

NAUKOWE PODSTAWY ZDROWIA PUBLICZNEGO

Mgr Anna Kukielczak

WLK SUM

Podręczniki obowiązujące do LEP'u

- T.B. Kulik, M. Latański: Zdrowie publiczne, Czelej, Lublin 2002
- A. Czupryna, S. Poździej, A. Ryś, W.C. Włodarczyk: Zdrowie Publiczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001
- **A. Wojtczak: Zdrowie Publiczne - Wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku, Wydawnictwo PZWL, Rok wydania 2009**
- J. Bzdęga, A. Gębska-Kuczerowska. (red): Epidemiologia w zdrowiu publicznym, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Rok wydania 2010

Zdrowie

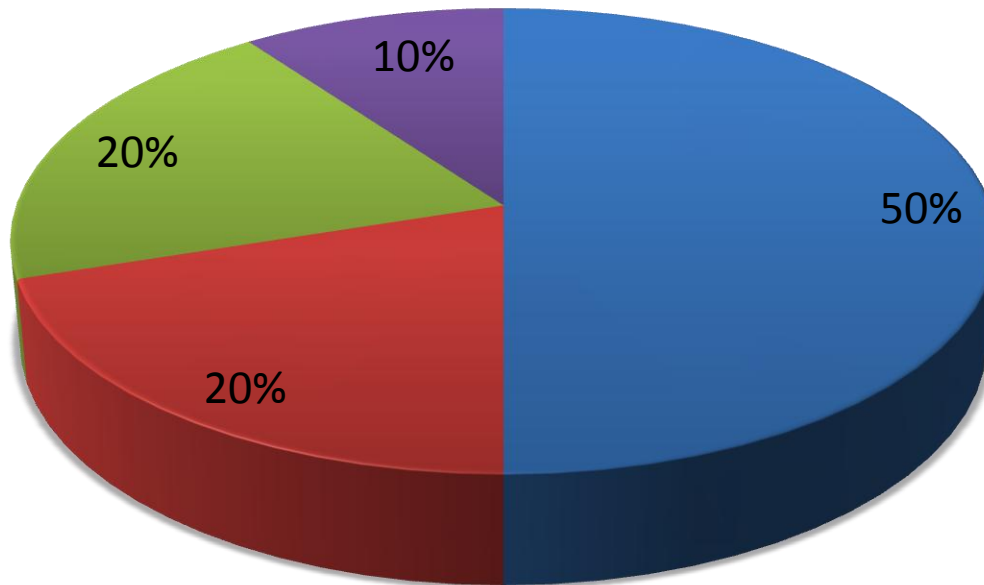
- Jest to **stan pełnego** fizycznego, psychicznego i społecznego **dobrostanu**, a nie tylko brak choroby lub ułomności *(Konstytucja WHO, 1948)*
- To **stan**, w którym jednostka wykazuje **optymalną** umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji *(T. Parsons, 1969)*

Zdrowie

- To nie tylko **brak choroby** czy niedomagania, ale także dobre samopoczucie oraz taki stopień **przystosowania** biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach *(M. Kacprzak)*
- Jest to zdolność możliwie **najlepszego funkcjonowania** w swoim środowisku *(R. J. Dubois)*

Koncepcja M. Lalonda *(Kanada)*

"Pola zdrowia"



■ styl życia (zachowania zdrowotne)

■ czynniki biologiczne (genetyczne)

■ czynniki środowiskowe

■ organizacja i funkcjonowanie systemu opieki medycznej

Koncepcja M. Lalonda

Pole biologiczne – czynniki biologiczne, głównie genetyczne, na które jednostka nie ma wpływu (m. in. uwarunkowania genetyczne, rozwój i dojrzewanie, starzenie się, mechanizmy adaptacyjne, regulacje homeostatyczne; 16-20%)

Pole środowiska – jednostka nie ma na nie wpływu, czynniki decydujące o naturalnym środowisku życia człowieka takie jak czynniki chemiczne, fizyczne czy psychospołeczne i są to np. jakość wód, ilość opadów, nasłonecznienie, stan zdrowia (20-21%)

Pole zachowań/styl życia – jednostka ma wpływ np. aktywność fizyczna, dieta, używki, zachowania seksualne, sposób spędzania wolnego czasu (50-53%)

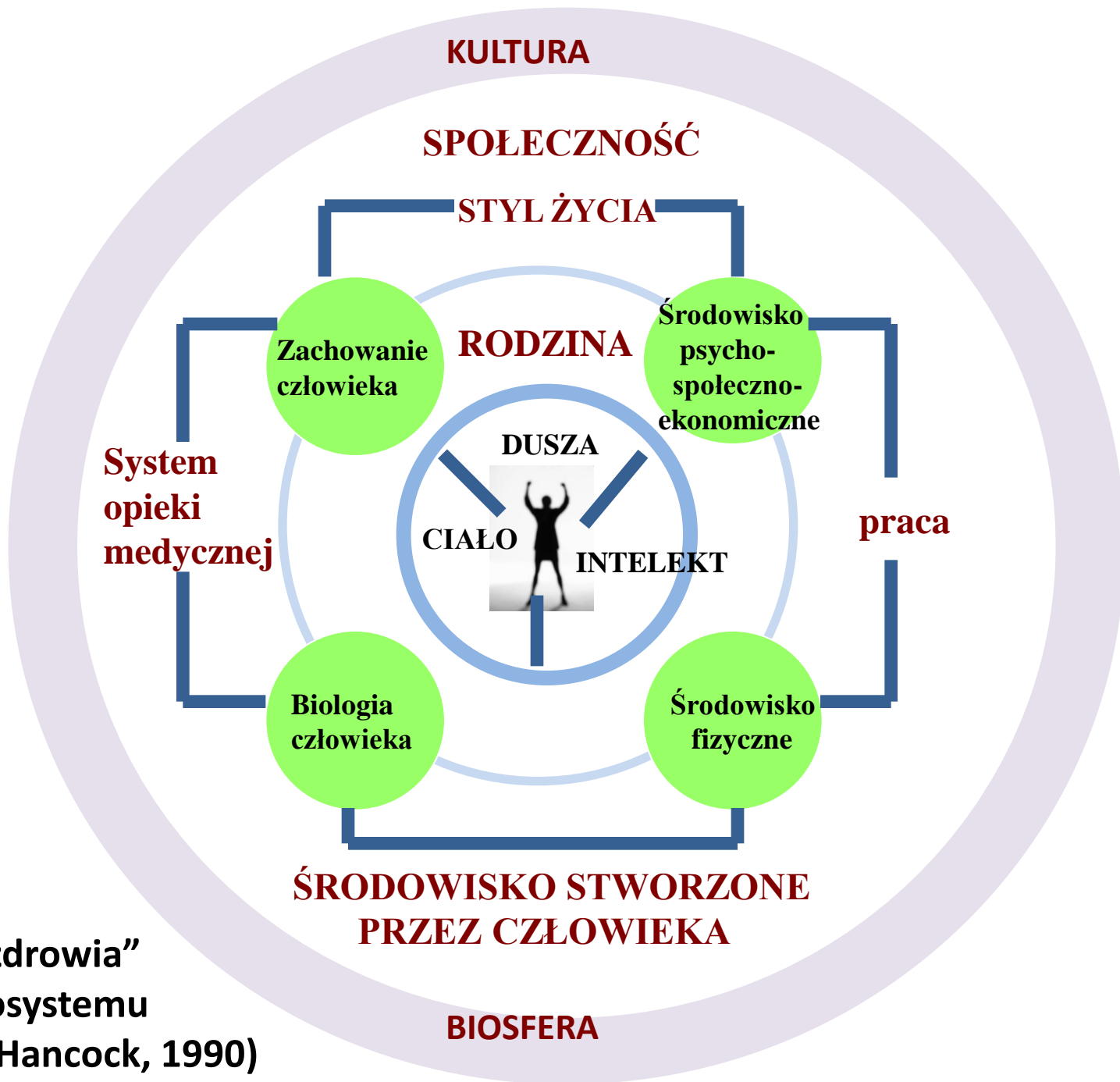
Pole opieki zdrowotnej – czynniki dotyczące zasobów i organizacji opieki zdrowotnej, jednostka nie ma wpływu jest tylko odbiorcą, społeczność może wpływać na poprawę usług zdrowotnych (edukacja zdrowotna, dostępność, terapia, rehabilitacja, nowoczesność, sprawność działania; 10%)

Raport Lalonda „Nowe perspektywy dla zdrowia Kanadyjczyków”

1. Potrzeba radykalnej zmiany w podejściu do zdrowia i jego uwarunkowań
2. Uznanie indywidualnych zachowań i stylu życia za główne przyczyny śmierci i chorób.
3. Konieczność współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia.
4. Nie przypisywanie edukacji roli wiodącej w procesie ochrony zdrowia.
5. Konieczność szerokiego wsparcia wszelkich wysiłków mających na celu poprawę stanu zdrowia.

Mandala zdrowia

- Mandala – słowo to oznacza diagram w postaci koła lub okręgu z wpisanym kwadratem (czasem pięciokątem lub gwiazdą).
- Model ekosystemu człowieka opracowany we wczesnych latach 80 przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto.
- W modelu tym zakłada się wzajemne powiązania między kulturą i środowiskiem i ich jednoczesne oddziaływanie na człowieka. Najszerszymi kręgami są biosfera i kultura.
- Najbliższym kręgiem jest rodzina. Na pozostałych kręgach rozmieszczone są inne determinanty zdrowia takie jak: społeczność, system opieki nad chorym, styl życia, praca, biologia człowieka, środowisko fizyczne i psychospołeczne.
- Model ten zwraca uwagę na ograniczone możliwości służby zdrowia.



„Mandala zdrowia”
 - model ekosystemu
 człowieka (Hancock, 1990)

Definicja Zdrowia Publicznego

C. E. Winslow:

Zdrowie Publiczne to wiedza i sztuka służąca zapobieganiu chorobom, poprawie i przedłużaniu życia, zdrowia i witalności fizycznej i psychicznej jednostek poprzez działania zbiorowe ukierunkowane na:

- Poprawę stanu zdrowotnego środowiska
- Walkę z chorobami przedstawiającymi największe zagrożenie
- Edukację jednostek w zakresie higieny osobistej
- Organizowanie świadczeń, usług medycznych i pielęgniarских.

Definicja Zdrowia Publicznego

C.G. Sheps – w raporcie Komisji Fundacji Milbank (1975 r.), odnośnie kształcenia kadr dla potrzeb zdrowia publicznego, zdefiniował zdrowie publiczne, jako „zorganizowany wysiłek społeczeństwa na rzecz ochrony, promowania i przywracania zdrowia ludziom. Działania z zakresu zdrowia publicznego zmieniają się w miarę zmian technologii i wartości społecznych, ale cele pozostają te same...”

Definicja Zdrowia Publicznego

- **Sir Donald Acheson (1988)** – Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużenia życia i promowania zdrowia przez zintegrowany wysiłek społeczny.

Definicja Zdrowia Publicznego

J.P. Frank - sztuka ochrony zdrowia (..) przed konsekwencjami zagęszczenia na ziemi (...), a w szczególności jako sztukę umacniania większych odporności, żeby móc bez chorób z powodu złych fizycznych mocy, odsuwając je jak najdalej od siebie, możliwie najpóźniej ulegać ich działaniu.

I Ustawa o Zdrowiu Publicznym

- PUBLIC HEALTH ACT 1875 (tzw. Ustawa o wodzie i jej jakości)
- Rozwiązania higieniczne: bieżąca woda, odprowadzenie ścieków w nowym budownictwie
- Ograniczenie: cholera, tyfus, zakażenia

Historia

- **Hipokrates** 460-377 r pne – wprowadził dietę i higienę jako środki profilaktyczne, uważał, że środowisko i klimat wpływa na stan zdrowia i kondycję człowieka
- **Bernardo Ramazzini** 1633-1714 r – prekursor medycyny, higieny pracy i higieny społecznej
- **Antonie van Leeuwenhoek** 1632-1723 – wynalazca mikroskopu (opisał krwinki, plemniki i struktury mięśni i kości)
- **Gottfried Wilhelm Leibniz** 1646-1716 – domagał się stworzenia publicznej opieki społecznej

Historia

- **Joann Peter Frank (1745-1821)**
- Traktat: Zadania medycyny dla ludzi
- Wprowadzenie obowiązki świadectw zdrowia przed zawarciem małżeńskim
- Zapewnienie opieki nad macierzyństwem
- Pomoc w chorobie
- Urządzenie szkół nauczania z wymogami zdrowia
- Zwalczanie alkoholu i prostytucji
- Zaopatrzenie w wodę i usuwanie nieczystości
- Docenił wartość statystyki lekarskiej
- Podkreślił wartość zdrowia

Historia

- **Edward Jenner** 1749-1823 – (1798) szczepienia przeciw ospie
- **Ignacy Semmelweis** 1818-1865 – (1847) aseptyka
- **Ludwik Pasteur** 1822-1895 – pionier bakteriologii
- **Heinrich Hermann, Robert Koch** 1843-1910 – odkryli leseczki węglika, prątkę gruźlicy, przecinkowca cholery
- **Max Josef von Pettenkofer** 1818-1901 – założył pierwsze laboratorium higieny doświadczalnej
- **John Snow** 1813-1858 – prekursor nowoczesnej epidemiologii (przerwanie dróg zakażenia,)
- **Joseph Lister** 1827-1912 – inicjator antyseptyki

„Ospa krowianka”

- Obserwacja 1796r. dr Edward Jenner
- długo przed odkryciem wirusa ospy
- obserwacje zwiększonej odporności u lokalnych dojarek krów (choroba krótka i łagodna, blizny tylko na dłoniach)
- wprowadzenie ropy z pęcherza na dłoni dójki w dwa nacięcia na ramieniu młodego chłopca (lat 8) Jamesa Phippsa
- po roku wprowadzono kilka dawek materiału pobranego od chorych
- Metoda Jennera, zwana wakcynacją (od variola vaccina- ospa krowia)

Zdrowie Publiczne

- Dziedzina interdyscyplinarna
- Na zdrowie publiczne składają się następujące nauki:
 1. Nauki przyrodnicze
 2. Nauki kliniczne
 3. Nauki techniczne
 4. Nauki społeczne

Nauki pomocnicze, wykorzystywane w rozwiązywaniu problemów zdrowia populacji

- Epidemiologia (opisowa, analityczna, kliniczna)
- Higiena (środowiska, pracy, nauczania, żywienia)
- Etyka medyczna (bioetyka)
- Demografia medyczna i biostatystyka
- Prawo zdrowia publicznego (sanitarne, szpitalne, farmaceutyczne, etyczne), a także częściowo prawo ochrony środowiska naturalnego i inne dziedziny prawa (prawo pracy, prawo ubezpieczeń społecznych)
- Ekonomia i ekonomika zdrowia
- Pedagogika zdrowia i edukacja zdrowotna

Nauki pomocnicze...

- Socjologia i socjologia medycyny (zdrowia i choroby, procesu leczniczego, rehabilitacji, szpitalnictwa, zawodów medycznych)
- Psychologia (jej poszczególne specjalności – rozwojowa, wychowawcza i zarządzania)
- Polityka zdrowotna i inne działy polityki społecznej. Nauki polityczne w tym polityka ochrony środowiska naturalnego, ochrony pracy, dziecka, macierzyństwa i rodziny, polityka wyżywieniowa.
- Teoria organizacji zarządzania (zarządzanie strategiczne, operacyjne, zasobami ludzkimi w zastosowaniu do systemu opieki zdrowotnej i wchodzące w jej skład zakładów opieki zdrowotnej i instytucji medycznych) – administracja zdrowiem publicznym

Funkcje Zdrowia Publicznego

- Monitorowanie stanu zdrowia oraz określenie potrzeb zdrowotnych ludności.
- Zapewnienie pełnej dostępności szczepień ochronnych, wczesnego wykrywania i leczenia chorób zakaźnych
- Identyfikacja i zwalczanie czynników ryzyka zdrowotnego w środowisku, miejscu zamieszkania, pracy, nauki, placówkach służby zdrowia.
- Kształcenie i doskonalenie zawodowe lekarzy i innego personelu medycznego, zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej oraz zgodnie ze skalą potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Funkcje Zdrowia Publicznego

- Zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych i społecznych.
- Zapewnienie nadzoru epidemiologicznego.
- Zapobieganie wypadkom i urazom.
- Monitorowanie jakości świadczeń medycznych, ich dostępności, przestrzegania zasad etyki zawodowej personelu, przestrzegania praw pacjenta i międzynarodowych regulacji prawnych.
- Ocena sytuacji zdrowotnej kraju na tle porównań międzynarodowych, analiza wyzwań i zagrożeń wynikających z procesu globalizacji.

Funkcje Zdrowia Publicznego

- Promowanie aktywnego współuczestnictwa społeczeństwa w działaniach na rzecz zdrowia poprzez promocję zdrowego stylu życia wszystkich obywateli.
- Zapewnienie jednolitych kompleksowych regulacji prawnych dotyczących systemu organizacji, finansowania i zarządzania placówkami opieki medycznej, ekonomii zdrowia, zasad orzecznictwa lekarskiego.
- Zapewnienie dostępności pomocy medycznej dla osób bezrobotnych, bezdomnych i innych grup mogących mieć utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Procesy przemian globalnych mające wpływ na zdrowie publiczne

- **Przemiany demograficzne** – systematyczny wzrost liczby ludności świata w tym rosnąca proporcja ludzi w starszych grupach wieku oraz wyraźny wzrost skali procesów migracyjnych
- **Sytuacja ekologiczna** – rosnące tempo urbanizacji świata z towarzyszącym mu wzrostem zanieczyszczeń środowiskowych w miastach przy równoczesnym pogarszaniu się warunków ekologicznych wsi
- **Rozwój ekonomiczny** – globalizacja mechanizmów rynkowych, rozwój wolnego handlu i procesów prywatyzacyjnych, wzrost liczby przedsiębiorstw o kapitale wielonarodowym

Procesy przemian globalnych mające wpływ na zdrowie publiczne

- **Rosnąca sfera ubóstwa** – pogłębiające się rozwarstwienie pomiędzy bogatymi i biednymi, zarówno wewnątrz poszczególnych krajów, jak i pomiędzy nimi, rosnąca proporcja ludności żyjącej poniżej poziomu ubóstwa, w krajach rozwijających się i rozwiniętych
- **Zmiany struktury społecznej** – zmiany w systemie funkcjonowania społeczności lokalnych i systemie opieki społecznej, rosnąca świadomość praw człowieka, w tym prawa do ochrony zdrowia
- **Rozwój technologiczny** – szybki rozwój technologiczny wszystkich dziedzin życia (informatyka, elektronika, telekomunikacja)

Procesy przemian globalnych mające wpływ na zdrowie publiczne

- **Tempo rozwoju, konflikty, zachowanie pokoju** – postępujący proces demokratyzacji wielu społeczności, ale także wzrost zachowań agresywnych, konfliktów, rosnąca liczba uchodźców, ofiar konfliktów militarnych
- **Utrzymujący się wysoki poziom zachorowań na choroby zakaźne** – przy równocześnie rosnącym poziomie zachorowań na choroby niezakaźne w krajach rozwijających się, z przybierającym rozmiary pandemii zagrożeniem HIV/AIDS i potencjalnym zagrożeniem innymi chorobami.

Jakość życia związana ze zdrowiem

(ang. health related quality of life - HRQL)

- wg Schipperera i wsp.
- określa **samoocenę** pacjenta dotyczącą **wpływu choroby i stosowanego leczenia** na jego funkcjonowanie w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym.
- Wysoki indeks HRQL wskazuje, że pacjent mimo choroby postrzega siebie jako dobrze funkcjonującego w ww. zakresach, natomiast niski indeks HRQL świadczy o tym, że pacjent uważa, że jego choroba ogranicza te funkcje.

Epidemiologia

- nauka o rozpowszechnianiu i o czynnikach warunkujących występowanie związanych ze zdrowiem stanów lub zdarzeń w określonych populacjach oraz jako dyscyplina służąca kontroli problemów zdrowotnych. (*Last, 1995*)
- nauka o rozprzestrzenianiu, czyli o częstości występowania i rozmieszczenia chorób, inwalidztwa, zgonów i ewentualnych innych zjawisk biologicznych w populacjach ludzkich oraz o czynnikach wpływających na ich rozmieszczenie lub warunkujących ich występowanie. (*J. Kostrzewski*)

Zadania i cele epidemiologii wg WHO:

- pomiar i ocena stanu zdrowia społeczeństwa
- badania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa
- działania promocyjne i profilaktyczne w zakresie zdrowia
- przekazywanie zaleceń do stosowania przez administrację państwową i samorządową w zakresie ochrony zdrowia obywateli danego państwa oraz cudzoziemców

Rodzaje badań epidemiologicznych:

- Badania obserwacyjne
 - opisowe
 - analityczne: ekologiczne, przekrojowe, kliniczno-kontrolne badanie przypadków, kohortowe (największa siła dowodu)
- Badania eksperymentalne (interwencyjne)
 - losowe badanie kontrolowane
 - próby terenowe
 - środowiskowe badania interwencyjne

Systemy opieki zdrowotnej (podr. Wojtczaka)

- Model ubezpieczeniowy opieki medycznej Bismarcka
- Model budżetowy opieki medycznej Beveridge'a
- Model ochrony zdrowia Siemaszki
- Model skandynawski opieki zdrowotnej, tzw. hybrydowy
- Model wolnorynkowy opieki zdrowotnej

Model ubezpieczeniowy opieki medycznej Bismarcka

- Ubezpieczenia chorobowe (1883) – pierwsze na świecie ustawowe rozwiązanie.
- **Otto von Bismarck** premier Prus od 1862r. feudalny arystokrata, kanclerz Cesarstwa Niemieckiego do 1890r. stwierdził, że „brak bezpieczeństwa socjalnego robotników stanowi główną przyczynę zagrożeń jakie stanowią dla bezpieczeństwa Państwa”, a choroby prowadzą do utraty dochodów z pracy i zagrażają bytowi materialnemu rodziny.
- Niemcy, Francja, Belgia, Szwajcaria, Austria, Holandia, Japonia, Izrael oraz w międzywojennej Polsce.

Główne założenia:

1. Bezpłatny i równy dostęp do świadczeń wszystkich uprawnionych
2. Autonomia kas chorych/ubezpieczalni/towarzystw ubezpieczeniowych
3. Obowiązkowe składki pracodawca/pracobiorca
4. Rozliczanie kosztów płatnik-świadczeniodawca
5. Koszyk negatywny-niektóre rodzaje świadczeń pokrywane przez pacjenta lub dodatkowe ubezpieczenie
6. Pluralizm własności placówek opieki zdrowotnej (rząd, samorząd lokalny, spółki lekarskie)
7. Prawo do wolnego wyboru lekarza
8. Negocjowanie cen poszczególnych usług medycznych oraz rodzajów świadczeń zdrowotnych (kontrakty)

Wady modelu

Cechy stanowiące potencjalne zagrożenie dla jego funkcjonowania:

- zapewnienie równego dostępu do świadczeń
- narastające koszty i tendencje do nadkonsumpcji usług medycznych przez pacjentów
- w warunkach konkurencji między kasami – przechwytywanie grup mniejszego ryzyka i grup zamożnych (powstanie dwóch grup obywateli)

Model budżetowy opieki medycznej Beveridge'a

- Narodowa Służba Zdrowia (National Health Services) w Wielkiej Brytanii
- Powstał po raporcie przygotowanym w 1942 roku dla premiera Churchila przez Sir Williama H. Beveridge'a, zawierał propozycje rozwiązań z zakresu polityki socjalnej i system narodowej służby zdrowia finansowana z budżetu państwa.
- Ponadto model występuje w Irlandii, Portugalii, Włoszech, Hiszpanii, Grecji, Danii, Finlandii Szwecji i Norwegii.

Rola państwa i obywatela w modelu:

- Finansowanie przez podatki, z budżetu państwa
- Kontrola państwa
- Niewielki udział sektora prywatnego

- Wolny dostęp do świadczeń dla wszystkich obywateli
- Zarządzanie przez państwo kierujące się dobrem ogólnym
- Lekarze wynagradzani za pomocą pensji lub kapitulacji
- Niewielki udział własny pacjenta w partycypacji kosztów

Główne zasady funkcjonowania systemu:

- Zapewnienie wszechstronnych i powszechnych usług medycznych
- Zagwarantowanie pacjentowi nieodpłatności świadczeń
- Zapewnienie sprawnej opieki podstawowej i specjalistycznej
- Finansowanie usług z podatków od osób fizycznych, prawnych itp.
- Konieczność ingerencji państwa w dziedzinę zdrowia uzasadniona celowością osiągnięcia pełnej równości w dostępie do świadczeń
- Duży stopień centralizacji

Model ochrony zdrowia Siemaszki

- Model stosowany w byłym Związku Radzieckim, byłych krajach komunistycznych (w tym w Polsce) oraz w krajach Trzeciego Świata.

Cechy charakterystyczne dla modelu:

- Finansowanie przez budżet centralny (państwo)
- Kontrola przez instytucje rządowe w systemie centralnego planowania
- Wolny wstęp dla wszystkich (wszyscy pracujący są pracownikami zarobkowymi). Bezpłatna pomoc medyczna.
- Brak sektora prywatnego
- Sektor zdrowia jest nieprodukcyjnym działem gospodarki narodowej (słabe priorytety ekonomiczne)
- Opieką są objęci obywatele państwa przez całe życie oraz obcokrajowcy przebywający w danym kraju.
- Istnienie niewielkich praktyk organizowanych przez wybitnych specjalistów w dużych ośrodkach miejskich.

Skutki stosowania modelu:

- Zły stan zdrowia mieszkańców
- Załamanie się finansowania służby zdrowia
- Duża korupcji (opłaty nieformalne)
- Ograniczony dostęp do ochrony zdrowia
- Centralne planowanie świadczeń

Model skandynawski opieki zdrowotnej, tzw. hybrydowy

- Szwecja, Finlandia, Norwegia
- Państwo opiekuńcze
- Budowa i koncentracja leczenia w szpitalach
- Niechęć zatrudniania lekarzy z innych krajów
- Łączy elementy systemu Bismarcka i Beveridge'a
- Norwegia – leki i leczenie chorób ostrych i lekkich pacjent ponosi koszty, przewlekłe 30% do wysokości 200\$/rok

Cechy modelu skandynawskiego:

- Powszechny dostęp do opieki somatycznej i psychiatrycznej (łącznie z opieką długoterminową)
- Bezrobotni i emeryci korzystają z uprawnień nie wnosząc składek
- Obowiązkowe ubezpieczenie społeczne (pracodawcy, pracownicy, osoby samozatrudniające się)
- Niewielki sektor prywatny
- Dominuje samorządowa własność placówek leczniczych

Cechy modelu skandynawskiego:

- Dominujące źródło finansowania – fundusze z budżetów samorządów lokalnych, zasilane przez wyrównawcze dotacje rządowe
- Pewna współpłatność pacjentów, zwolnienie z opłat: dzieci, kobiet ciężarnych, emerytów, osób przewlekle chorych, ofiar wypadków oraz osób obarczonych chorobami społecznymi
- Nieliczne placówki państwowe, t.j. narodowe instytuty naukowe, centralne specjalistyczne szpitale, szkoły medyczne, finansowane z budżetu centralnego

Model rezydualny (wolnorynkowy)

- Stosowany w Stanach Zjednoczonych
- Brak naczelnej idei
- Państwo generalnie nie bierze na siebie odpowiedzialności za umożliwienie obywatelom dostępu do opieki zdrowotnej (od tej zasady istnieje jedynie kilka wyjątków)

Cechy charakterystyczne dla modelu

- Dominująca rola sektora prywatnego
- Swoboda odpowiedzialność indywidualna za stan zdrowia
- Finansowanie z dobrowolnych składek indywidualnych
- Sektor zdrowia traktowany jest jako pole działalności ekonomicznej
- Kontrola rynku usług przez organizacje profesjonalne

Zalety systemu:

- Wysoka odpowiedzialność za własne zdrowie
- Rozgraniczenie zdrowia publicznego od zdrowia indywidualnego
- Pluralizm sfery produkcji
- Pluralizm finansowania

Promocja zdrowia

- To proces umożliwiający jednostkom i grupom społecznym **zwiększenie kontroli** nad uwarunkowaniami zdrowia w celu **poprawy** ich stanu zdrowia oraz sprzyjający **rozwijaniu** zdrowego stylu życia, a także **kształtowaniu** innych społecznych, środowiskowych i osobniczych czynników prowadzących do zdrowia (*Glossary, 1995*)

Promocja zdrowia (definicja wg Karty Ottawskiej)

to działania zmierzające do spełnienia przynajmniej 12 uwarunkowań dobrego samopoczucia:

- utrzymanie kondycji psychofizycznej stosowanej do płci i wieku,
- możliwość pełnego korzystania z praw i swobód obywatelskich,
- uzyskania odpowiedniego wykształcenia,
- możliwość zatrudnienia,
- odpowiednie warunki pracy,
- dobre warunki mieszkaniowe,
- odpowiednie odżywienie i zaopatrzenie w żywność,
- dostępność odpowiedniej odzieży,
- poczucie bezpieczeństwa,
- możliwość oszczędzania,
- możliwość komunikacji i łączność z innymi ludźmi,
- możliwość regeneracji sił, wypoczynku i rozrywki.

Waleologia

- nauka o promocji zdrowia

*(waleologia (gr) - nauka o zdrowiu,
vale (łac) - pozdrowienie, bądź zdrów)*

Siedliskowe podejście do promocji zdrowia

- **Siedlisko** - miejsce, w którym ludzie spędzają swoje życie (rodzina, szkoła, zakład pracy, szpital)
- Promocja zdrowia w siedliskach:
 1. zaczyna się od identyfikacji problemów środowisk życia ludzi
 2. podejście siedliskowe do zdrowia - działania na rzecz zdrowia podejmowane w jednym siedlisku winne być wspierane w innych siedliskach
- Promocja zdrowia zaczyna się od identyfikacji problemów środowiskowych życia ludzi

Profilaktyka

- Prewencja, zapobieganie
- Są to wszystkie działania podejmowane w celu zapobiegania pojawieniu się i/lub rozwojowi niepożądanych zachowań, stanów lub zjawisk w danej populacji.

Istota profilaktyki

- Przeciwdziałanie zagrożeniom (w tym chorobom), których wystąpienie lub nasilenie się jest w przyszłości prawdopodobne
- Zmniejszanie prawdopodobieństwa tych zagrożeń i służą utrzymaniu stanu dotychczasowego (*status quo*)

Profilaktyka wg prof. B. Woynarowska

Fazy profilaktyki (poziomy, stopnie):

1. Profilaktyka I fazy

- Swoista
- Nieswoista

2. Profilaktyka II fazy

3. Profilaktyka III fazy

Profilaktyka I fazy

- Pierwszorzędowa, pierwotna
- Dot. całej populacji (lub co najmniej znacznej jej części)
- Obejmuje działania najwcześniejsze, których celem jest uprzedzenie choroby lub zmniejszenie ryzyka jej rozwoju
- Szeroki zakres
- Obejmuje działania swoiste i nieswoiste

Profilaktyka I fazy - swoista

- Zapobieganie konkretnej chorobie
- Przykłady:
 1. Szczepienia ochronne
 2. Suplementacja diety:
 - Podawanie witaminy D niemowlętom i dzieciom
 - Podawanie kwasu foliowego kobietom w wieku rozrodczym
 - Podawanie preparatów wapnia i witaminy D kobietom w okresie przekwitania

Profilaktyka I fazy - nieswoista

- Zapobieganie wielu chorobom
- Przykłady:
 1. Karmienie piersią
 2. Aktywność fizyczna
 3. Racjonalna dieta
 4. Higiena osobista

Profilaktyka II fazy

- Drugorzędowa, wtórna
- Ukierunkowana na określoną grupę populacji, ze zwiększonym zagrożeniem wystąpienia jakiejś choroby, czyli osoby o podwyższonym bądź wysokim ryzykiem.
- Cel: wczesne wykrycie objawów choroby i wczesne wdrożenie leczenia
- **Badania profilaktyczne (skreeningowe)**

Profilaktyka II fazy

- Badania profilaktyczne można podzielić na 3 grupy:
 1. Testy przesiewowe i profilaktyczne noworodków, dzieci i młodzieży, finansowane z budżetu bądź Narodowego Funduszu Zdrowia
 2. Profilaktyczne badania lekarskie (w tym też laboratoryjne i rtg) różnych grup zawodowych, wykonywane przez lekarzy medycyny pracy
 3. Inne badania profilaktyczne wykonywane u dorosłych u celu wykrywania najczęstszych chorób

Profilaktyka III fazy

- Trzeciorzędowa, działania rehabilitacyjne, reedukacyjne
- Ukierunkowana na osoby przewlekle chore lub niepełnosprawne
- Cel: zapobieganie dalszym, niepomyślnym skutkom chorób lub niepełnosprawności

Profilaktyka III fazy

- Można ją realizować poprzez:
 1. Przywrócenie (rehabilitacja) lub zastąpienie (np. proteza) uszkodzonych funkcji
 2. Pomoc w radzeniu sobie z chorobą i w zaakceptowaniu swego stanu
 3. Przeciwdziałaniu izolacji społecznej, prowadzącej do wtórnego kalectwa
 4. Pomoc w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i psychicznej

PROFILAKTYKA (Caplan, 1964)

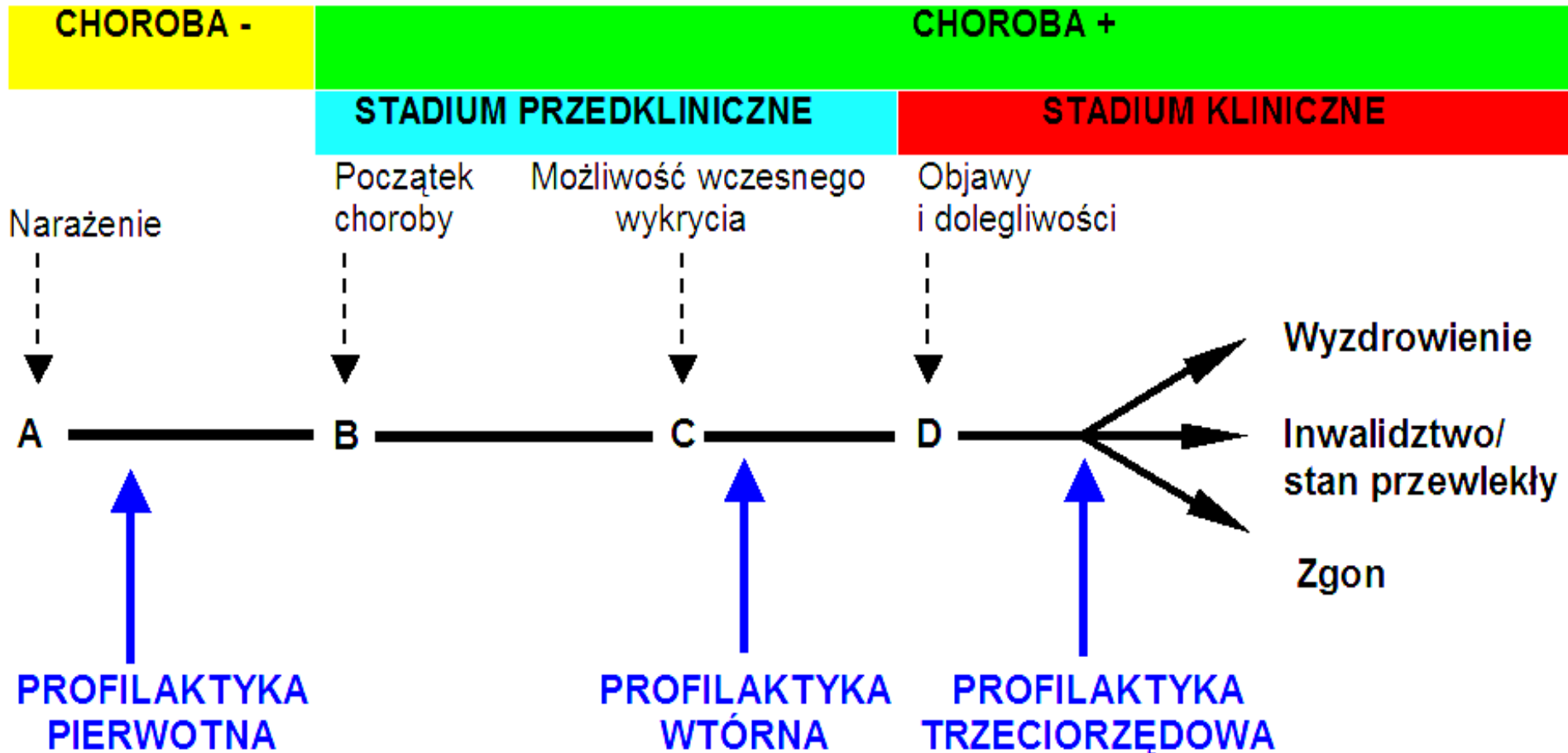
Profilaktyka pierwotna – I st. – ma na celu redukcję prawdopodobieństwa wystąpienia choroby oraz zaburzeń zdrowotnych i pewnych odstępstw od dobrego stanu zdrowia poprzez przeciwdziałanie szkodliwym warunkom, zanim będą one zdolne wywołać chorobę.

Profilaktyka wtórna – II st. – jej celem jest powstrzymanie rozwoju choroby – zaburzeń oraz skrócenia czasu trwania gdy zostaną wykryte wczesne ich sygnały.

Profilaktyka III st. – ma na celu zapobieganie skutkom przebytej choroby oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby i powtórnej hospitalizacji a także minimalizację wtórnych uszkodzeń, komplikacji i ewentualnych defektów wywołanych przez chorobę.

INGERENCJE PROFILAKTYCZNE

(prof. Zejda)



Badania przesiewowe (skreening)

Zorganizowane działanie polegające na wczesnym wykryciu w populacji chorób lub stanów patologicznych za pomocą stosowanych masowo prostych, bezpiecznych i wiarygodnych testów diagnostycznych.

Choroba „kwalifikująca się” do badań przesiewowych:

- Znaczny problem zdrowotny danej populacji (>1%)
- Znany jest naturalny przebieg choroby
- Częste występowanie stadiów przedklinicznych
- Dość długi okres między pierwszymi oznakami choroby, a jej pełnym obrazem
- Istnieje skuteczna metoda leczenia

Test diagnostyczny

1. Musi się charakteryzować **krótkim czasem trwania** i **nie może być kłopotliwy** dla badanego (Przez „krótki czas trwania” należy rozumieć czas niezbędny na kontakt z osobą badaną po to, by wykonać pomiar).
2. Badanie przesiewowe musi być **akceptowane** przez badanego, jako nie zagrażające jego zdrowiu i życiu.
3. **Powtarzalność** wyników

Test diagnostyczny

4. Test powinien być **tani i wydajny**. Trzeba pamiętać, że koszty badania obejmują nie tylko wartość testu, ale także wynagrodzenie za pracę personelu.
- Badanie staje się wydajne, gdy uwzględnimy częstość występowania badanej choroby.
 - W celu zmniejszenia kosztów wskazane jest przeprowadzanie badania przesiewowego w kierunku wykrywania kilku różnych chorób lub zastosowanie jednego testu, który służy do wykrywania różnych chorób.

Test diagnostyczny

5. Test musi charakteryzować duża **trafność**. Test o dużej trafności to taki test, który możliwie kompletnie i poprawnie wykrywa wśród badanych tę chorobę, którą powinien wykryć. Na trafność testu składa się czułość i swoistość testu.
- **Czułość** testu wyraża w jakim odsetku przypadków istniejącej choroby zastosowanie testu daje wynik dodatni.
 - **Swoistość** testu oznacza w jakim odsetku przypadków, w których nie występuje choroba, wynik testu jest ujemny.

Wskaźnik predykcji

- zależy od czułości i swoistości testu oraz od częstości występowania choroby w testowanej populacji.
- **Wskaźnik predykcji wyników dodatnich** (zdolność przewidywania + rozpoznań) - prawdopodobieństwo, że osoba z (+) wynikiem testu jest naprawdę chora (im rzadziej choroba występuje tym mniejsza wartość)
- **Wskaźnik predykcji wyników ujemnych** - prawdopodobieństwo, że osoby z (-) wynikiem testu są naprawdę zdrowe

Wg rozpoznania klinicznego ↓

Wg testu przesiewowego ↓	Choroba +	Choroba -	Razem
Choroba +	A	B	A+B
Choroba -	C	D	C+D
Razem	A+C	B+D	N

Czułość = $a/(a+c)$

Swoistość = $d/(b+d)$

P+ = $a/(a+b)$

P- = $d/(c+d)$

Wynik fałszywie ujemny to C, a fałszywie dodatni to B.

Wynik prawdziwie dodatni A, a prawdziwie ujemny D.

Różnice pomiędzy prewencją a promocją zdrowia

(Woynarowska „Edukacja zdrowotna”)

	Podejście prewencyjne	Podejście promocyjne
Punkt wyjścia	Choroba	Zdrowie
Cel	Uniknięcie choroby (utrzymanie obecnego stanu – <i>status quo</i>)	Pomnażanie rezerw i zwiększanie potencjału zdrowia
Adresaci	Grupa szczególnego ryzyka	Cała populacja
Wykonawcy	Głównie resort zdrowia (działania medyczne)	Uczestnictwo społeczeństwa, działania wielosektorowe

Edukacja zdrowotna (wg E. Charońskiej)

- to całościowy zespół działań zmierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy styl życia i przyczyniać się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływu na zdrowie własne i społeczności, w której żyją.

Dokumenty - promocji zdrowia

- 1974 - Raport Lalonda
- 1977 - Deklaracja z Alma - Ata
- 1986 - Karta Ottawska
- 1989 - Rekomendacje z Adelajdy (Australia)
- 1991 - Ustalenia z Sundsvall (Szwecja)
- 1997 - Deklaracja Dżakarcka (Indonezja)
- 2000 - Stanowisko z Meksyku
- 2005 - Karta z Bangkoku
- 2007 - Vancouver

Przykłady międzynarodowych organizacji działających w obszarze zdrowia:

1. Unia Europejska (UE)
2. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)
3. Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ)
4. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)
5. Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF)