

ABORDĂRI ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

Curs
Studenti anul V, Facultatea de Medicină
Disciplina de Sănătate Publică și Management
UMF Carol Davila București
2018-2019



SUMAR



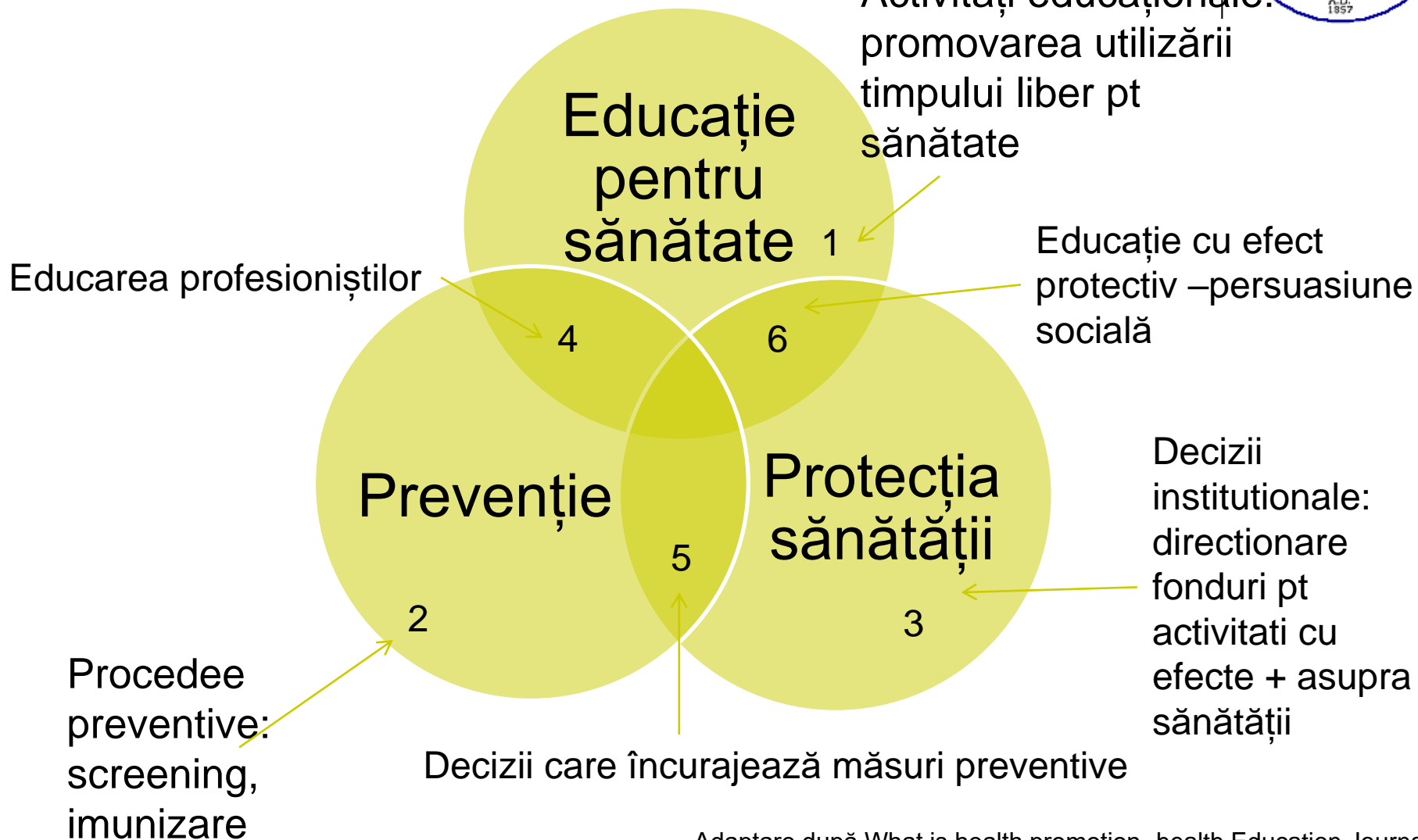
- Modelul factorilor determinanți ai stării de sănătate “Dahlgren and Whitehead”
- Definiție și principii utilizate în promovarea sănătății
- Modele de abordare în promovarea sănătății
- Nivele de prevenție
- Strategii preventive
- Teorii comportamentale utilizate pentru promovarea sănătății

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 în care trăiește.

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



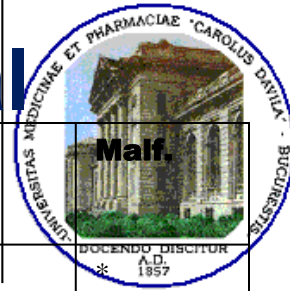
- este **modelul epidemiologic al bolilor transmisibile** (agent cauzal-efect)
- măsurile de intervenție se vor adresa fie **receptorului** prin creșterea rezistenței specifice și/sau nespecifice, fie **vectorului**, prin întreruperea căilor de transmitere.
- acest model este valabil pentru un număr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

Modelul epidemiologic II plurifactorial



<p>A. Bolile inimii</p> <ul style="list-style-type: none"> -fumatul -HTA -hipercolesterolemia -diabetul -sedentarismul -comportamentele 	<p>B. Bolile vasc. cerebrale</p> <ul style="list-style-type: none"> -HTA 	<p>C. Cancerul</p> <ul style="list-style-type: none"> -fumatul -alcoolul -dieta -comportamentul sexual -radiatia solara -radiatia ionizanta -riscurile locului de munca -contaminantii mediului -medicamente -agenti infectiosi
<p>D. Accidente de circulatie</p> <ul style="list-style-type: none"> -alcoolul -viteza -proiectarea autovehiculului -drumurile -medicamente 	<p>E. Gripa-pneumonia</p> <ul style="list-style-type: none"> -starea vaccinala -rezistenta scazuta -fumatul 	<p>F. Alte accidente</p> <ul style="list-style-type: none"> -alcoolul -proiectarea de produse -riscurile domestice -disponibilitatea armelor de foc
<p>G. Sinucideri/omucideri</p> <ul style="list-style-type: none"> -alcoolul -armele -drogurile -stressul 	<p>H. Ciroza</p> <ul style="list-style-type: none"> -alcoolul -hepatitele <p>Catedra de Sanatate Publica si Management, UMF "Carol Davila" Bucuresti</p>	<p>I. Diabetul</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 vieții - concepte

- Expunerea la riscuri apare cu frecvență diferită în diferite etape cheie ale vieții producând efecte ireversibile asupra stării de sănătate – există **perioade critice de expunere**.
 - *Ex: alimentare deficitară a mamei în sarcina G mică la naștere copil.*
- Expunerea la diverși factori fizici și sociali determinanți ai sănătății în perioadele de **gestație, naștere, copilărie, adolescent, adult tânăr, adult**, cresc riscul de apariție a afecțiunilor cronice, după trecerea de aceste perioade din viață deoarece **efectele expunerii sunt cumulative**.
 - *Ex: boli respiratorii frecvente în copilărie se asociază cu absențe repetate de la școală, nivel educațional scăzut, șanse crescute de a fuma în perioada adultă.*

Modelul etapelor vieții – exemplu – sănătatea copiilor



- Recomandările pentru acțiuni preventive pentru nou-născuții vii (la naștere) în SUA:
- Examen clinic pentru determinare afecțiuni de creștere sau afecțiuni congenitale
- Teste de screening pentru phenilcetonurie, anemie cu celule în seceră, tulburări auditive, galactozemie, toxoplasmoză la 24 de ore de la naștere.
- Vaccinare: hep B
- Oferire de informații părinților privind alăptarea, urinarea și defecația nou-născutului, somnul, urmărirea dezvoltării fizice și psihice (răspunsul la stimuli vizuali și auditivi, poziția membrelor, reflexe)

Modelul etapelor vieții – exemplu – îngrijiri în perioada postnatală pentru sănătatea nou-născutului (recomandări NICE)



- **Informații și suport informațional pentru părinți** (semne vitale ale copilului pentru identificarea problemelor de sănătate, date de contact pentru serviciile de îngrijire a nou-născuților la care se pot adresa, igiena și îngrijirea pielii, siguranța copilului – scane pentru copii, alarmă de fum, facilitarea accesului la echipamente sigure)
- **Informații privind co-sleepingul și prevenirea sindromului morții subite la sugar** (atenționare privind consumul de alcool, utilizarea de medicamente de către părinți și informații despre copii cu greutate mica la naștere și premature)
- **Vitamina K** – administrarea unei doze de 1 mg intramuscular, în cazul refuzului parental, administrare orală pe termen lung.

Modelul etapelor vieții – exemplu – îngrijiri în perioada postnatală pentru sănătatea nou-născutului (recomandări NICE) continuare



- **Evaluări și examinări recomandate:**
 - Examen clinic în maxim 72 de ore de la naștere,
 - Examen frotiu sangvin nu-născut în 5-8 zile de la naștere
 - Screening pentru auz (în prima lună de viață)
 - Screening pentru vâz
 - Combinarea momentului examinărilor medical cu vaccinările conform calendarului de vaccinare
- **Recomandări specifice pentru probleme de sănătate fervent întâlnite** (constipația și diareea, icterul nou născutului, colici, febră, iritația de scutec)

Modelul etapelor vieții - exemple



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 vieții

- Abordare recomandată de politica europeană OMS-SĂNĂTATE (HEALTH) 2020.
- Acțiunile de promovare a sănătății realizate specific de-a lungul cursului/etapelor vieții:
 - Sunt eficiente,
 - Cresc calitatea vieții indivizilor în perioada de adult și vârstnic,
 - Previn apariția de dizabilități și mențin independența persoanelor vârstnice.

Model de intervenție preventiv - Nivelurile de prevenție



- Acest model, dezvoltat de Leavell și Clark în 1975 și reformulat de prof. Winston 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 _fără boală - factor de risc-boală _
- Obiectivul principal al modelului Nivele de prevenție este de a menține sănătatea și de a preveni boala.



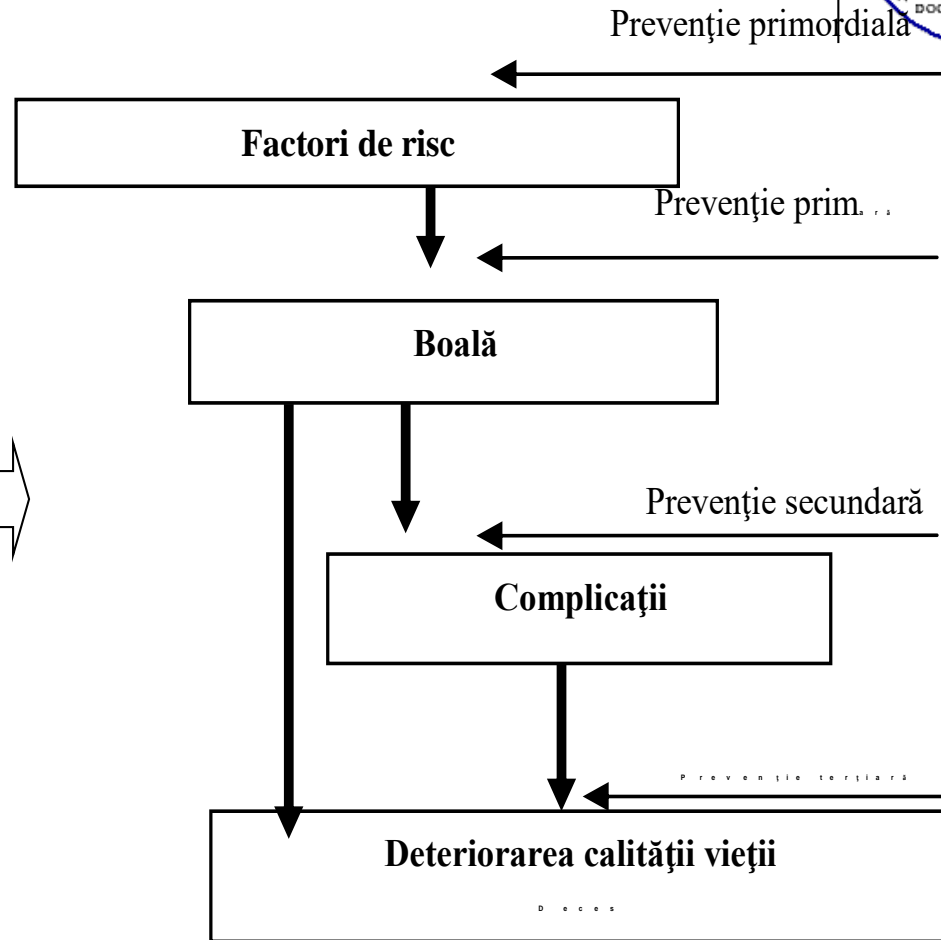
Model de intervenție preventiv - Nivelurile de prevenție

- 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 prevenția HIV, campanii de informare-educare a populației despre modalitățile de transmitere a infecției 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.



Strategii preventive

- O lucrare clasică evidențiază nevoia de a împărtăși modelele de prevenire a bolii în funcție de focus-ul acestora: fie individul – fie 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 in față:
 - **"De ce a facut boala?"**
 - **"De ce a facut-o acum?"**
 - **"Ce-ar fi trebuit sa faca bolnavul ca boala să nu fi aparut?"**
- Este strategia în care, în fiecare moment, în mintea medicului trebuie sa apară ideea riscului relativ ca expresie a forței asociației epidemiologice.
- Este o strategie importantă pentru practica medicală in raport cu persoana bolnavă.

Strategia populațională: Strategia riscului înalt



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



Strategia riscului înalt - avantaje si limite

Avantaje

- **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**

Limite

- 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 adresează 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 (încearcă să modifice distribuția factorilor de risc în populație)/

Strategia ecologică - avantaje si limite



Avantaje

- Nu necesita identificarea grupurilor cu risc crescut
- Efecte radicale (modifică distributia FR).
- Potential mare pt întreaga populatie (beneficii mari).
- Adecvată comportamental si psihologic.
- Efectele se mentin in timp.

Limite

- 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 in populație
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

Exemple de acțiuni preventive pentru diabet tip 2 - model individual versus model populațional



Strategii bazate pe demers individual

- Educarea pacienților care au factori de risc pt DZ -pentru managementul greutății.
- Proceduri prevenire a complicațiilor la pacienții cu diabet –ex: control glicemie, HTA

Strategii populaționale

- Politici fiscale care încurajează producția și consumul de alimente sănătoase.
- Promovarea consumului de fructe și legume.
- Inițiative de promovare a activității fizice la locul de muncă.
- Planificare urbană care încurajează mersul pe jos/cu bicicleta.

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.

Ce spun medicii despre promovarea sănătății?



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

- Sunt informatiile utile pentru pacienți? Li ajută să își schimbe obiceiurile?
- Când și cum transmitem mesaje de promovare a sănătății pentru ca ele să producă efectul scontat?

Ce spun cercetările? Vocea pacienților:



- Exista relație semnificativă statistic între transmiterea mesajelor de promovare a sănătății de către medicul de familie și adoptarea unui comportament orientat spre sănătate (calitatea a vieții mai bună și nr mai mic de vizite în departamentul de primiri urgențe).
- 50-60% dintre medici au dat mesaje de promovare a sănătății pacienților cu boli cronice (sau pacienții nu-și amintesc?) (1)
- 10-37% dintre pacienți primesc mesaje de promovare a sănătății. (2)
- Mesajele de promovare a sănătății nu au avut efect la pacienții cu probleme de sănătate mentală (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 cercetările? Vocea medicilor:



- 50% dintre medicii de familie: activitățile de promovare a sănătății sunt dificil de realizat. (1)
- De ce? Bariere: încărcătura de lucru, lipsa de timp, ne remunerarea activităților de promovare a sănătății.
- **Se aplică zicala “Cizmarul nu are cizme?” în promovarea sănătății?**
- Medicii fumatori –dau într-o măsură mai mică sfaturi fumătorilor.
- Medicii care fac sport –sfătuiesc într-o măsură mai mare pacienții să practice activități 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



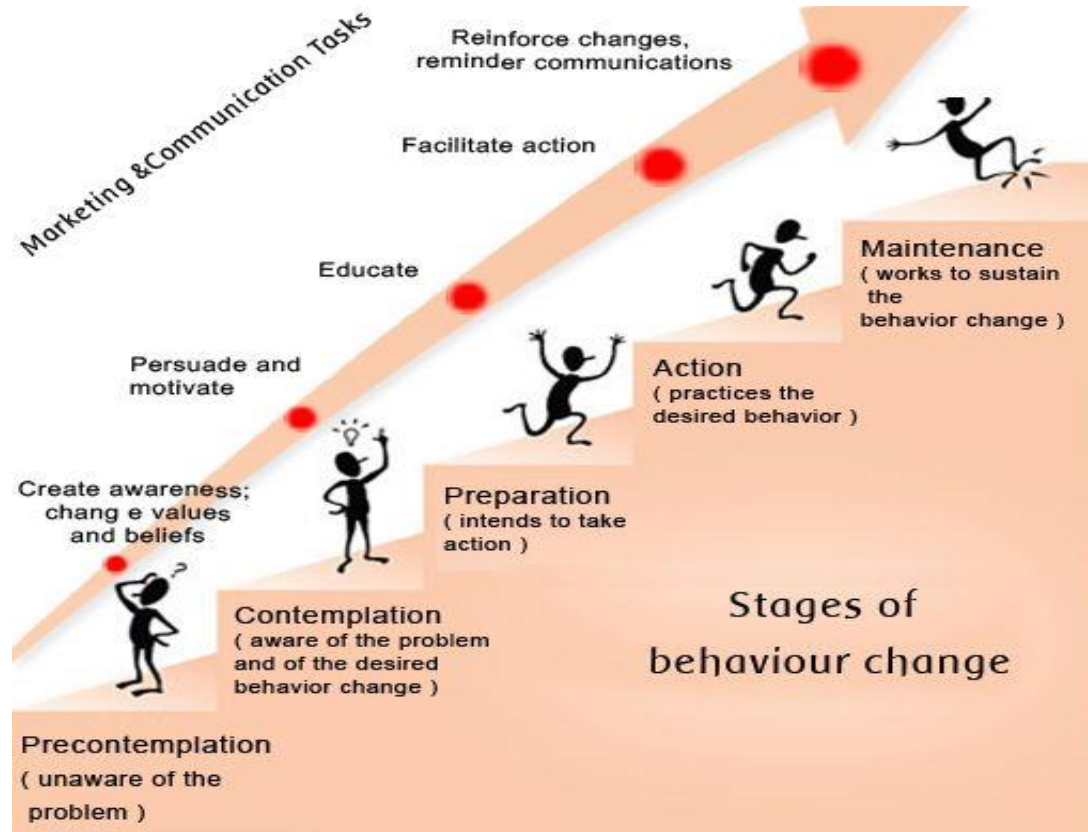
Premisele utilizării teoriilor și modelelor de schimbare în promovarea sănătății:

- 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.

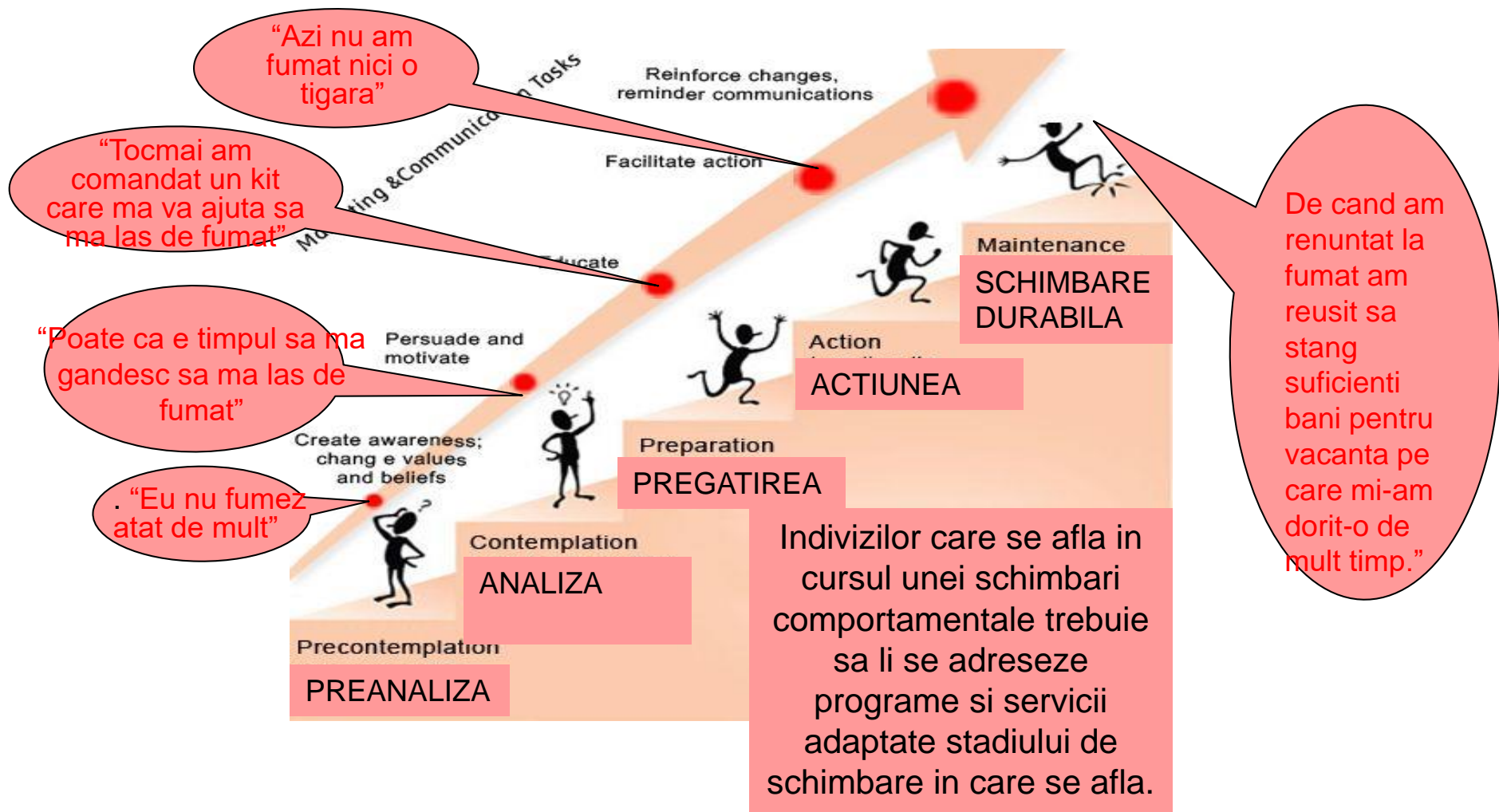
Modelul etapelor schimbării

(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 in timp – ex. : campanii de imunizări.
- Schimbările sunt continue și implică indivizii ”în valuri”. Exista o anumita secvențialitate după care sunt convertite grupurile:

Teoria difuziei inovației - categorii



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

Teoria difuziei inovației - categorii



- **Majoritatea timpurie** – cei care adoptă devreme noul comportament, sunt mai ezitanți decât rapid adoptativii, dar sunt persoane cărora nu le e frică de noutate. De obicei sunt persoane de clasă medie, care preferă să observe o noutate până când sunt singuri și observă că totul decurge bine.
- **Majoritatea întârziată** - grup care tinde să aibă un statut social mai redus, un grad redus de educație și o viziune locală. Gândesc concret și sceptic și au o rețea de comunicare mai puțin 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.

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