

ABORDARI IN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

Curs
Studenti anul V, Facultatea de Medicina
Disciplina de Sănătate Publică și Management
UMF Carol Davila București
25 Octombrie 2017

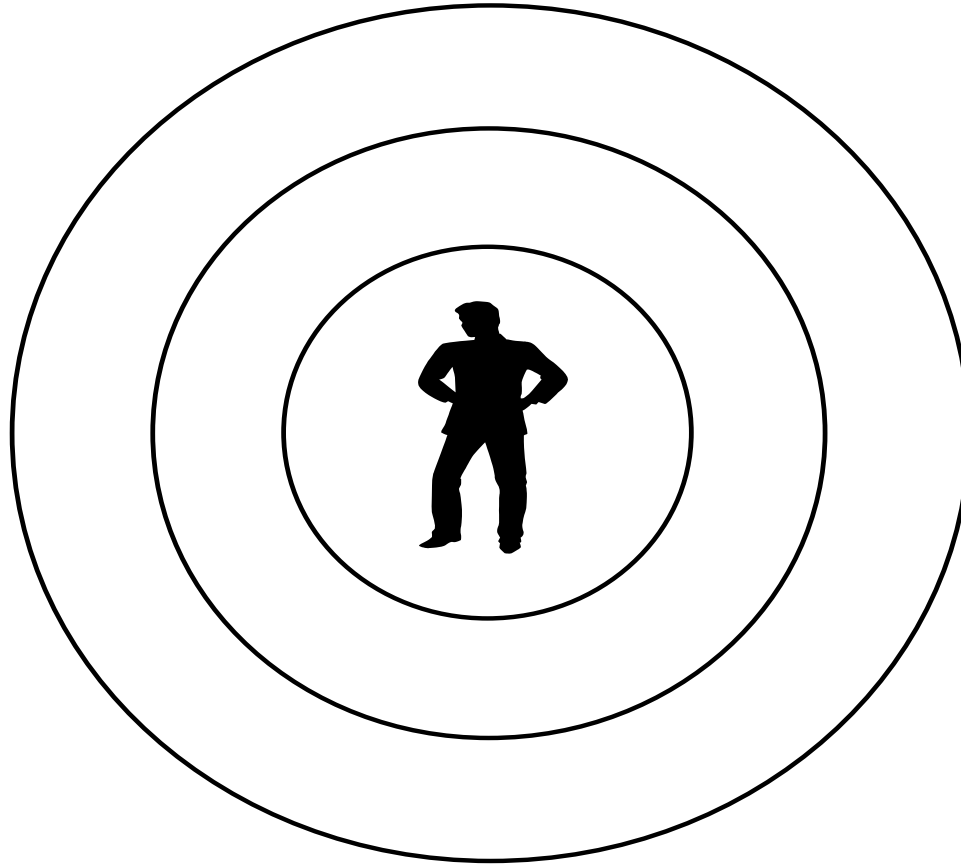


SUMAR

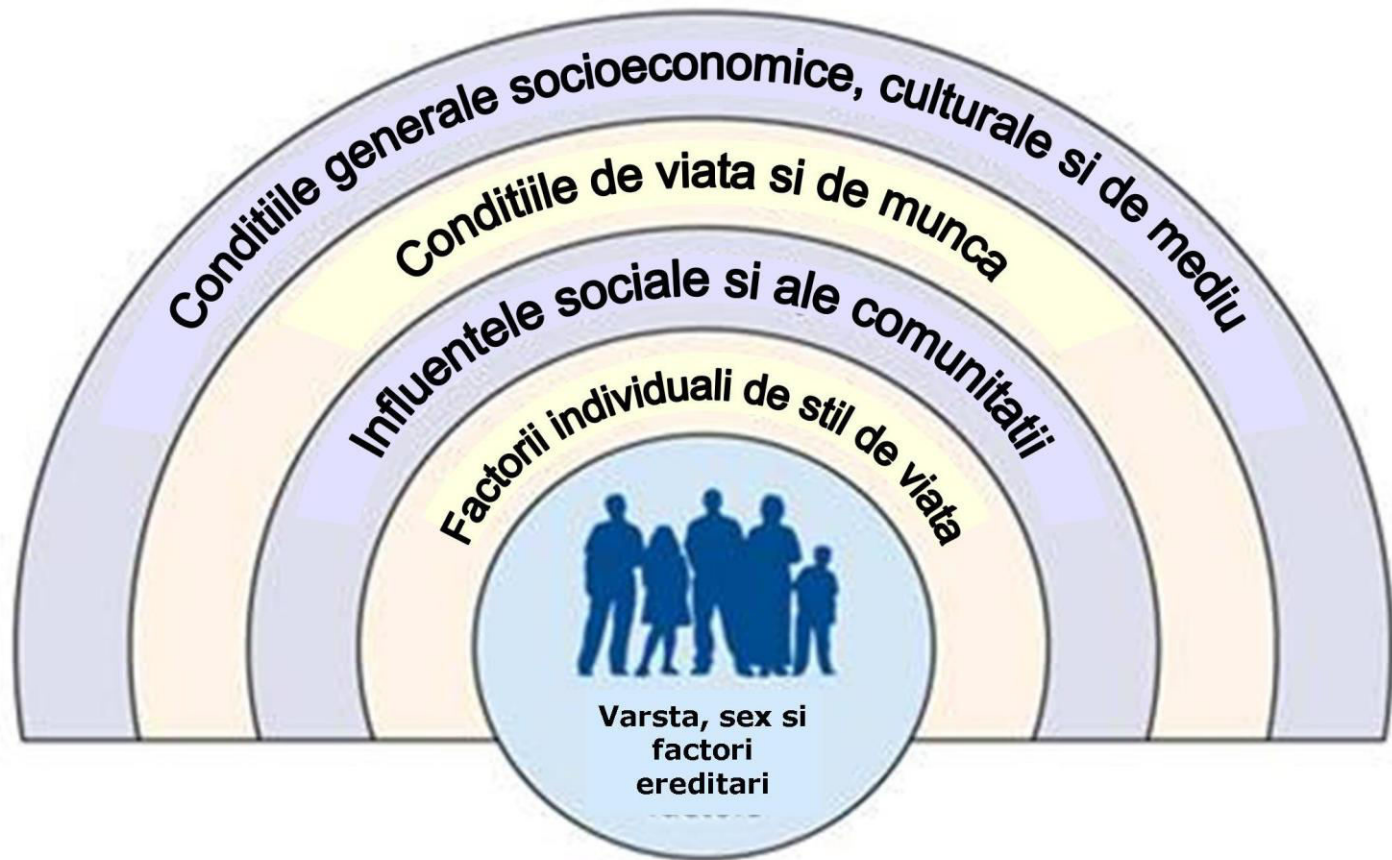


- Modelul factorilor determinanti ai starii de sanatate “Dahlgren and Whitehead”
- Definire si principii utilizate in promovarea sanatatii
- Modele de abordare in promovarea sanatatii
- Teorii comportamentale

Ce factori influențează sănătatea?



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





Promovarea sănătății

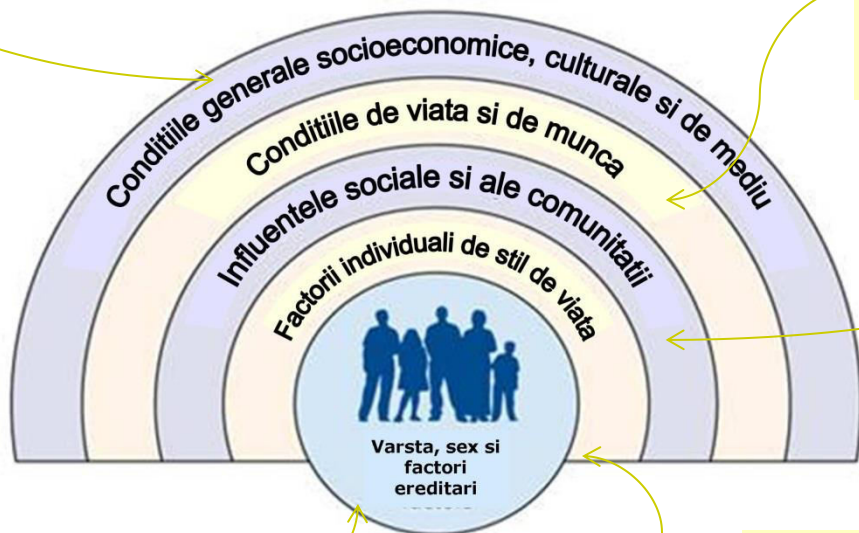
- Promovarea sănătății este **procesul** care oferă oamenilor posibilitatea de a avea un control mai mare asupra propriei sănătăți și de a-și îmbunătăți sănătatea.
- Pentru a atinge o stare completă de bine (bunăstare) fizică, mentală, socială, o persoană trebuie să:
 - Iși identifice obiectivele,
 - 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 personelor 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 joacă-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, inițiativele “orase sanatoase”.

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: implicare în dezvoltare programe –cantina sănătoasă.

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: legislație pt. 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

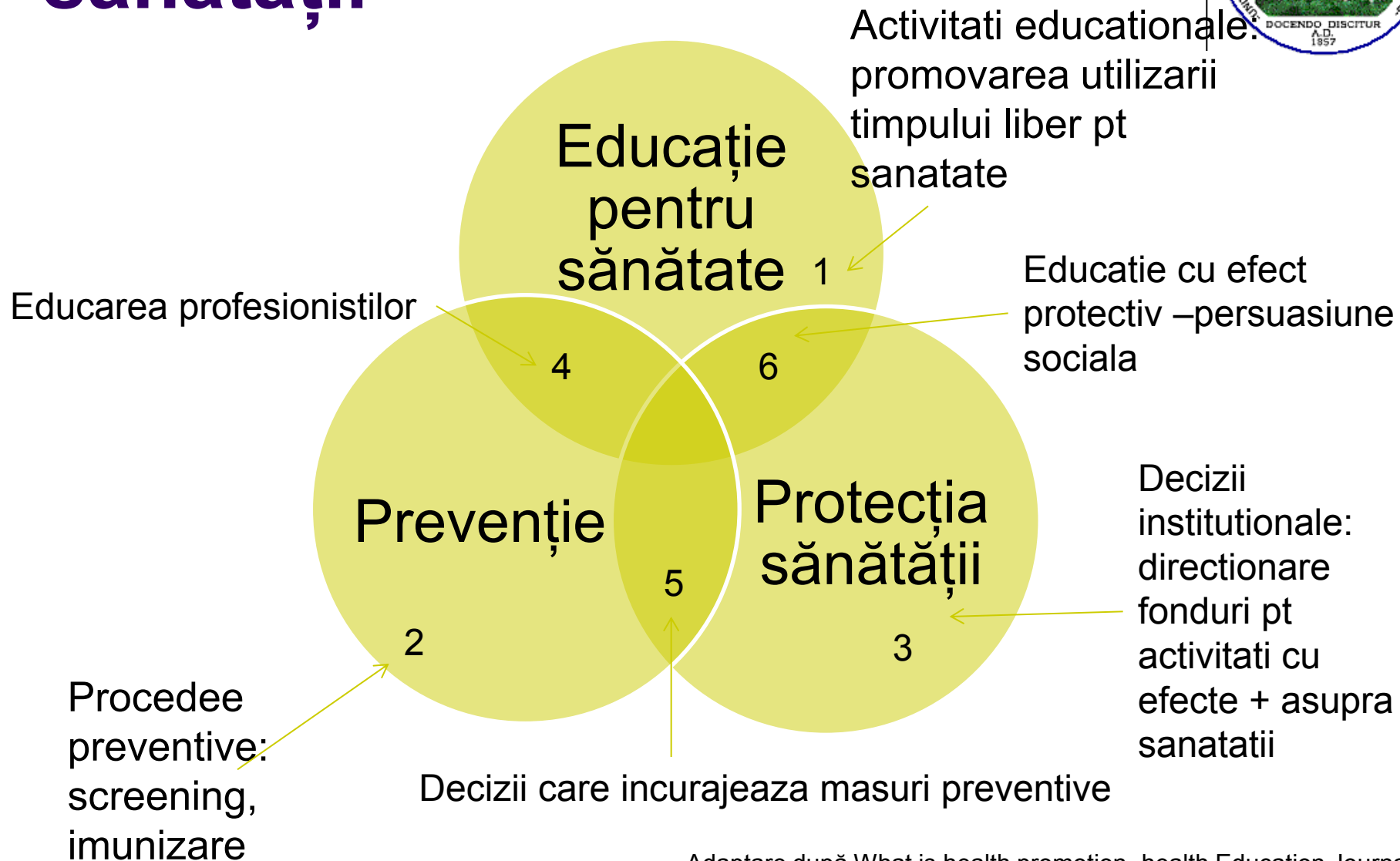
Promovarea coalițiilor și rețelelor

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, carența de iod, 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, UMF "Carol Davila" Bucuresti	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 epidemiologic II plurifactorial

- 80% dintre bolile cardiovasculare si accidentele vasculare cerebrale
- 80% dintre cazurile de diabet
- 40% tumori

pot fi prevenite prin eliminarea **factorilor de risc comuni** principalelor boli netransmisibile dominante ale tabloului de morbiditate:

- fumatul,
- alimentatia nesanatoasa,
- lipsa activitatii fizice,
- consumul in exces de alcool.

Modelul etapelor vietii - concepte



- Expunerea la riscuri apare cu frecventa diferita in diferite etape cheie ale vietii producand efecte ireversibile asupra starii de sanatate – exista **perioade critice de expunere**.
 - *Ex: alimentatie deficitara a mamei in sarcina G mica la nastere copil*
- Expunerea la diversi factori fizici si sociali determinanti ai sanatatii in perioadele de **gestatie, copilarie, adolescent, adult tanar, adult**, cresc riscul de aparitie a afectiunilor cronice, dupa trecerea de aceste perioade din viata deoarece **efectele expunerii sunt cumulative**.
 - *Ex: boli respiratorii frecvente in copilarie se asociaza cu absente repetate de la scoala, nivel educational scazut, sanse crescute de a fuma in perioada adulta.*

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	-	**



Modelul etapelor vietii

- Abordare recomandata de politica europeana OMS-SANATATE (HEALTH) 2020.
- Actiunile de promovare a sanatatii realizate specific de-a lungul cursului/etapelor vietii:
 - Sunt eficiente,
 - Cresc calitatea vietii indivizilor in perioada de adult si varstnic,
 - Previn aparita de dizabilitati si mentin independenta persoanelor varstnice.

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 îmbolnavire 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.



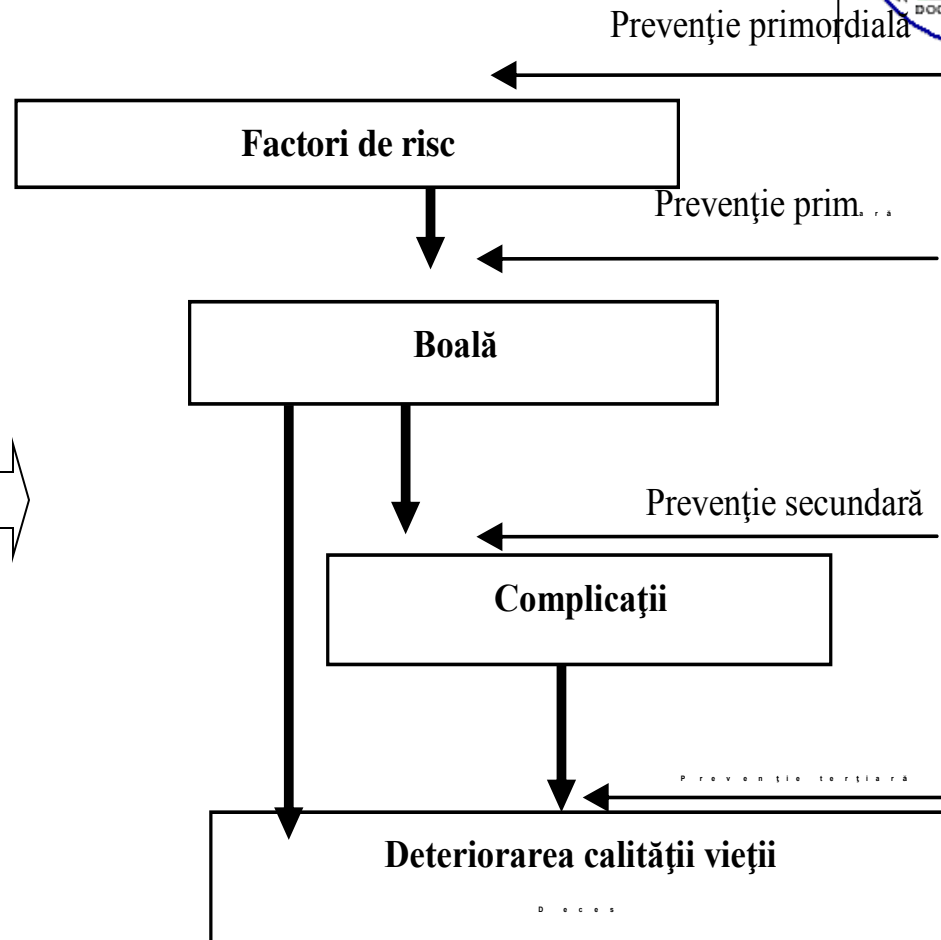
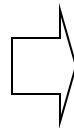
Model de intervenție preventiv - Nivelurile de prevenție

- 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

Ce spun medicii despre promovarea sanatatii?



- NU MAI FUMA!
- FA SPORT!
- ALIMENTEAZA-TE SANATOS!

- Sunt informatiile utile pentru pacienti? Li ajuta sa isi schimbe obiceiurile?
- Cand si cum transmitem mesaje de promovare a sanatatii pentru ca ele sa produca efectul scontat?

Ce spun cercetarile? Vocea pacientilor:



- Exista relatie semnificativa statistic intre transmiterea mesajelor de promovare a sanatatii de catre medicul de familie si adoptarea unui comportament orientat spre sanatate (calitatea a vietii mai buna si nr mai mic de vizite in departamentul de primiri urgente).
- 50-60% dintre medici au dat mesaje de promovare a sanatatii pacientilor cu boli cronice (sau pacientii nu-si amintesc?) (1)
- 10-37% dintre pacienti primesc mesaje de promovare a sanatatii. (2)
- Mesajele de promovare a sanatatii nu au avut effect la pacientii cu probleme de sanatate mentala (semne de depresie, descurajare, tristate/disperare.) (1)

- 1. Al Sayah F, Agborsangaya C, Lahtinen M, Cooke T, Johnson JA. Mental health and the relationship between health promotion counseling and health outcomes in chronic conditions. Cross-sectional population-based study. *Can Fam Physician*. 2014;60:e113-20
- 2. Sauvageau C1, Groulx S, Pelletier A, Ouakki M, Dubé E., 31-5. Do you counsel your patients on their health behaviors? *Can J Public Health*. 2008 Jan-Feb;99(1):

Ce spun cercetarile? Vocea medicilor:



- 50% dintre medicii de familie: activitatile de promovare a sanatatii sunt dificil de realizat. (1)
- De ce? bariere: incarcatura de lucru, lipsa de timp, ne remunerarea activitatilor de promovare a sanatatii.
- **Se aplica zicala “Cizmarul nu are cizme?” in promovarea sanatatii?**
- Medicii fumatori –dau intr-o masura mai mica sfaturi fumatorilor
- Medicii care fac sport –sfatuiesc intr-o masura mai mare pacientii sa practice activitati fizice
- 1. [Carlos Brotons](#) and all, Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe, [Preventive Medicine, Volume 40, Issue 5](#), May 2005, Pages 595-601

Teorii și modele de schimbare comportamentală



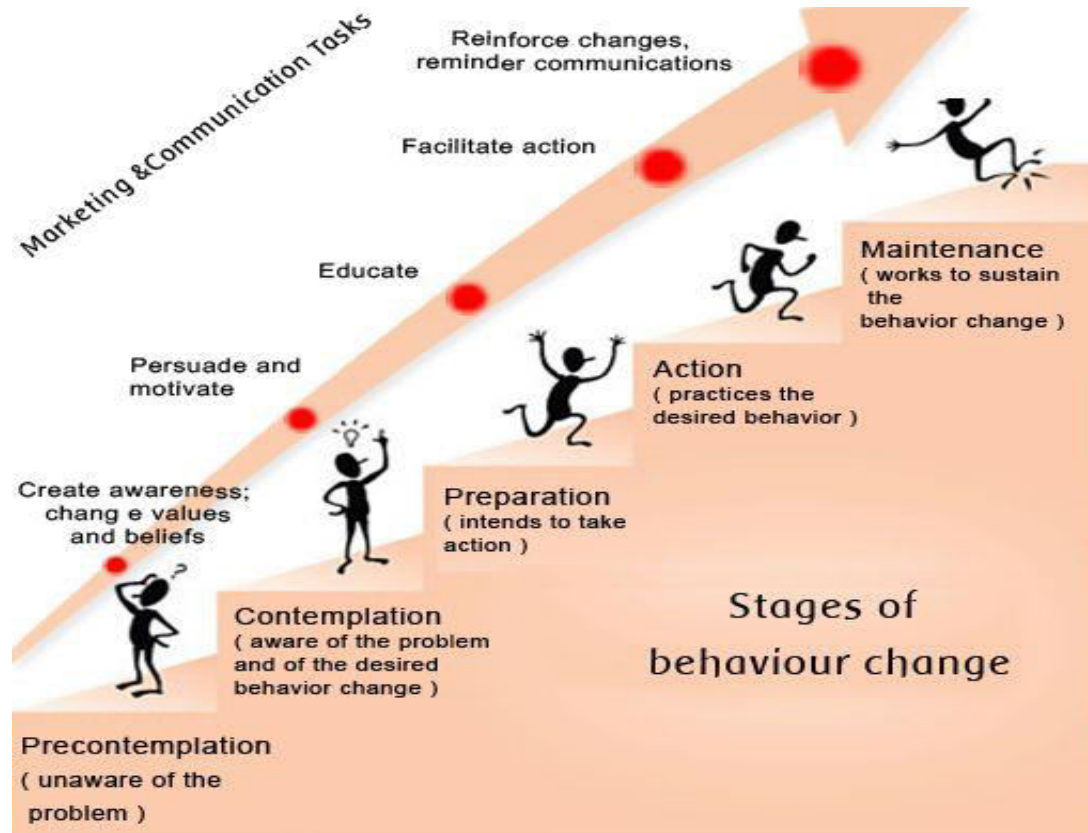
Premisele utilizării teoriilor și modelelor de schimbare în promovarea sănătății:

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

Teoriile și modelele urmăresc identificarea factorilor/ mecanismelor care determină comportamentele și schimbarea lor.

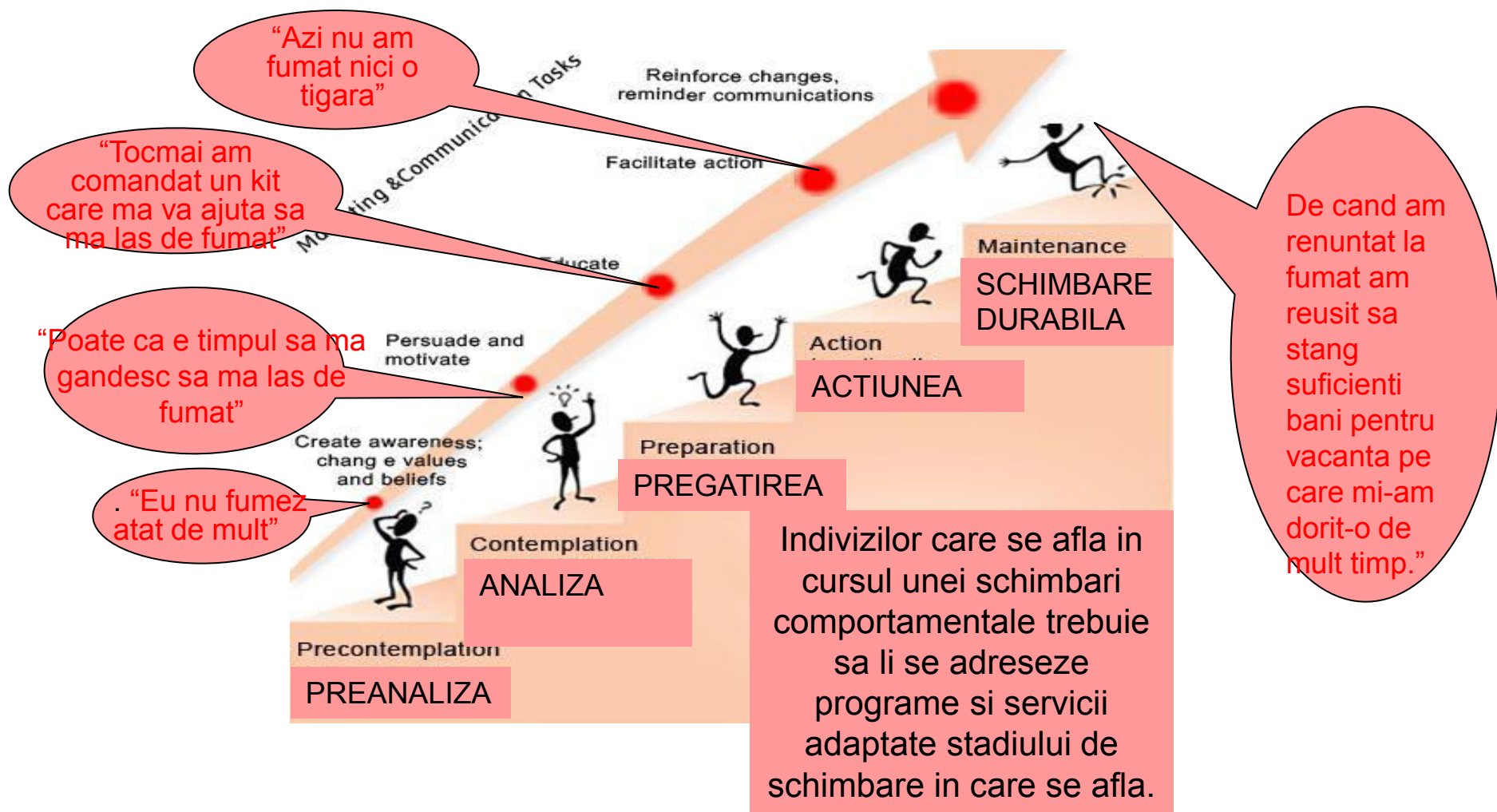
Modelul etapelor schimbarii

(Prochaska si DiClemente)



Modelul etapelor schimbarii

(Prochaska si DiClemente)



Teoria difuziei inovatiei

(Everret Rogers)



Teoria difuziei inovației



- Programe de promovare a sănătății- intervenții scurte, intense și limitate în timp – ex. :campanii de imunizări.
- Schimbările sunt continue și implică indivizii "în valuri". Există o anumită secvențialitate după care sunt convertite grupurile:

Teoria difuziei inovației - categorii



- **Inovatorii** – persoane cu număr mare de contacte în afara comunității, care au acces la noutăți datorită socializării. tind să aibă un grad mai mare de educație, mai mult acces la massmedia, tind să acționeze mai independent și sunt dispuși să triasca anumite incertitudini
- **Rapid adoptativi** - lideri de opinie care au contacte mai multe în comunitate, tind să aibă un grad înalt de educație, să controleze resursele și castiga respectul celorlalți din comunitate.

Teoria difuziei inovației - categorii



- **Majoritatea timpurile** – cei care adopta de vereme noul comportament, sunt mai ezitanti decat rapid adoptativii dar sunt persoane caorora nu le e frica de noutate. De obicei sunt persoane de clasa medie, care prefera sa observe o noutate pana cand sunt singuri si observa ca totul decurge bine.
- **Majoritatea intarziata**-Grup care tinde sa aiba un status social mai redus, un grad redus de educatie si o viziune locală. Gândesc concret si sceptic si au o retea de comunicare mai putin activă.
- **Tradiționaliștii** – grupul care adoptă noul comportament, doar dacă nu mai este ofertant vechiul comportament. Tind să fie persoane mai în vârstă, rezistente la schimbare.