănătatea în toate politicile (iunie 2013)

Politica europeană pentru sănătate și bunăstare SĂNĂTATE 2020 (Health 2020)



Arii prioritare:

- Investiții în sănătate folosind abordarea preventivă pe parcursul întregii vieți și împuternicirea oamenilor
- Reducerea poverii celor mai importante boli netransmisibile și netransmisibile de la nivelul Europei
- Îmbunătățirea sistemelor de sănătate centrate pe cetățean și a capacității sănătății publice, inclusiv capacitatea de a înfrunta urgențele
- Crearea de medii suportive, benefice și comunități adaptabile.



Spectrul preventiv

Influențarea politicilor și legislației

Schimbarea practicilor organizaționale

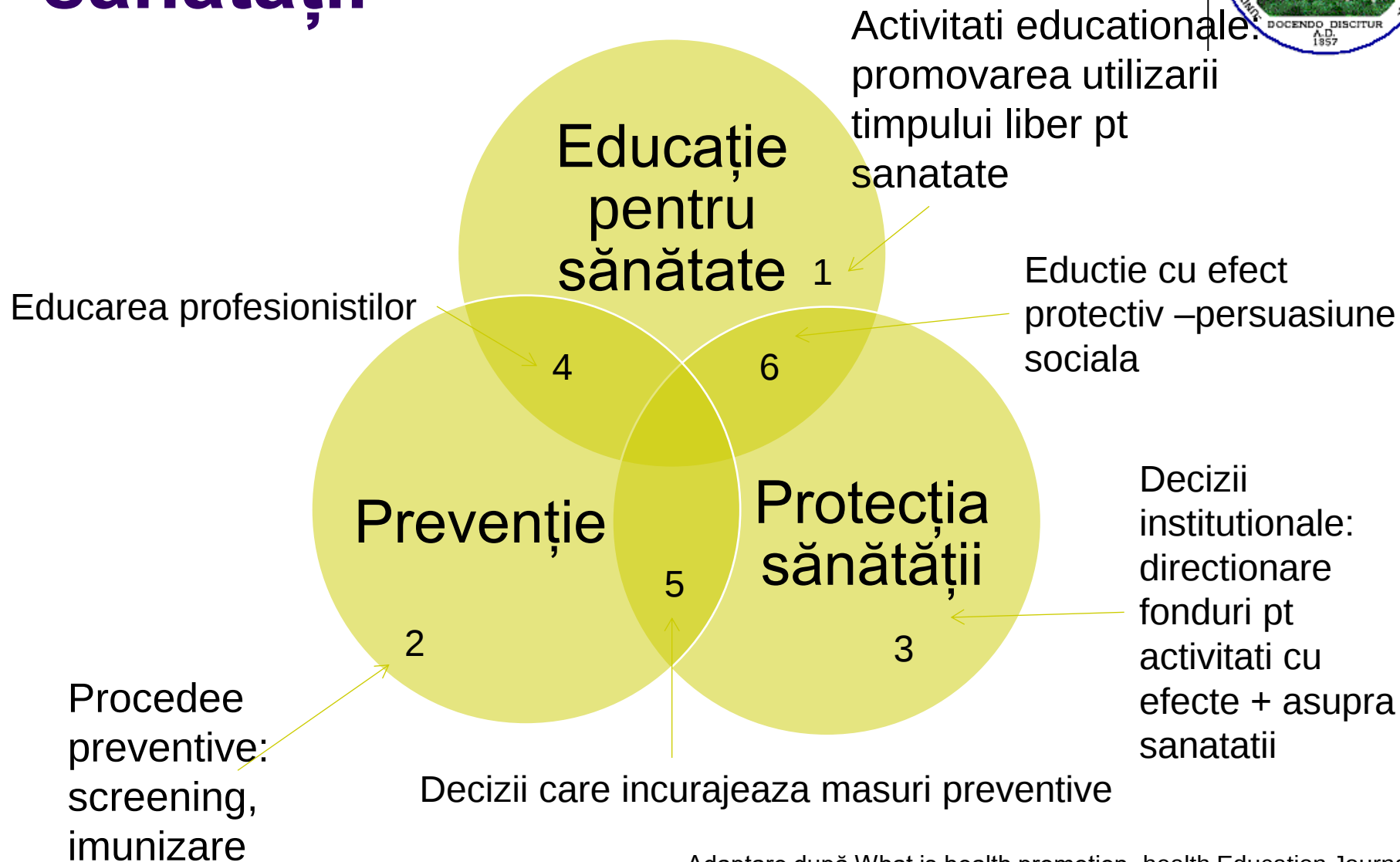
Promovarea coalițiilor și rețelelor

Educarea furnizorilor de servicii

Promovarea educației comunității

Îmbunătățirea cunoștințelor și abilităților individuale

Un model de promovare a sănătății





Modele de abordare a promovării sănătății și prevenirii bolilor

- **1. Modelul bazat pe înțelegerea etiologiei bolilor**
- **2. Modelul epidemiologic** (al bolilor transmisibile, tip cauză-efect) - valabil pt un nr. redus de boli - imp. modelul **multifactorial**
- **3. Modelul etapelor vieții** - elem nefav apar cu probabilități diferite în diferite etape ale vieții (adaptat problematicii actuale a stării de sănătate)



Modelul bazat pe intelegerea etiologiei bolilor

- ***Bolile prenatale care sunt determinate la fecundare***
- defecte și afecțiuni ale unei singure gene, ce produc aberații cromozomiale, independente de mediul ambiental și comportament- nu pot fi în mod practic influențate-frecvența lor este însă rară,
- ***Bolile determinate prenatal, dar după fecundare***, de factori ce apar în perioada intranatală (nidarea oului și primele faze de multiplicare) prin interferarea acestor faze cu unii factori infecțioși, toxici, fizici (rubeola, talidomida, iradiere, fumat, unele droguri despre care nu se știe prea mult, carența de iod care este tot mai frecvent citată în literatura, etc.); **rezulta ca unele afecțiuni din aceasta grupa pot fi controlate.**
- ***Bolile determinate postnatal ca urmare a unor carențe sau agresiuni a factorilor de risc din mediu.***
 - bolile nutriționale-malnutritia; **pot fi prevenite și controlate**
 - bolile infecto-parazitare;
 - bolile legate de carențe igienice.
- ***Boli postnatale determinate de defecte de adaptare a organismului***, a populației la modelul de viață nou, caracteristic țărilor dezvoltate, model de viață determinat de apariția de tehnologii noi, cerințe sociale noi, incapacitatea adaptării organismului la viteza cu care societatea absoarbe tehnologii noi. Apar modificări de comportament și bolile legate de stilul de viață.

Modelul epidemiologic I monofactorial



- este modelul epidemiologic al bolilor transmisibile (agent cauzal-efect)
- măsurile de intervenție se vor adresa fie receptorului prin creșterea rezistenței specifice și/sau nespecifice, fie vectorului, prin întreruperea căilor de transmitere.
- acest model este valabil pentru un număr limitat de boli- nu pentru cele cu caracter plurifactorial

Modelul epidemiologic II plurifactorial



A.Bolile inimii -fumatul -HTA -hipercolesterolemia -diabetul -sedentarismul -comportamentele	B.Bolile vasc. cerebrale -HTA	C.Cancerul -fumatul -alcoolul -dieta -comportamentul sexual -radiatia solara -radiatia ionizanta -riscurile locului de munca -contaminantii mediului -medicamente -agenti infectiosi
D.Accidente de circulatie -alcoolul -viteza -proiectarea autovehiculului -drumurile -medicamente	E.Gripa-pneumonia -starea vaccinala -rezistenta scazuta -fumatul	F.Alte accidente -alcoolul -proiectarea de produse -riscurile domestice -disponibilitatea armelor de foc
G.Sinucideri/omucideri -alcoolul -arme -drogurile -stressul	H.Ciroza -alcoolul -hepatitele Catedra de Sanatate Publica si Management	I.Diabetul -obezitatea

Modelul epidemiologic II plurifactorial



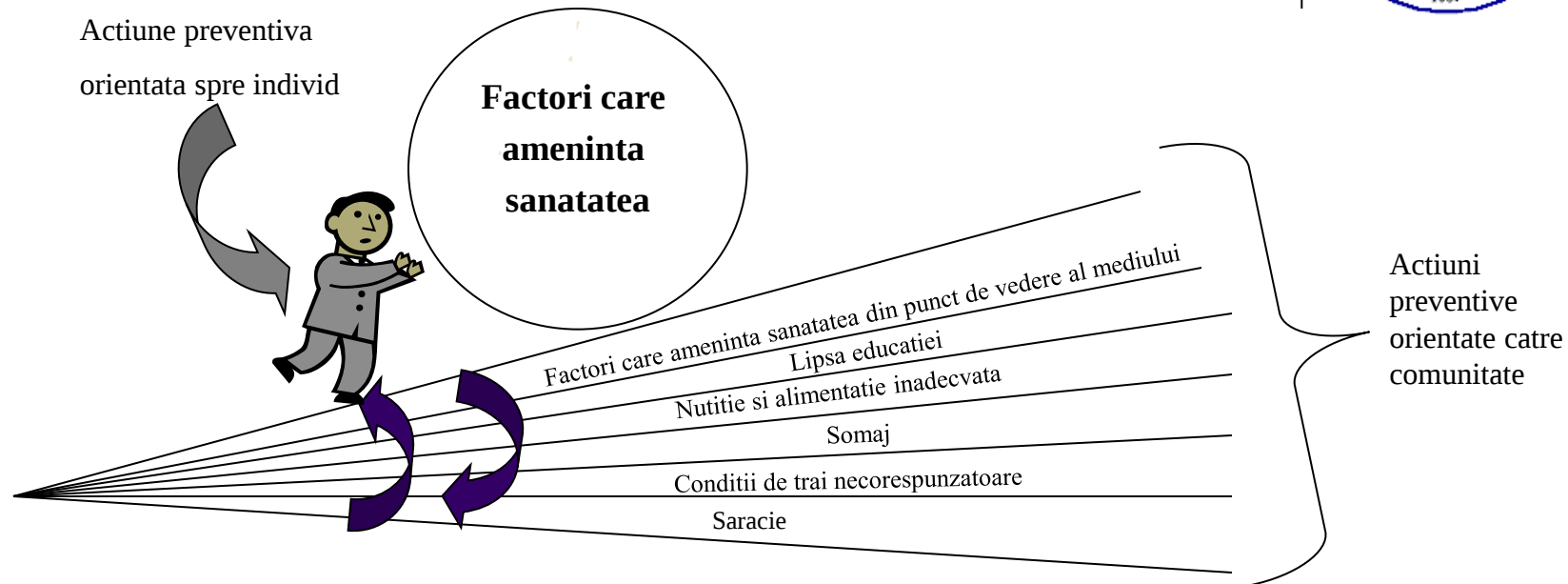
Factor de risc	BCV	AVC	Cancer	BPOC	Diabet	Ciroza	Malf.
Fumat	*	*	*	*	*		*
Alcool			*			*	*
Colesterol	*	*	*		*		
HTA	*	*			*		
Dieta	*	*	*		*	*	*
Obezitate	*	*	*	*	*		
Sedentarism	*	*		*	*		
Stress	*		*		*		
Droguri			*		*	*	*
Profesie	*	*	*	*	*	*	*
Mediu	*		*	*	*		*
Mediu social	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)

Modelul etapelor vieții



Examen si proceduri	20-39ani	40-59ani
greutate si inaltime	*	**
aprecierea dezvoltarii	-	-
TA	*	**
auzul	-	**
vazul	-	**
vorbirea	-	-
screenig scolioza	-	-
tegumente	*	-
ex. sin	-	**
ex. rectal	-	*
mamografie(>50 ani)	-	*
ECG	-	*
colesterolemie	-	*
VDRL	*	-
Babes-Papanicolau	-	*
culturi gonococ	-	-
rubeola - titrul	*	-
glicemie	-	**
hematocrit	-	*
ex. urina (proteine, germeni)	-	**
hemoragii oculte	-	**

Limitele utilizarii abordarilor individualizate pentru a modifica determinantii sanatatii



Sursa: Pauline Ginnetty, Community Development and Health Network, NI 2001 – “Tools of the Trade”



Strategii preventive

- O lucrare clasică evidențiază nevoia de a împărtăși modelele de prevenire a bolii în funcție de focus-ul acestora: individul-populația.
- **Strategia bazată pe demersul individual** – interesează boala și **cauzele bolii individului**, act. se adresează exclusiv individului - aparține sectorului clinic
- **Strategia populațională** - interesează **incidența bolii** în populație,-aparține sectorului de sănătate publică
 - Strategia riscului înalt
 - Strategia ecologică

După Geoffrey Rose, *Sick Individuals and Sick Populations*, *International Journal of Epidemiology* 1985;**14**:32–38.

Strategia bazată pe demersul individual



- Apartine exclusiv sectorului clinic, este adresată persoanei bolnave-persoanei care s-a adresat medicului.
- Întrebarile pe care si le pune medicul cînd are bolnavul în față:
 - **"De ce a facut boala?"**
 - **"De ce a facut-o acum?"**
 - **"Ce-ar fi trebuit sa faca bolnavul ca boala sa nu fi aparut?"**
- Este strategia în care, in fiecare moment, în mintea medicului trebuie sa apară ideea riscului relativ ca expresie a forței asociației epidemiologice.
- Este o strategie importanta pentru practica medicala in raport cu persoana bolnavă.

Strategia populațională: Strategia riscului înalt



- **Principiu:** se adreseaza persoanelor cu cea mai mare probabilitate de a face boala.
- Necesita identificarea persoanelor cu risc inalt (Screening, selectia pers expuse la anumiti FR; profesionali,grupa de varsta,etc.)

Strategia riscului înalt - avantaje si limite



- Intervențiile sunt adecvate intereselor individului (clinic) - beneficiu individual mare
- Motivatie mai mare de a participa, atat a individului, cât și a medicului
- Cost/eficace
- Rap beneficiu/risc favorabil
- Identificarea dificilă a persoanelor cu risc crescut, costuri asociate identificării
- Protejeaza doar grupul identificat inițial (efecte paleative, limitate și temporare)
- Segregare etică
- Neprotejarea persoanelor la risc mic si mediu, care sunt cele mai numeroase

Strategia populațională: strategia ecologică



- Se adreseaza întregii populații, pornind de la prezumția ca indivizii cu risc înalt sunt puțini, iar cei cu risc mediu și mic foarte numeroși
- Scade **incidența bolii**, prin scăderea nivelului mediu al FR (încearca să modifice distribuția factorilor de risc în populație)

Strategia ecologică - avantaje si limite



- Nu necesita identificarea grupurilor cu risc crescut
- Efecte radicale (modifică distributia FR)
- Potential mare pt întreaga populatie (beneficii mari)
- Adekvată comportamental si psihologic
- Efectele se mentin in timp
- Avantaje mici pt cei la risc înalt (beneficiu individual redus) - paradoxul prevenției
- Motivatie redusa si pt indivizi si pt medic
- Rap beneficiu/risc mai mic

Exemple de acțiuni preventive a BTS: model individual versus model populațional



	Individual	Populațional
Obiective ale prevenției	Prevenirea infectării	Prevenirea transmiterii
Screening	Cautarea și tratarea contactilor	Screening bazat de factori de risc pt raspandirea BTS
Promovarea utilizării prezervativului	Promovarea utilizării de către bărbați cu soțiile	Promovarea utilizării de către bărbați cu lucrătoare sex comercial
Imbunatatirea accesului la servicii pt BTS	Asigurarea serviciilor către asigurați	Asigurarea de acces liber la servicii pt persoanele la risc – ex: utilizatori de droguri injectabile



Concluzie

- Conduita optimă ar consta în îmbinarea celor două strategii, deoarece ele sunt complementare, nu competitive!

Model de intervenție preventiv - Nivelurile de prevenție



- Acest model, dezvoltat de [Leavell and Clark] în 1975 și reformulat de Winston Mendez Davidson are aplicație atât în medicina clinică, dar și în sănătatea publică.
- Modelul delimita inițial trei, în prezent patru niveluri de aplicare a măsurilor preventive care pot fi utilizate pentru promovarea sănătății și oprirea procesului de îmbolnăvire în diferite puncte ale continuumului _fara boala- factor de risc-boala _
- Obiectivul principal al modelului Nivele de prevenție este de a menține sănătatea și de a preveni boala.

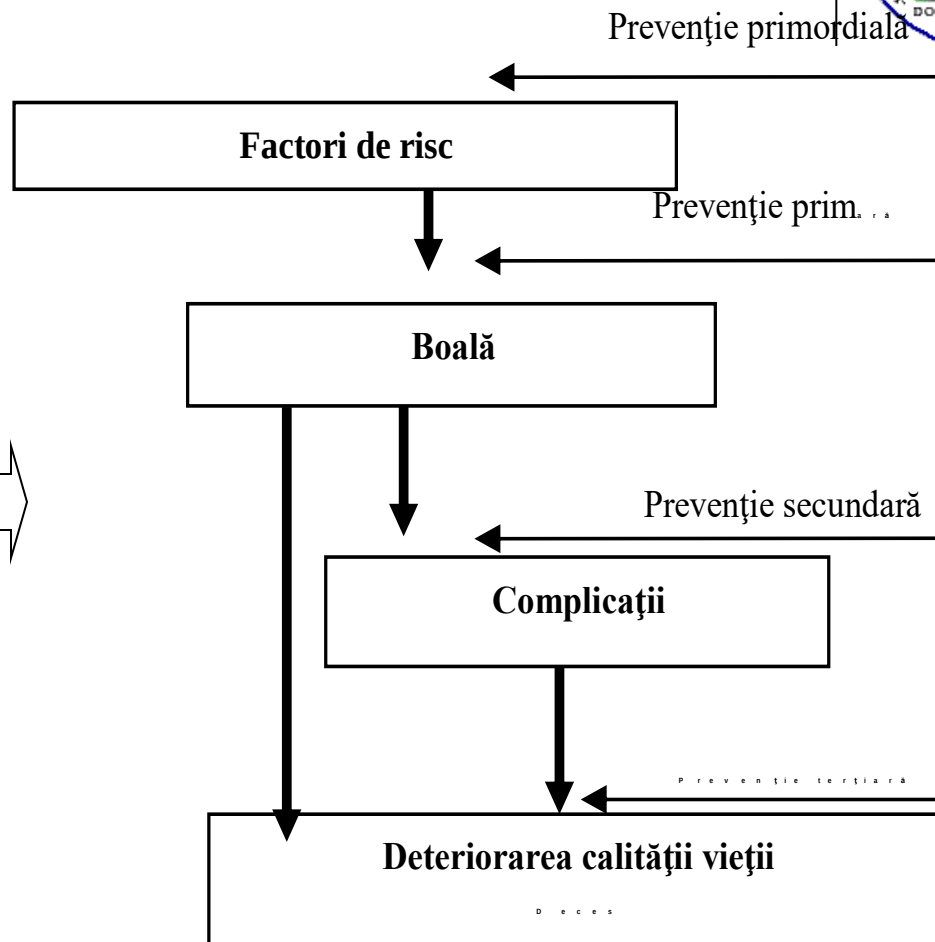
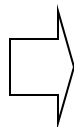
Model de intervenție preventiv - Nivelurile de prevenție

- Modelul se bazează pe modelul epidemiologic al bolilor (agent cauzal – efect). Stadii:
 - A: adaptare
 - B: expunere la risc ->contact factor risc ->stadiu precoce modificari precursoare bolii
 - C: stadiu precoce de identificare boala - > stadiu tardiv de identificare boala -> boala avansată
 - D: cronicizare/ reabilitare/ recuperare deces
- Nivelurile sunt:
 - Prevenție primordială,
 - Prevenție primară
 - Prevenție secundară
 - Prevenție terțiară

Niveluri de intervenție-tipuri de prevenție



- **Prevenția primordială**
(modificarea distribuției factorilor de risc în populație)
- **Prevenția primară**
(evitarea apariției bolii la nivel de individ)
- **Prevenția secundară**
(dg. precoce pt. evitarea cursului nefavorabil și consecințelor bolii)
- **Prevenția terțiară**
(reinsertia socio profesională)





Prevenția primordială

- **impiedică apariția și stabilirea unor modele sociale/economice/culturale de viață, despre care se știe că pot contribui la creșterea riscului de boală (poluare atm, efect de sera, fumat).**
- Se modifică **distribuția factorilor de risc** în populație.
- Reglementari stricte din partea guvernelor/statului; acțiune intersectorială la nivel instituțional înalt
- Exemple:
 - politici de control al consumului de tutun (accize, vanzare)
 - politici nutritionale (agricultura, industria alim, importul alim)



Prevenția primară

Scăderea incidenței bolii prin măsuri destinate **persoanei sănătoase**. Sunt măsuri de intervenție adresate scăderii expunerii la risc sau scăderii contactului cu factorii de risc: detectarea, evitarea, descurajarea, prevenirea expunerii la cauze de boală-factori de risc.

Exemple:

- utilizarea prezervativului pt preventia HIV, campanii de informare-educare a populației despre modalitățile de transmite a infectiei HIV
- utilizarea instrumentarului medical de unică folosință
- utilizarea centurii de siguranță
- vaccinarea, profilaxia în cazul călătoriilor în zone cu potențial infecțios.
- chimioprofilaxia



Prevenția secundară

- **Depistarea precoce a bolii, pentru a preveni instalarea complicațiilor**
- Efect: reducerea prevalenței, prin scăderea duratei bolii și grăbirea vindecării ($P=I \times D$)
- Imp: depistarea în faza preclinică - posibil dacă există faza preclinică, e ușor de identificat și e posibil de tratat
- Ex: Screening pt K cervical, screening neonatal pentru fenilcetonurie, diagnostic precoce TB, screening pentru pierderea auzului la vârstnici

Prevenția terțiară

- Prevenția terțiară se face după ce o boală a apărut deja.
- Reduce evoluția și complicațiile unei boli (incapacitate, handicap, sechele)
- Presupune principii precum: re-stabilizarea, re-antrenare, re-motivare, re-socializare, re-integrare.
- Promovează adaptarea pacienților la condiția unei boli incurabile
- Uneori e dificil de separat de tratamentul propriu-zis al bolii

Teorii și modele de schimbare comportamentală



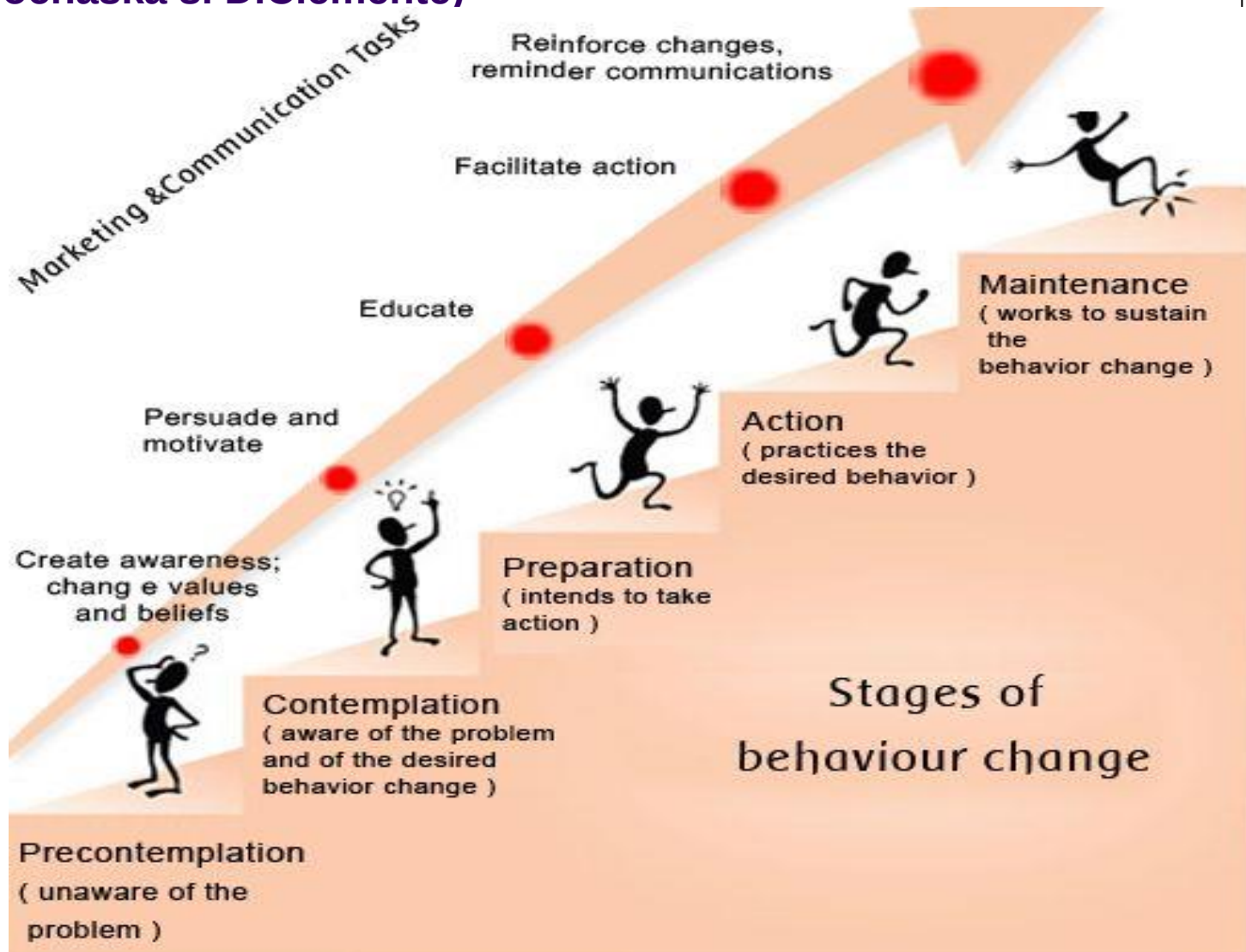
Premisele utilizării teoriilor și modelelor de schimbare în promovarea sănătății:

- **Comportamentul uman determină o mare parte de morbiditate și mortalitate**
- **Comportamentul uman se poate schimba**

Teoriile și modelele urmăresc identificarea factorii/ mecanismele care determină comportamentele și schimbarea lor.

Modelul etapelor schimbarii

(Prochaska si DiClemente)



Teoria difuziei inovatiei

(Everret Rogers)

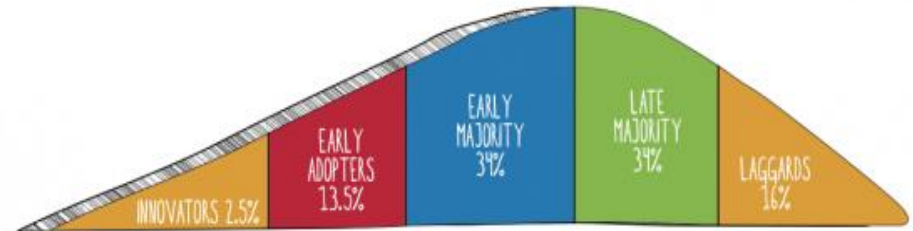


1. Inovatorii – persoane cu numar mare de contacte in afara comunitatii, cu acces la noutati ,cei care vor sa invete mai multe despre lumea din afara comunitatii lor

2. Rapid adoptativii -lideri de opinie care au contacte mai multe in comunitate, tind sa aiba un grad inalt de educatie

3. Majoritatea timpurie – cei care adopta de vereme noul comportament, sunt mai ezitanti. dar nu le e frica de noutate

DIFFUSION OF INNOVATION MODEL



ESSENTIAL MARKETING MODELS [HTTP://BIT.LY/SMARTMODELS](http://bit.ly/smartmodels)

4. Majoritatea intarziata- grup care tinde sa aiba un status social mai redus, un grad mai redus de educatie si o retea de comunicare mai putin activa.

5. Refractarii – grup care nu adopta noul comportament, decat daca nu au alta alternativă