LITERATURA MEDICALĂ

În condiţiile actuale ale ţării noastre consider că nu este recomandabilă o politică demografică explicită şi directă care să susţină creşterea rapidă a natalităţii, ci o politică mai degrabă socială bazată pe patru direcţii principale: Minimizarea pierderilor cantitative



şi calitative în rândul populaţiei (şi în special în segmentul de copii şi tineri). Creşterea calităţii copilului, prin asigurarea unei dezvoltări normale. Stimularea „natalităţii de calitate” şi această în toate structurile de populaţie, inclusiv în rândul populaţiei sărace sau cu indice de instruire scăzut. Prima şi cea mai simplă sursă de date privind evaluarea calităţii vieţii şi îmbunătăţirea indicatorilor demografici este o riguroasă înregistrare şi analiză a datelor primite din teritoriu (cabinete şcolare, cabinete medicale private, medici de familie, spitale, serviciul informatizat de evidenţă a populaţiei, primării, prefecturi). Este absolut necesară mărirea numărului de ore de educaţie fizica şi sport la absolut toate clasele la cel puţin 225minute/săptămână. Este necesară introducerea obligatorie a disciplinei de promovare a stării de sănătate la toate clasele cel puţin o oră pe săptămână şi integrarea ei şi în celelalte discipline şcolare pentru o promovare a sănătăţii individuale şi colective este o învestiţie eficientă în dezvoltarea durabilă a sănătăţii. (Autorul)

ISBN 978-606-8567-05-1

Menagementul programelor de promovare a unui stil de viaţă sănătoasă

Ionut Horia T. Leoveanu

Menagementul programelor de promovare a unui stil de viaţă sănătoasă la adoleşenţii din Judeţul Braşov



Amanda Edit

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adoleşenții din Județul Braşov

Ionut Horia T. Leoveanu

***

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adoleşenții din Județul Braşov



Prin prezența lucrare vreau să aduc un pios, recunoscător şi profund omagiu în memoria şi demnitatea dragului şi iubitului meu tată (Prof. dr. col.(r) Toma A. Leoveanu), cel care m-a învățat şi inspirat să merg pe drumul, sensul şi calea vieții, a cinstei, omeniei şi menirii mele de om, medic şi nu în ultimul rând pe cea de fiu, impulsionându-mă cu multă răbdare şi tact în dorința permanentă de a învăța mai mult, mai bine şi mai perseverent.

Copyright@Ionuț Horia T. Leoveanu-2014

Consilier de carte:
Octavian Mihalcea

Redactor: **Victor Sterom**
Lector: **Lucian Gruia**
Corector: **Patricia Lidia**
Coperta: **Laura Rushani**
Tehnoredactare: **Amanda Edit**

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
LEOVEANU T. IONUȚ HORIA
Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adoleşenții din Județul Braşov
/ Ionuț Horia T. Leoveanu. –
Sinaia : Amanda Edit, 2014
ISBN 978-606-8041-75-9

821.135.1.09

Drd. Dr. Ionut Horia T. Leoveanu
(Facultatea de Medicină Generală "Iuliu Haţieganu" Cluj-Napoca)

MANAGEMENTUL PROGRAMELOR DE PROMOVARE A UNUI STIL DE VIAȚĂ SĂNĂTOASĂ LA ADOLEŞENȚII DIN JUDEȚUL BRAŞOV

Amanda Edit

Bucureşti, 2014

PRECUVÂNTARE

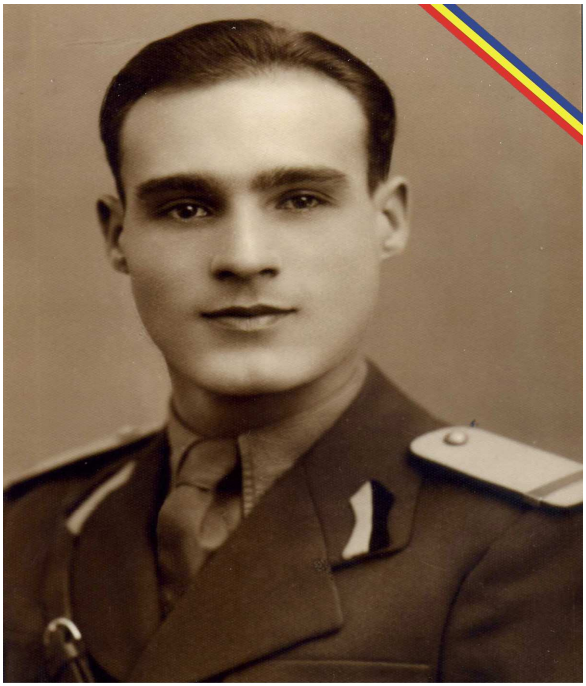


Dedic această lucrare, părinților mei dragi: învățătoarea Eugenia I. Loveanu şi profesor dr. col. (r) Toma A. Leoveanu, precum şi dragei, minunatei şi sufletistei mătuşi, naşe de botez, învățătoare Virginia I. Pantu, eminenți dascăli de înaltă pregătire profesională şi ținută moral educativă a învățământului braşovean, „discipoli de şcoală veche românească", care au contribuit permanent printr-o muncă neobişnuită, titanică şi asiduă, la formarea de zeci de generații de elevi dar nu în ultimul rând la vegherea sănătății şi educației mele din fragedă pruncie şi până astăzi, la formarea mea ca om şi medic, demn urmaş al unor oameni minunați şi deosebiți prin toată ființa lor.

Prin prezența lucrare de dizertație vreau să aduc un pios, recunoscător şi profund omagiu şi în acest fel să cinstesc memoria şi demnitatea dragului şi iubitului meu tată profesor dr. col.(r) Toma A. Leoveanu, care prin educația de fost militar, apoi profesor şi director al celui mai mare Colegiu din Transilvania „Colegiul Național Andrei Şaguna" Braşov, m-a învățat şi insuflat, arătat şi sfătuit pe drumul, sensul şi calea vieții, cinste, omenia şi menirea mea de om, medic şi nu în ultimul rând pe cea de fiu, impulsionându-mă cu multa răbdare şi tact în dorința permanentă de a învăța mai mult, mai bine, mai perseverent.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolescenții din Județul Brașov

Masterul de Management Sanitar din cadrul Facultății de Medicină Generală „Victor Papilian” aparținând Universității „Lucian Blaga” Sibiu, acolo în inima Transilvaniei mele dragi, aduce cu el bucuria și promisiunea făcută. Dragii mei, fără ajutorul și sprijinul dumneavoastră poate astăzi nu aș fi fost aici. Vă mulțumesc din suflet pentru tot ceea ce ați făcut pentru mine!



Col. (r) Prof. Toma A. Leoveanu

Sunt conştient că noi, medicii, trebuie să plătim pentru acest joc permanent de-a viața şi de-a moartea.
Este ceva deasupra noastră.
Cred că Dumnezeu este în noi oamenii!

IN LOC DE PROLOG

Am ales şi redactat această lucrare, cu gândul la copii şi/sau adolescenții din toate formele de învățământ (grădinițe, creşe, şcoli, licee, colegii, facultăți) nu numai din Braşov ci chiar din întreaga țară. Ei sunt viitorul națiunii. Viitorul lor depinde de felul în care sunt educați şi îngrijiți ca să devină adulți sănătoşi şi creativi într-o lume tot mai complexă, din ce în ce mai competitiva. Secolul în care abia am intrat va fi o provocare continuă din cauza multiplelor probleme nerezolvate de omenire până în prezent.

Dezvoltarea durabilă şi obiectivele noului mileniu nu pot fi atinse fără participarea întregii populații, iar participarea depinde în primul rând de sănătatea şi politicile/programele de sănătate ale acestei polulații cu precădere politicile pentru promovarea unui stil de viață sănătos în rândul adolescenților. Sănătatea populației se obține prin investiții semnificative în noile generații (adolescenți). Aceste investiții sunt menite să crească nivelul lor educativ şi cultural pentru a putea face față competitivității din toate domeniile de activitate.

Criza globală prin care trece în prezent sănătatea, atât națională cât şi mondială, se manifesta pe fondul unei lumi dominate încă de inegalități şi care este măcinată de o instabilitate economico – socială şi politică. Programele de sănătate din țările sărace afectează şi țările bogate. La fel ca poluarea şi sănătatea nu mai recunoaşte granițele naționale. Epidemiile de obezi sau subnutriți, amploarea bolilor cardio-vasculare, disfuncțiile endocrine, abuzul de cafea, fumatul, alcoolismul, consumul de droguri bântuie tot globul,

inclusiv şi țara noastră, şi din nefericire la vârste din ce în ce mai tinere.

Povara bolilor cronice, patologia şi etiologia lor foarte diversă este din ce în ce mai mare. Personalul sanitar este insuficient şi nu mai poate face față solicitărilor de diferite grade. Pentru aceasta se impune un program de deblocare a posturilor din rețeaua sanitară şi cu precădere rețeaua sanitară din medicina şcolară. Printre obiectivele de dezvoltare ale mileniului cel de promovare a politicilor de sănătate devine un obiectiv central care necesită o strânsă cooperare internațională.

Pentru atingerea lui este nevoie de un sistem sanitar suficient de puternic care să poată preveni îmbolnăvirile şi să promoveze sănătatea. Studiile de sănătate publică, a politicilor/programelor de sănătate demonstrează asocierea între nivelul mortalității, morbidității şi densitatea personalului medico-sanitar în ceea ce privește patologia bolilor adolescenților. Asigurarea unui personal medical cu înaltă calificare necesită programe de educație medicală continuă (EMC) atât pentru medici cât şi pentru asistenți.

Aceste programe EMC trebuie susținute de o motivare obținută printr-un sistem de sprijin eficient şi strategii de acoperire care să asigure un număr adecvat de personal medico-sanitar la o populație şcolară dată astfel ca fiecare elev şi/sau adolescent să aibă acces la servicii medicale de cea mai bună calitate. Cercetările privind resursele umane sunt insuficiente sau inexistente în majoritatea țărilor ce se află în tranziție. Formarea unei culturi de masă bazată pe cunoaştere este esențială pentru a accelera, ghida şi ameliora acțiunile menite să influențeze şi promoveze sănătatea adolescenților. În

acest amplu proces fiecare medic şi fiecare asistent contează.

Aşa cum arată studiile şi rapoartele anilor 2003 – 2004, 2006 – 2007, viitorul societății umane depinde de felul în care copii şi/sau adolescenții vor fi sau nu capabili să-şi atingă potențialul lor optim de dezvoltare fizică şi psihointelectuală, iar aceasta depinde la rândul ei în mare măsură de îngrijirile şi condițiile în care sunt crescuți şi educați. Niciodată până în prezent nu au existat atât de multe cunoştințe care să asiste şcoala, familia, societatea, comunitatea în general în dorința de a îngriji, educa, forma şi creşte copii şi/sau adolescenții pentru a-şi atinge acest potențial optim. În ultimele decade relațiile dintre sănătate, dezvoltarea fizică şi psihică dar mai ales îngrijirile parentale au devenit tot mai mult evidente.

Combinând intervențiile care se adresează creşterii şi dezvoltării în mediul familial şi timpul petrecut în unitățile de învățământ, vom promova o sănătate mai bună pentru toți copii şi tinerii de astăzi, dar şi pentru adulții de mâine. O măsură de progres în acest domeniu o reprezintă elasticitatea curriculară şi aplicarea ei în practică din învățământul românesc de toate gradele

Activitatea compartimentului de igiena şcolară este reglementată de Regulamentul de Funcționare al Direcției de Sănătate Publică Braşov din care face parte şi se desfăşoară începând cu anul 2000 în cadrul programelor naționale de sănătate publică. Începând cu anul şcolar 2004 – 2005 activitatea a fost inclusa în „ Programul Național de Sănătate Comunitară Nt. 1”.

Principalele activități ale acestui program se refera la relația dintre starea de sănătate a copiilor şi

adolescenților precum și a mediului lor de viață în care își desfășoară diferite activități. Obiectivul OMS și cel al Strategiei europene pentru controlul sănătății adolescentilot este acela de a realiza un Cadru Strategic European pentru implementarea măsurilor naționale de control a acestei stări de sănătate, cu scopul de a da importanță vieții, de a reduce prelevanța consumului de de tutun, excesului de cafea, consumului de droguri, alimentației de tip fast-food, a regimului alimentar hipercaloric sau hiperglucidic și de a proteja generalitățile prezentate și viitoare de consecințele devastatoare ale factorilor de risc asupra sănătății copiilor și adolescenților.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) urmărește să promoveze și să faciliteze adoptarea la nivelul țării noastre, a unor politici de sănătate complexe, bine precizate, multidirecționale, bazate pe dovezi, având ca scop reducerea cererii și ofertei în rândul adolescenților a tuturor factorilor de risc enumerați mai sus și scăderea prevalenței lor la toate categoriile populaționale mai ales în rândul adolescenților care vor deveni adulții de mâine. Este de remarcat faptul ca sănătatea adolescenților a devenit o problemă nu numai națională dar și mondială.

În aceleași timp, este de remarcat faptul îngrijorător că obiceiul consumului de anumiți factori „perturbatori" ai stării de sănătate de tipul: tutun, cafea, sare, cola, pepsi, produse fast-food, droguri, automedicația, neprescrisă de cadre medicale de specialitate, este în expansiune atât pe plan național dar și pe plan mondial și se accentuează pe zi ce trece în rândul

copiilor și adolescenților. În acest fel ei sunt posibili candidați la bolile cronice de mai târziu.

Procesul dezvoltării și perfecționării democrației în țara noastră, lărgirea atribuțiilor, a competenței și a autonomiei unor organe, instituții și organizații de stat sau private, precum și creșterea rolului maselor în realizarea sarcinilor multiple și complexe ale actualei etape a evoluției ascendente a societății noastre, cu precădere postdecembristic 1989 nu pot fi concepute și realizate în afara unei întăriri continue și corespunzătoare a răspunderii diferitelor guverne care vin și pleacă privind politicile/programele de promovare a unui stil de viață sănătos în rândul copiilor și adolescenților dar și adulților.

Personalul sanitar (medicii și asistenți medicali) are misiunea de înaltă răspundere civică să contribuie activ, efectiv și calificat la ocrotirea și promovarea sănătății întregii populații, începând cu cele mai fragede vârste. Mulți oameni, nu numai adolescenții, au o realație complexă cu alimentația, cu deprinderile contidiene și cu stilul propriu de viață. Majoritatea adolescenților se delectează mâncând, dar de cele mai multe ori nesănătos și „se simte uneori vinovat” de ceea ce mănâncă, abuzurile ce le face cu bună credință, din teribilism sau de cele mai multe ori sub influența anturajului.

Din ce în ce mai des ne facem probleme în privința greutății și recurgem la tot felul de diete fără sfârșit, deși mărturiile disponibile atestă faptul că, la nivel național suntem din ce în ce mai graşi, mai predispuşi spre boli cronice. Uneori copii și adolescenții sunt recompensați pentru comportamentul lor corespunzător (privit sub diferite ipostaze: note mari,

reuşită la examene etc) cu dulciuri, ciocolată, mese exagerate/copioase.

Planul European de Acțiune pentru Promovarea, Profilaxia şi Monitorizarea bolilor adolescenților din întreaga lume pe perioada 2000 – 2007 prevede la copii şi tineri, necesitatea de a asigura, un mediu protector acasă, în instituțiile de învățământ, centrele de amplasament şi ocrotire socială a minorilor, la locul de muncă, program ce are ca principal obiectiv reducerea numărului şi gravității efectelor nocive de orice fel asupra stării lor de sănătate.

Educația şcolară care include şi educația igienico-sanitară care se face la nivelul cabinetului medical şcolar din unitățile de învățământ este o etapa fundamentală şi în acelaşi timp, o componentă fundamentală, esențială şi definitorie a educației. Ea include copiii şi tinerii începând cu vârsta de 6-7 ani şi durează până la 18-19 ani, pentru cei care urmează licee, şcoli de arte şi meserii, şcoli postliceale.

Pe ansamblu educația şcolară reprezintă un sistem complex şi unitar, care reprezintă mai multe dimensiuni sau laturi, corespunzătoare în linii mari principalelor laturi ale personalității umane: educația intelectuală, educația morală, educația fizică, educația estetică, educația tehnologică, educația sanitară sau pentru sănătate. Aceste dimensiuni se află în raporturi de interdependență şi complementaritate, conferindu-i educației şcolare un caracter sistemic, deschis şi dinamic.

CLARIFICĂRI

Prezenta lucrare de este structurată pe două părți: Partea Generală şi Partea Specială. Partea Generală este structurată pe patru capitole: CAPITOLUL I este abordat din perspectiva datelor statistice cu privire la cauzele si riscurile imbolnavirii adolescentilor cu varsta intre 16 si 18 ani. In acest capitol se fac referiri la identificarea factorilor, problemelor de sanatate aparute ca urmare a actiunii acestor factori. CAPITOLUL II dezbate problema politicilor publice de sanatate si programelor pentru profilaxia si monitorizarea bolilor la adolescent. Sunt analizate aspecte comparative cu alte state membre ale Uniunii Europene, baza juridica a politicilor si programelor de sanatate. CAPITOLUL III dezbate problema implementarii publice de sanatate si impactul acestora asupra procesului de prevenire a imbolnavirilor in randul adolescentilor cu varste cuprinse intre 16 si 18 ani. Acest capitol face referiri si la strategiile utilizate la prevenirea imbolnavirilor la adolescenti, se fac referiri la rolul medicului scolar, locatia cabinetului medical scolar;

CAPITOLUL IV – face referiri la perceperea calitatii vietii de catre adolescenti, calitate a vietii care este asigurata de totalitatea acelor conditii care ofera adolescentului posibilitatea unei dezvoltari armonioase, a realizarii unei vieti pline, satisfacatoare, implinite. PARTEA SPECIALA a lucrarii de dizertatie este destinata studiului statistic si factorilor declansatori cu efect negativ asupra starii de sanatate a adolescentului. Se fac referiri legate de alimentatie, consum de alcool, droguri, fumat. Aceasta parte a lucrarii de dizertatie

prezinta grafice si tabele destinate pentru a ilustra promovarea unui stil de viata sanatos la adolescenti.

FINALUL LUCRARII de dizertatie puncteaza o serie de concluzii si normative esentiale pentru vegherea cat mai atenta a problemei sanatatii adolescentilor aflati in liceele din Judetul Brasov, starea de sanatate care ar trebui sa dea de gandit atat posibililui pacient dar si familiei si scolii unde acesta isi petrece cea mai mare parte a timpului, care in medie este de 8 ore zilnic. In aceasta conjunctura, promovarea sanatatii, prevenirea ei si lansarea unor programe optime de management pentru promovarea unui stil de viata sanatos devine o sarcina indispensabila pentru pregatirea adolescentului, pentru viata acestuia, adolescent care va deveni viitorul adult.

Campaniile mass-media pot creşte nivelul cunostintelor despre efectele factorilor nocivi asupra sanatatii adolescentilor, pot influenta acordul politicului pentru instituirea de masuri si/sau programe, pot oferi indicatii pentru actiuni simple si eficiente destinate acestui scop. Campaniile mass-media pot de asemenea promova, oferi sprijin si facilita accesul adolescentilor la serviciile de sanatate publcia pentru renuntarea la factorii nocivi asupra starii lor de sanatate

Motto: *EDUCAŢIA SANITARĂ ESTE ÎN ACELAŞI TIMP O ŞTIINŢĂ UTILIZÂND CUNOŞTINŢE MULTIPLE ŞI O DISCIPLINĂ CARE SE FOLOSE□TE DE O PEDAGOGIE NOUĂ, MODERNĂ, SPECIFICĂ!* **(JACQUES PARISOT)**

ÎN LOC DE PREFAȚĂ

De mai bine de trei milenii, de-a lungul atator zguduiri sociale, omenirea şi omul s-au schimbat permanent. Tot de atata vreme, medicina, în ciuda marilor şi profundelor frământări şi reînnoiri şi-a păstrat menirea ei fundamentală, aceea de a fi de folos omului, şi-a lărgit capacitatea ei tămăduitoare a tot mai multe boli de etiologie si patologie din ce in ce mai numeroase, din ce în ce mai diversă. Sfâşiata de ideologii, reacționare, societatea a trăit de-a lungul secolelor mari şi profunde tragedii, a plătit tribut cu mari sacrificii umane şi materiale.

Marile probleme ale eticii şi deontologiei medicale s-au pus şi se vor mai pune încă cu dreptul de multă acuitate. Despre ele au vorbit şi vorbesc răspicat cei mai de seamă oameni politici, savanți, cercetători, mari dascali şi pedagogi. Progresele rapide în ştiință şi tehnică au impus şi ele adaptări în medicină, au determinat mutații neobişnuite altădată în diagnosticul şi tratamentul bolilor, în comportamentul medicilor, în relațiile dintre medic şi bolnav/pacient.

Paralel cu dezvoltarea bazei materiale, în toate sectoarele de activitate s-au dezvoltat şi condiții necesare asigurării medico-sanitare din ce în ce mai bune pentru comunitatea de toate vârstele,o atenție deosebită revenind asistenței medicale din sectorul pediatric. Legăturile şi relațiile puternice dintre medic şi bolnav/pacient conțin suflet şi încredere, omenie, speranță şi dăruire, dragoste şi sacrificiu. „Contactul zilnic cu suferința" fizică şi psihică îi face pe medici, pe „ostații în halate albe", să fie mai înțelegători, mai docili față de om, în general, şi le

permite să își dezvolte și/sau educe cele mai frumoase și nobile calități ale profesiunii pe care o exercită.

Medicul mai este supus unei etici speciale, pentru că practica medicală comportă un caracter de moralitate de dezinteres, de devotare si permanent sacrificiu, acest caracter îi consacră o originalitate profesională. Etica profesională, în marile ei principii, se cunoate. Ea diferă semnificativ de a celorlalte profesii și profesiuni liberale, deoarece nici una dintre ele nu are raporturi atât de apropiate de om, de suferința fizică a acestuia. Existența medicinei și a medicilor este justificată prin dreptul ce s-a recunoscut oamenilor bolnavi, a celor suferinzi să beneficieze necondiționat de ajutor.

Dreptul la sănătate îl au toți indivizii, dar dreptul la vindecare revine în exclusivitate numai medicilor.
Este din ce în ce mai necesar să se acționeze pe toate planurile de activitate și influențare, ca toate cadrele medico-sanitare (medici si asistenți) să-și facă datoria la locul lor de muncă, să se perfecționeze neîncetat, să-și pună întreaga lor capacitate în scopul prevenirii, monitorizării și tratării bolilor, a omului bolnav/suferind. Este necesar și sincer mărturisesc este cât se poate de obligatoriu.

În statul nostru, reglementarea răspunderii medicale pornește de la concepția că întreaga activitate de ocrotire a sănătății se desfățoara conștient și este raportată la interesele generale ale societății și la cerințele obiective ale dezvoltării sociale și comunitare, constituie temeiul antrenării unor reacții, respectiv a unor consecințe diferite pe plan social, economic, familial etc.

Obligațiile de conduită prescrise de normele de drept și răspundere juridică sunt strâns legate de stat și de

drept, fiind supuse concomitent unor puternice influențe din partea celorlalte forme de obligații, pe care le include răspunderea civică şi socială. Tocmai prezența sancțiunii în structura fiecărei norme juridice este elementul esențial care distinge răspunderea juridică de răspunderea morală.

Este un foarte mare adevar că indiferent ce faci şi cine eşti, ai o elementară obligație în această efemeră lume, să fii în primul rând om, să realizezi ceva pentru oameni, să nu trăiesti degeaba. În cazul medicului, aceste criterii săcre, capată o semnificație adâncă, o răspundere suplimentara, deoarece obiectul muncii lui este omul şi în special acel om bolnav, suferind (indiferent de vârstă, etnie, religie, statut socio-economic, pregătire profesională, statut de stare civilă, apartenență politică) în care boala a sădit o mică suspiciune, o îndoială, o neliniște, o durere, o neîmplinire sufletească, dar în primul rând O MARE SPERANȚĂ în forță de vindecare „a acestui cetățean" care se numeşte MEDIC. Această credință oarbă a oamenilor bolnavi constituie poate cea mai uriaşă responsabilitate cu care este împovărată mintea, inima, sufletul şi conştiința medicului.

Nu-i este permis absolut nimănui să nesocotească această „oază de speranță", să nu-şi pună în joc, în lupta permanentă cu boala, toată priceperea, toată pregătirea profesională, tot elanul şi sufletul. Omul nu mai este sau ar trebui să nu mai fie duşman omului, ar trebui să îi devină prieten şi frate. Condiția medicului, acum şi în perspectiva de mâine trebuie discutată mai ales în funcție de faptele lui, şi mai ales cele legate de sănătate, de faptele care slujesc societatea, comunitatea şi scopul nobil al statutului de medic şi profesiunii medicale.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolescenții din Județul Brașov

Un medic adevărat nu are şi nu poate să aibă odihnă. Această pentru că în el îsi pun toate nădejdile, speranțele, nu numai oamenii bolnavi ci şi cei care sunt sănăți (aparținătorii celor aflați în suferință). Activitatea medicului îmbracat în halatul alb, imaculat, în cabinet, spital, prezența lui permanentă în sat sau oraș, pe uliță sau stradă sau oriunde, reprezintă o garanție şi în acelaşi timp o imensa bucurie pentru toşi cei suferinzi, bolnavi şi disperați.

Medicul ar trebui sa fie un permanent model de muncă, în comportament, conduită profesională, cu alte cuvinte „cumpătat în toate". El trebuie sa aibă conştiința mereu trează, să acționeze la îndemnul ei, să trăiască pentru bolnavii cărora să le fie deopotrivă un adevărat părinte, prieten, frate. (Dr. Leoveanu T. Ionuț – Horia, Braşov – Iulie 2009)



PARTEA GENERALĂ

INTRODUCERE

Adolescența este o perioadă de tranziție de la copilărie la statutul de adult, de la starea de dependență la acea de independență. Tineii se maturizează cu viteze diferite, din punct de vedere biologic, psihologic, cultural şi social iar vârsta cronologică nu se presupune şi nici nu se supune peste maturitatea de dezvoltare a individului. Din punct de vedere legal o persoana cu vârsta de 18 ani este considerată adult. Tinerii/adolescenții cu vârstele cuprinse între 16-18 ani pot lua decizii medicale independent de dorința părinților sau a susținătorilor legali. Uneori şi copiilor cu vârsta sub 16 ani li se acordă dreptul de a refuza un tratament sau un act medico-chirurgical. Astăzi la început de mileniu, când viața individului a devenit infinit mai complicată decat altădată, a lăsa educația pentru sănătate la voia întâmplării ar fi o eroare de neiertat de către posteritate. Medicina şcolară este nu de mult timp o parte a procesului modern de învățământ: preşcolar, gimanzial, liceal, postliceal şi chiar universitar. De mulți ani halatele albe din şcoli constituie un important factor de siguranță în cadrul grădinițelor şcolilor, liceelor şi universitaților din România, atât prin abordarea situațiilor medicale de urgență, cât şi prin supravegherea constantă a creşterii şi dezvoltării şcolarilor respectiv adolescenților, monitorizării stării de sănătate a studenților. Poate şi din această cauza personal consider că atât colegii medici medicină generală / medicina şcolară, asistenții din cabinetele medicale şcolare, părinții şi nu în ultimul rând

colectivul de cadre didactice au obligația naturală, civică și morală de a-i îndruma, educa și forma pe adolescenți să gândească și să acționeze în funcție de totalitatea pe care o reprezintă, de integrarea lor în societate, la finalizarea studiilor liceale, profesionale sau universitare.

Fiecare unitate de învățământ ar trebui să dispună în următorii ani de o echipa complexă medic / asistent medical, echipă capabilă să acorde primul ajutor medical în situații de urgență până la sosirea echipajelor SMURD care dispun de dotarea medico-sanitară corespunzatoare pentru transportul în siguranță al pacientului spre unitațile spitalicești care vor soluționa rezolvarea cazului.

Deşi sunt relativ rare la tineri, bolile cronice precum: diabetul zaharat, mucoviscidoza, epilepsia, astmul bronșic, ele pot apărea și la acestă vârstă. adolescentul trebuie să-și asume responsabilitatea actului medical, responsabilitatea propriei stări de sănătate: fizică și mentală, evitând în acest fel dependențe prea mari față de părinți. Adolescenții sunt viitorul națiunii. Viitorul acestor adolescenți depinde de felul în care ei sunt educați și îngrijiți ca să devină adulți sănătoși, productivi și creativi într-o lume tot mai complexă și mai competitivă. Sănătatea populației se obține prin investigații ample, laborioase, uneori de lungă durată.

Deoarece normele de igienă școlară sunt imperative ale desfășurării normale a procesului de învățământ, prezenta lucrare de dizertatie, încearcă să contureze legislația, rolul, precum și normativele igienice ale mediului și activității școlare, a politicilor de sănătate pentru promovarea sănătații în școlile din România.

Dezvoltarea durabilă și obiectivele noului mileniu privind politicile de sănătate, politicile publice de

promovare a sănătății nu pot fi atinse fără participarea întregii populații indiferent de vârstă, iar participarea depinde în primul rând de sănătatea acestei populații. Dictonul "mens sana in corpora sano" sintetizează o adevărată filozofie a educației pentru sănătate fizică, morală şi spirituală. Cu acestă educație au fost şi ramân deopotrivă datoare copiilor şi adolescenților atât familia cât şi şcoala. Medicina contemporană cunoaşte un mare avânt, împreună cu toate celelalte ramuri ale ştiinței şi tehnicii.

Folosind cele mai noi cuceriri ale ştiinței medicale şi întemeind întregul sistem de ocrotiri de sănătate pe principiul profilaxiei (care este elementul fundamental al cabinetului medical şcolar), țara noastră a obținut progrese deosebit de importante, reflectate în necontenita îmbunătățire a stării de sănătate a populației în general şi a adolescenților în special.

Copilul şi/sau adolescentul nu este, aşa cum cred unii, un adult în miniatură, diferențierea dintre ei nu este conferită numai de proporții cantitative ci şi de unele particularități biologice. Grădinițele, creşele, şcolile, liceele de toate gradele au porțile deschise pentru toți elevii/adolescenții, lor le stau la îndemână consilierii de orientare şcolară profesională (OPS) medici şcolari, medici pediatrii şi tot felul de specialişti în asistența psiho-socială a copilului/adolescentului, care pot da şi dau sfaturile şi îndrumările necesare. Le stau la dispoziție şi unele centre de protecție, specializate pe afecțiuni.

Mari frecvențe decât deficiențele fizice şi neurologice sunt modificările comportamentale, care devin mai evidente în momentul în care copilul şi/sau adolescentul întră într-o colectivitate. Dezvoltarea

psihoafectiva armonioasă a copilului are loc numai dacă părintii (şi ceilalți membrii ai familiei), medicul şcolar, şcoala şi mediul social în care trăiesc îi oferă condițiile şi posibilitățile necesare.

Când familia nu corespunde din punct de vedere moral-educativ (din cauza dezorganizării sau existenței în interiorul ei a unor cencepții, comportări şi atitudini greşite), pot să apară tulburari serioase deşi în dezvoltarea adolescentului psihoafectivă, comportamentală educativ igienico-sanitară, cu consecințe negative şi asupra personalității viitorului adult. Influența pe care mediul familial şi social o exercită asupra dezvoltării psihoafective a adolescentului depinde şi de unele particularități individuale funcțional-adaptative ale sistemului său nervos, condiționate genetic şi de starea lui de sănătate trecută şi prezentă.

Medicul care urmăreşte dezvoltarea somatică, fizică a adolescentului trebuie să aprecieze, de asemenea, dezvoltarea psihoafectivă şi intelectuală a copilului/adolescentului, aşa cum se preocupa de „igiena fizică" a adolescentului trebuie sa se preocupe de „igiena mentala" dar şi de deprinderile lui de viață. Studiul şi anchetele efectuate de Departamentul de Servicii Sociale au arătăt că 99% din cheltuielile pentru sănătate din 1973 erau efectuate pentru tratemente medicale şi numai 1% pentru activități de prevenire a îmbolnăvirilor deşi estimările efectuate prevăd că tratamentul medical poate preveni doar 10% din decesele premature, în timp ce activitățile de prevenire a îmbolnăvirilor adresate adolescenşilor din unitățile de învățământ şi nu numai pot preveni 70% din decesele premature.

În amplul proces de educare a adolescentului indiferent de statutul lui, este nevoie de mult tact din partea părinţilor, educatorilor săi, medicilor şcolari, de abilitatea lor în a îmbina afec iunea cu autoritatea, răbdarea şi calmul cu fermitatea în decizii.

Devenind mai siguri pe ei, adolescenţii încep să intre sub tutela permanentă a familiei, preferând să intre mai mult sub influenţa autorităţii şcolare şi diferitelor organizaţii ale statului. Aceştia acceptă din ce în ce mai pu in compania adulţilor din familie, ba chiar şi pe cea a fraţilor mai mici, căutând din ce în ce mai mult compania colegilor de şcoala sau a „prietenilor de joacă”.

CAPITOLUL I

UNELE DATE STATISTICE CU PRIVIRE LA CAUZELE I RISCURILE ÎMBOLNĂVIRII ADOLESCEN ILOR CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 16-18 ANI

Aşa cum se poate observa, modificările demografice ne arată o scădere continuă a populaţiei de copii şi tineri cuprinşi în instituşiile de învăţământ din România.

ANUL	POPULA IA TOTALĂ	GRUPA 0-1 ANI	GRUPA 16-18 ANI
1996	637.463	5.396	61.164
1997	636.434	5.365	60.945
1998	633.140	5.676	57.807
1999	630.744	5.633	55.332
2000	628.643	5.533	53.047

2001	626.499	5.629	50.589
2002	592.491	5.275	47.691
2003	595.777	5.465	48.900
2004	593.354	5.703	48.618

Figura 1 – Modificari demografice (Vasile Moldovan – "Medicina colară" vol. I)

Tabelul reprezintă modificarea populaţiei de copii şi tineri între anii 1996 – 2004 în liceele din România. Modificările de structură ale populaţiei sunt generate în special de reducerea numărului de naşteri, creşterii avorturilor. Procentul populaţiei din unitaţile de învăţământ a scăzut constant în această perioadă de la 25% în anul 1996 la 19,6% în anul 2002 şi 18,01% în 2004. Această modificare determină reducerea cererii de săli de clasă în liceele din România, implicit a numărului de cadre didactice şi personalului medical (medic, asistent medical). Reducerea numărului de clase de elevi a determinat în majoritatea liceelor din România extinderea învăţământului într-o singură tură, reducerea numărului de elevi dintr-o clasă, dar şi desfiinţarea anumitor şcoli / licee.

Reducerea numărului de elevi duce implicit şi la reducerea numărului de cadre didactice, dar şi a personalului medical din cabinetele medicale şcolare. În felul acesta chiar dacă norma unui medic şcolar ramane la 2000-2500 de elevi acesta va trebui să asigure asistenţă medicală de specialitate pe mai multe unităţi de învăţământ. În acest fel posibilitatea monitorizării zilnice a stării de sănătate a elevilor dintr-o unitate de învăţământ devine foarte anevoioasă iar supravegherea sănătaţii adolescentului va avea de suferit din punct de

vedere al calității şi eficienței actului medical (examene de bilanț, campanii de vaccinare, consultații medicale la cerere etc.).

Dezvoltarea umană este programată genetic. Materializarea programului genetic depinde în cea mai mare măsură de condițiile de mediu din care organismul aflat în acest proces complex de creştere şi dezvoltare îşi poate extrage factorii necesari, energia şi materialele plastice. Supraviețuirea, creşterea şi dezvoltarea în primii ani de viață sunt fundamentale pentru viitorul societății în care s-a născut fiecare individ. Niciodată până acum societatea umană n-a avut mai multe oportunități pentru a sprijini şi asista familia, la creţterea şi educarea copiilor sănătoți. Au fost puse în evidență dovezi clare că viața adulților este profund determinată de modul în care au fost crescuți şi îngrijiți încă din copilărie, de modul în care şi-au trăit adolescența. (Dr. Vasile Moldovan – "Medicina colară", vol. I, Ed. Universității Transilvania Braşov, 2005, pag. 42)

Comportamentul de Igienă şcolară este serviciul în care se adaptează şi se aplică programele naționale de sănătate publică la condițiile loco-regionale, în vederea prevenirii îmbolnăvirilor/profilaxia şi promovarea sănătății adolescenților. Viziunea activită ii incorporează câteva concepte fundamentale: Este orientată spre viitor, încercând să prevină îmbolnăvirile prin promovarea deprinderii şi a unui stil de viață sănătos; Se concentrează asupra calitații asistenței medicale şcolare; Încearcă să aplice prin intermediul instituțiilor de învățământ cunoştiințele legate de promovarea sănătății individuale, a familiei şi comunității;

Metodele folosite sunt validate prin strategii bazate pe dovezi. Misiunea noastră a fost şi rămâne, politica de prevenire prin supravegherea determinanților majori ai stării de sănătate, pentru a asigura îmbunătățirea calității şi adaptarea ei la nevoile locale şi naționale deprinse în intervențiile şi acțiunile de zi cu zi. Serviciul este organizatorul şi expertul de probleme de sănătate a copiilor şi tinerilor în cadrul Direcției Județene de Sănătate Publică.

IDENTIFICAREA FACTORILOR DE ÎMBOLNĂVIRE

Adolescența reprezintă perioada de tranziție de la copilărie spre maturitate, cuprinsă în general între 14 şi 17 ani (cu limite extreme de la 12, şi chiar 10, la 18 ani), caracterizată printr-o dezvoltare fizica rapidă, modificări metabolice importante, transformări profunde în sistemul endocrin şi în sfera neuropsihică.

În cadrul larg al adolescenței, pubertatea constituie un aspect de dezvoltare nu atât cantitativă cât calitativă a organismului şi a funcțiilor sale mai importante: apariția şi instalarea ciclului menstrual la fete, dezvoltarea organelor sexuale la băieți cât şi la fete, dar cu un avans de timp pentru sexul feminin.

Şi sub aspectul dezvoltării psihice, adolescenlul comportă importante salturi calitative, dar nu şi fără unele reacții negative, care pot alarma familia, uneori chiar mai mult decât trebuie. Se vorbeşte despre adolescență ca despre o perioada critică a vieții deoarece, dacă în alte perioade ale copilăriei, părinții dețin rolul hotărâtor în formarea şi educarea tinerelor vlăstare, în adolescență copilul începe

să-şi contureze personalitatea, încearcă să iasă de sub influența familiei, îşi modifică comportamentul şi temperamental devenind mai increzător în forțele proprii, mai "independent", dar şi mai izolat, mai închis în sine.

Acum are loc afirmarea hotărâtoare a personalității tânărului cu tendița de eliberare de sub aripa ocrotitoare a părinților, considerând de multe ori că educația primită în familie şi societate este pe deplin desăvârşită. La început acest proces este resim it ca un lucru neplăcut şi destul de dureros, uneori dramatic pentru cei din jur, acest episod fiind cunoscut sub numele de faza negativă a pubertății, pentru ca mai târziu să apară la tânăr sentimentul de siguranță, de satisfacție şi de înțelegere mai bună cu cei din jur, etapă cunoscută sub numele de faza pozitivă a pubertății. La adolescent apar sentimente de frică şi de spaimă în fața viitorului, ceea ce la un temeperament mai slab, mai labil psihic poate duce la apariția cu caracter trecator, mai lung sau mai scurt, a unei stări de indispoziție sau chiar de depresie; după câteva luni, însă, psihicul adolescentului redevine normal. Acesta este tărâmul favorabil în care adolescentul este predispus pentru diferite boli, cele mai multe de cauză organică; tot acum adolescentul are un comportament igienico-sanitar neadecvat din punct de vedere al alimentației, consumului de alcool, consumului de cafea, fumatului, nu în rare situații toți aceşti factori enumerați mai sus fiind asociați cu "magia alba" sau altfel spus consumul de droguri, stupefiante, medicație psihotropă, neuroleptică etc.

Tânărul sau tânăra prezintă în acesta perioadă critică preocupari exagerate pentru dezvoltarea fizicului şi penru apariția unor senzații neobişnuite: creşterea

disproporționată a segmentelor corpului, îngrășarea, slăbirea, pustule acneice inestetice, transpirații abundente cu miros dezagreabil, stare permanentă de oboseală şi apatie, somnolență uneori nejustificată. La început adolescenții sunt mai irașcibili şi în special contestatari față de normele educației si condiției în familie şi societate (cu preponderență în școală). Părinții încep să nu mai constituie un exemplu pozitiv penru adolescent, iar greutatea cuvântului acestuia se pierde pe zi ce trece, o dată cu întărirea convingerii tânărului că el a devenit atotştiutor. Nu de pu ine ori, între părinți şi copil se instalează o permanentă stare de tensiune, relațiile dintre ei semănând de multe ori cu un conflict între generații. În toate aceste cazuri, părinții trebuie să evite conflictul direct şi să recurgă la calea concesiilor pe care ei, ca adulți, au datoria să le facă primii.

În această perioadă exemplul negativ tinde să-l influențeze mult mai uşor pe adolescent/adolescentă decât exemplul pozitiv, este perioada în care, scăpat de sub atenta supraveghere a familiei şi a şcolii, este atras, din spirit de imitație, către unele vicii (fumat, consum excesiv de cafea, băuturi alcoolice cu preponderență tărie, droguri etc.), către unele acte delictuale sau/şi către manifestari de violență. Spre sfârşitul perioadei de adolescență, între 16-18 ani comportamentul tânărului se ameliorează treptat, acesta devine mai matur în gândire şi în absolut tot ceea ce întreprinde. El nu devine mai inteligent ca înainte, dar îşi foloseşte inteligența într-un mod mai personal şi în interes propriu, abia acum începe să înțeleagă frământările celor din jur şi să se preocupe de soarta semenilor săi. Începe să fie preocupat şi de

idealurile de natura filosofică, politică, socială, preocupat de propria sănătate.

Încet, încet, tânărul începe să trăiască sentimente de satisfacție legate de creşterea forței sale fizice şi a capacității de lucru, labilitatea sa emotivă cedeaza tot mai mult lăsând locul unei stabilitați şi linişti interioare. Vârsta adolescenței poate fi însă critică din cauza unor îmbolnăviri care afectează în special organismul aflat în perioada de maximă creştere şi dezvoltare.

Este perioada în care frecvența bolilor reumatismale, a nefropatiilor infecțioase, a tuberculozei a bolilor de natura cardio-vasculară, a unor diferite forme de anemii cu debut spre leucemie, a bolilor cu transmitere sexuală (BTS) şi nu în ultimul rând al celor metabolico-nutriționale şi degenerative este mai crescută în comparație cu alte vârste, aceste boli nedepistate la timp, netratate corect sau incomplet tratate, pot lăsa de cele mai multe ori o amprentă serioasă pe starea de sănătate a adolescentului care astfel devine viitorul bolnav cronic de mai tarziu.

Tot în acestă perioadă, din spirit de imitație, adolescenții încep să fumeze şi, la scurt timp după această deprindere, urmează şi consumul de alcool (sub diverse forme de băuturi) şi, uneori mai grav, de droguri, adevărate "vicii" medico-sociale. Obiceiul unor adolescenți de a bea cafea sau şi mai rău, asocierea uneia sau mai multor ceşti de cafea cu consumul de băuturi alcoolice şi de tutun "realizează o tripletă" dăunătoare pentru organismul tânăr, aflat încă în formare şi maturizare. Stările de insomnie, de agitație şi instabilitate psihică, precum şi apariția de palpitații, la care se pot asocia eventual şi senzații de "arsuri gastrice" sau pusee

moderate de hipertensiune arterială sunt consecințe directe şi imediale ale consumului excesiv de cafea, datorate în special cofeinei conținute de bobul de cafea dar şi în băuturile răcoritoare de tipul PEPSI, COCA COLA sau tabletelor de cofeina ce pot fi procurate destul de uşor prin rețeaua farmaceutică din România.

Este locul să insistăm aici asupra răului obicei al unor adolescenți care în preajma unor examene mai importante consumă seara cafea, ness, pastile de cofeină, cantități crescute de COLA, PEPSI pentru a-şi mări randamentul intelectual şi a-şi îndepărta senzația de oboseală acumulată, înlăturarea somnului.

Această practică este deosebit de dăunătoare şi duce la o epuizare nervoasă rapidă, cu o falsă senzație de bine, cu o lipsă de somn, sau un semn de scurtă durată de cele mai multe ori agitat şi neodihnitor din cauza substanțelor existente consumate în cursul serii (perioadei de examene). La scurt timp, apare efectul contrar, caracterizat prin somnolență, oboseală fizică şi psihică. De cele mai multe ori pledoaria medicului şcolar, asistentei din cabinetul medical şcolar, colectivului profesoral al unității de învățământ sunt de cele mai multe ori înțelese greşit. Consumate când trebuie, cum trebuie, în condiții moderate, un pahar de bere sau de vin, o ceaşcă de cafea după masă şi într-o ambianță plăcută, cu ocazia unor evenimente, aniversări sau stări afective deosebite, pot colora o festivitate în familie sau o agapa între colegi.

Pentru fumat există o adversitate declarată şi în acest sens personal pledez pentru interzicerea fumatului prin toate mijloacele de influență (familie, şcoală, TV, presă, excludere reclame pentru țigări, etichete de

avertizare pe pachetele de țigări, companii anti-fumat, simpozioane etc.), la vârsta tânără şi nu numai. În scopul creşterii performanțelor şcolare ale adolescenților în special în perioadele nodale ale şcolarizării (examenul de capacitate, bacalaureat, admiterea în învățământul superior, sesiune de examene), unii părinți dau copiilor lor, din proprie initiativă şi în exces, medicamente anabolizante cerebrale, contra epuizării fizice şi mai ales a celei intelectuale, a oboselii şi a lipsei de concentrare. Dintre aceste medicamente putem aminti: lecitina, piracetam, proxicem, acid glutamic şi diverse preparate ce con in una sau mai multe vitamine: VITAMAX, SUPRADIN etc.

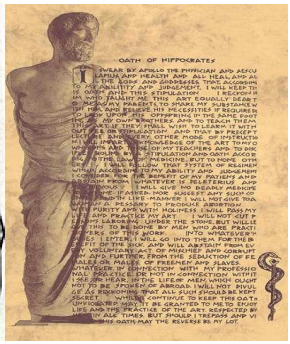
Practica este, dacă nu greşită, măcar inutilă pentru că medicina nu dispune astăzi de medicamente "miracol" care să înlăture senzația de oboseală şi să o confere pe cea de prospețime, să corecteze lipsa de concentrare sau un eventual deficit intelectual şi să le înlocuiască cu performanțe intelectuale de calitate sau un nivel cât mai înalt. Pe de alta parte, se scapă din vedere faptul că o alimentație rațională asigură necesarul tuturor substanțelor neurotrofice (cele care ajută la buna dezvoltare şi funcționare a sistemului nervos în general şi SNC în special): aşa este cazul asigurării necesarului de lecitină prin consum de ouă, al acidului glutamic prin consum de lapte de vacă, al vitaminelor prin consum de legume şi fructe proaspete.

Dacă părinții sesizează la adolescenți lipsa de concentrare, o stare de blazare şi indiferență la tot ceea ce se petrece în jurul lor, aceasta se poate datora fie stării fiziologice deosebite care o prezintă pentru copil adolescența (o dată cu intrarea în acțiune a unui complex

sistem neuro-hormonal), fie un mediu ambiant (familial sau şcolar) inadecvat adolescentului (stări de tensiune în familie, lipsa de înțelegere şi tact din partea părinților, exigența exagerată din partea colectivului de cadre didactice; anturajul dubios frecventat de adolescent etc.).

O viața rațională, bazată pe o alimentație corectă şi completă, pe un echilibru stabil între activitatea şcolară şi odihnă, între efortul fizic şi repaus, evitarea consumului de alcool, cafea cu interzicere totală pentru fumat şi droguri dar mai ales asigurarea unei calde ambianțe în familie şi şcoală, creează toate condițiile depăşirii cu bine a tuturor proceselor critice specifice adolescenței şi dezvoltării optime, atât sub aspectul fizic cât şi psihice a viitorilor aşa-zişi "oameni mari". Nu trebuie omise nici dezvoltarea sexuală a adolescentului, precum şi educația sexuală. (Gheorghe – Eugeniu Bucur – "Educația pentru sănătate în familie şi şcoală", Ed. Fiat Lux, 2007, pag. 31-33)





PROBLEME ALE SĂNĂTĂȚII GENERATE DE ACȚIUNEA ACESTOR FACTORI

COMPORTAMENTUL ALIMENTAR

Activitatea de educație sanitară desfășurată de instituțiile medicale în general, şi prin cabinetele medicale şcolare în special mai ales după 1989 (prin personalul medico- sanitar) sau prin mijloacele de informare în masă: radioul, televiziunea, presa, urmăreşte să ridice nivelul de cunoştințe al populației, implicit al adolescenților în domeniul sănătății. În mod cu totul deosebit, anumite forme şi metode de educație sanitară se adresează părinților în general şi mamelor în special în scopul de a-i familiariza pe adolescenți cu semnele şi simptomele care pot traduce o tulburare ivită în starea de sănătate a adolescentului. În acest sens, nenumărate mijloace de informare şi inițiere stau la dispoziția celor dispuşi să învețe unele noțiuni elementare despre starea de sănătate şi de boală a organismului adolescentului, sau a viitorului adult.

Recunoaşterea la timp şi, dacă este posibil şi cu exactitate a unor stări de boala ajută familia şi şcoala să-i acorde adolescentului primele măsuri de ajutor până la intervenția personalului autorizat în acest scop (medic sau asistent medical). Ori de câte ori, din multiple şi diverse motive, se modifică echilibrul dintre diversele funcții ale organismului sau dintre organism şi mediul în care trăieşte, apar alterări ale stării de sănătate, traduse prin îmbolnăviri ale aparatelor şi sistemelor cu funcții vitale ca de exemplu: aparatul respirator, aparatul circulator, aparatul renal, aparatul reproducător, sistemul

nervos, sistemul endocrin, sau ale celor cu rol auxiliar în biologia organismului (sistemul osos, sistemul muscular, ganglioni, tegumente, mucoase).

Adolescentul mai mult decât adultul, nu poate fi separat de mediul social şi fizic în care-şi duce viața şi-şi desfăşoară activitatea de zi cu zi, multe din îmbolnăvirile adolescentului reprezintă expresia reațiilor organismului său față de unele din noxele biologice, chimice, fizice şi chiar sociale ale mediului în care trăieşte. Starea de sănătate a copilului/adolescentului poate fi uneori numai aparentă, deoarece unele boli evoluează o vreme fără simptome supărătoare (pentru el) sau evocatoare ale unei stări de boală (pentru familia sa), în astfel de cazuri, observația fină şi permanentă a părinților, competența medicului, precum şi mijloacele moderne de investigație de laborator pot să depisteze boala şi cauzele care au generat acea stare de boală. Spre deosebire de aspectul particular al acestor cazuri, majoritatea îmbolnăvirilor la adolescenți sunt precedate sau însoțite de numeroase şi importante semene sau simptome de boală. Deşi unele pot trece neobservate de părinți, cele mai multe pot fi sesizate, dacă nivelul lor de cultura sanitară este cât de cât satisfăcator.

În acest sens putem atrage atenția unei deosebit de importante observații şi anume aceea că aceleaşi simptome pot apărea într-o sumedenie de boli din patologia adolescentului. Febra, guturaiul, durerile de cap etc. având un caracter izolat nu pot preciza diagnosticul pentru o posibilă îmbolnăvire a adolescentului. (Octavian Popescu – “Copilul sănătos şi copilul bolnav”, Ed. Fiat Lux, 2007, pag. 29-30)

Dacă în primii ani de viață alimentația este controlată de părinți sau de persoanele care îngrijesc copiii în adolescență, când nevoile fiziologice necesare nutriției cresc şi consumul alimentelor cu valoare ridicată este important ca acest control să fie "preluat de consumator" în cea mai mare măsură. OMS recunoaște de foarte multe ori că aceşti copii şi adolescenții care îşi însuşesc obiceiuri alimentare sănătoase în prima fază a copilăriei şi le păstrează în cea mai mare măsură şi la maturitate au un risc mai scăzut de a face boli cornice, cum sunt bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul de tip II, osteoporoza, probleme cu afectare renala etc. Un regim echilibrat în anii copilăriei şi adolescenței pare să reducă riscul problemelor de sănătate, cu evoluție imediată cum ar fi de exemplu: cariile dentare, anemiile de orice fel, întârzierea constituțională a creşterii, supragreutatea, obezitatea, bolile de metabolism şi nutriție. Obiceiurile alimentare sunt foarte importante. De exemplu cei care nu mănâncă dimineața, obosesc mai repede către prânz şi aceasta interferează cu capacitatea de învățare şi cunoaştere într-o masura mai mare decât cei care se alimentează corect respectând un program orar de trei mese pe zi pe cât posibil cu respectarea orelor când se iau mesele (micul dejun, prânzul, cina).

Studiile făcute la adolescenți au arătat că aceştia mănâncă mai multe gustări bogate în grăsimi şi sărace în fibre alimentare în restul zilei. În plus cei care mănâncă dimineața, în special cei care mănâncă cereale fortifiante au o stare de nutritive mai bună, decât cei care consumă doar două mese pe zi cu sau fără gustare care au o dieta mai densa în trofine.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adoleșenții din Județul Brașov

Factorii sociali influențează în mod special aportul alimentar în special în perioada adolescenței. Obiceiurile alimentare ale adolescenților reflectă slăbirea influenței familiei şi creşterea influenței negative a colegilor, în alegerea alimentației şi a stilului de viața pe care adolescentul îl adoptă. Schimbarea obiceiurilor alimentare la această vârstă poate fi asociată cu nevoia de exprimare a libertății, de controlul părinților şi de construire a propriei personalitaăți. Aceste accese de independență se pot manifesta printr-un consum exagerat de alimente în afara căminului părintesc, sau la şcoală, care de cele mai multe ori sunt formate din gustări de tip fast-food. Apoi adolescenții sunt foarte uşor influentați în excesiva publicitate desfăşurată de activitățile de marketing care sunt adresate tocmai lor. O altă influență ce se exercită asupra obiceiurilor alimentare este determinată de presiunea culturală în care tările bogate urmăresc aşa-zisa "cultură a corpului ideal" iar în tarile sărace acest ideal este asociat de cele mai multe ori cu cel supraponderal sau obez al familiilor cu stare.

Obiceiurile alimentare şi alimentele preferate pot compromite conținutul rației alimentare în perioada adolescenței. Astfel adolescenții pot reduce consumul de vegetale şi fructe proaspete care asigură necesarul de vitamine, minerale şi care sunt o sursă importantă de glucide cu un aport caloric ridicat. Un consum abundent şi regulat de fructe şi legume poate reduce riscul bolilor cronice degenerative. Consumul băuturilor răcoritoare fabricate din siropuri cu zahăr sau glucoza, al dulciurilor care conțin multe calorii compromit aportul celorlalte alimente nutritive, dezechilibrează alimentația şi o îndepartează de recomandările dietetice actuale.

Măsurarea obiceiurilor alimentare în rândul copiilor şi adolescenților este dificilă mai ales când investigațiile se adresează unor medii culturale diferite. Se folosesc diferite medii de măsură standard ca de exemplu: 1) ancheta alimentelor consumate în ultimele 24 de ore; 2) ancheta statistică privind consumul de alimente pe persoană primăvara şi toamna după foile de alimentație pe o săptămână; 3) ancheta chimică a alimentelor care compun meniul adolescentului; 4) cantitatea de alimente pe 24 de ore şi numărul de mese pe acest interval de timp etc. Riscurile pentru sănătate derivă din comportamentul alimentar al adolescenților comportament care este determinat nu numai din obiceiurile alimentare fixate până la data investigațiilor ci şi de statusul socio-economic al familiei din care face parte adolescentul care determină în mare parte/măsură comportamentul.

TABAGISMUL

Din cei 215 milioane de fumători din Europa, aproximativ 130 milioane de fumători sunt bărbați. Numărul anual de decese atribuite fumatului este estimat la 1,2 milioane de decese, astfel spuns un procent de 14% din totalul deceselor. Din aceste decese 700.000 se produc în țările din Europa Centrală şi de Răsărit şi în statele desprinse din fosta URSS.

O ancheta efectuată în 25 de țări europene care acoperă 60% din populația regiunii, media fumătorilor de sex masculin este de 34% în țările din vestul Europei şi 47% în țările din est. În România, 31,7% din adolescenți fumează în mod curent. Conform studiului național

privind comportamentul cu risc de sănătate din anul 2003, prevalenta cea mai mare se înregistrează în Transilvania (34,24%) şi cea mai mică în Banat (23,58%). Numărul liceenilor care fumează în mod curent creşte de la 23,65% în clasa a IX a la 40,57% la cei din clasa a XII a. În privința intensității fumatului se constată că 6,29% din fumători declară ca au fumat mai mult de 10 țigări pe zi în luna care a precendat ancheta. Fumatul începe din copilărie şi se constată ca tulburările determinate de acest comportament apar la vârste din ce în ce mai mici, în ciuda măsurilor întreprinse de Uniunea Europeană, care a impus marcarea fiecărui pachet de țigări cu inscripții vizibile privind pericolul deosebit de grav pe care îl reprezintă pentru sănătate.

Cei care încep să fumeze la vârste mai mici au dificultăti mai mari la încercarea de abandonare a acestui comportament, au o probabilitate mai mare de a deveni mari fumători şi de a dezvolta boli sau complicații determinate de prostul şi nocivul obicei al fumatului. Fumatul determină dependența şi trei din patru adolescenți care fumează au făcut fără succes eforturi pentru a se lăsa de fumat. Cercetările efectuate asupra fumatorilor au aratat că probabilitatea de a deveni dependent la nicotină dupa expunerea la tutun în orice formă este mai mare față de alte substanțe cum ar fi de exemplu: heroina, cocaina, alcoolul. Instalarea dependenței la copii şi tineri urmează aceleaşi simptome de deprivare care se termină cu eşecul încercării de abandonare a fumatului. Efectele fumatului se văd în nivelul morbidității şi mortalității în toate țările unde acest comportament este adoptat şi inclus în stilul de viață.

Ultimul raport al Departamentului de Sănătate şi Servicii Sociale prezentat de "SURGEON GENERAL" identifică un număr substanțial de îmbolnăviri care sunt cauzate de fumat şi care în trecut nu au fost asociate cu acest comportament cu risc crescut pentru afectarea stării de sănătate. Acestea au fost incluse pe lista efectelor negative: cancerul gastric, cancerul cervixului uterin, cancerul de pancreas şi rinichi, leucemia mieloida acută, pneumonia, anevrismul de aorta, AVC.

Programele şcolare destinate combaterii fumatului şi a efectelor lui, trebuie să încurajeze elevii (copii şi adolescenți) să nu experimenteze folosirea tutunului sub orice formă. Pentru cei care au încercat deja să fumeze sau au mestecat sau prizat tutun, sau pentru cei care sunt fumători obişnuiți, programele adoptate trebuie să urmărească încurajarea stopării imediate a consumului sub orice formă, iar cei care nu pot trebuie ajutați prin metode terapeutice la fel ca în campanile/programele antidrog pentru diferite alte droguri, substanțe halucinogene etc.

Acțiunea de supraveghere sistematică a fumatului în rândul elevilor din şcoli este abia la început în România. Pentru a avea o eficiență maximă programele de sănătate de prevenire a fumatului din colectivitățile şcolare trebuie planificate şi proiectate cu grijă pornind de la realitățile locale. Pentru asigurarea unui control efectiv asupra consumului de tutun este necesară implicarea mai multor agenții guvernamentale (Ministerul Finanțelor, Ministerul Agriculturii, Ministerul Educației şi Familiei, Ministerul Administrației Publice şi Internelor).

CONSUMUL DE BĂUTURI ALCOOLICE

Europa joacă un rol semnificativ în producția, comercializarea și consumul de băuturi alcoolice, dar este purtătoarea unei poveri sociale și economice determinată de acest fenomen. Consumul actual de alcool este responsabil de circa 10% din povara totală a bolilor, crește riscul cirozei hepatice, al diverselor forme de cancer, al hipertensiunii arteriale, al bolilor cardiovasculare, al accidentelor vasculare cerebrale, al malformațiilor congenitale. În plus crește riscul apariției multor probleme sociale cum sunt:

1) dezintegrarea familială, 2) absenteismul, 3) scăderea productivității muncii, 4) problemele financiare, 5) accidente de tot felul, 6) creșterea violenței, 7) stări depresive finalizate cu suicid sau crime, 8) acte antisociale și violuri.

În fiecare an 55.000 de tineri europeni mor din cauza efectelor abuzului de alcool. Pentru identificarea cauzelor, factorilor și repercursiunilor pe care le are consumul de alcool la copii și tineri s-au efectuat numeroare cercetări. Scopul a fost identificarea posibilităților de profilaxie.

Principalele cauze care stau la baza consumului și abuzului de alcool în rândul copiilor și adolescenților pot fi găsite în jocul diferiților factori genetici, mentali, sociali, economici, stilul de viață etc. Cele mai importante cauze cunoscute și corelațiile lor sunt: 1) categoria socială, 2) părinții și familia, 3) școala, 4) colegii și subcultura.

CATEGORIA SOCIALĂ

Printre adulți se constată frecvent o corelație între consumul și abuzul de alcool și poziția socială. Apartenența la un grup defavorizat este privită ca un factor favorizant pentru consumul de alcool. Studiile făcute au arătat că această apartenență nu este valabilă și pentru adolescenți deoarece prezența consumului de alcool și droguri ilicite se întâlnește în toate straturile sociale.

PĂRINȚII ȘI FAMILIA

În ceea ce privește legătura dintre copii și consumul de alcool, părinții și familia au o importanță deosebită. În cele mai multe cazuri inițierea alcoolului se face în familie cu ocazia unor evenimente festive cum ar fi: sărbătorirea zilei de naștere, botezul, căsătoria unor membrii ai familiei, petreceri în familie etc. Continuarea consumului de alcool depinde de factorii cu efect favorizant și protector față de acest consum. Studiile privind influența familiei asupra consumului de alcool au arătat că în general efectul se exercită mai ales în copilărie și într-o oarecare măsură de adolescent determină afinitatea pentru consumul de alcool.

Cu acestă ocazie s-a arătat importantă factorilor genetici, a modelelor de comportament și a stilului de comunicare precum și de educația folosită în familie. În acest sens s-a ajuns la concluzia că ambele, afinitatea de a folosi substanțe psihoactive/psihotrope, ca alcoolul și riscul individual de dependență sunt codeterminate într-o oarecare măsură de profilul genetic individual. Consumul de alcool al părinților înșiți prin intensitatea și frecvența

sa este un codeterminant decisiv al consumului de alcool al copiilor şi adolescenților.

De exemplu acolo unde părinții consumă în mod frecvent, băuturile alcoolice, sunt mai uşor accesibile, fiind prezente în cantități mari în gospodărie. De asemenea în familii, ocaziile pentru consum sunt mai frecvente astfel copiii au mai multe ocazii să consume băuturi alcoolice. Influențele educative privind efectele negative ale consumului în familiile unde părinții au tendința sa consume băuturi alcoolice în exces au puține şanse de succes. Un risc crescut pentru consumul de alcool se poate observa la copiii din familiile cu un singur părinte mai ales cele în care părinții sunt divorțați. Ei beau mai mult decât cei din familiile "complete". Este important şi comportamentul fraților. Acolo unde fratele mai mare bea alcool mai frecvent, probabilitatea ca frații mai mici să facă acelaşi gest este mai mare.

ŞCOALA

Deşi consumul de alcool spre deosebire de fumat, nu prea se întâlneşte la şcoală, o serie de circumstanțe în relație cu şcoala pot fi recunoscute ca având o influență clară asupra acestuia. Frecvența şi intensitatea consumului de alcool este dependent de inteligența şi rezultatele şcolare. Totuşi, unele studii arată o relație clară între consumul de alcool şi rezultatele şcolare. Studiile efectuate la nivelul ministerelor de resort (Ministerul Sănătății şi Familiei, Ministerul Educației şi Cercetării) arată vădit că fumatul şi consumul de alcool pot fi prezise a fi experimentate de cei cu rezultate slabe la învățătură.

În acest context, alcoolul servește la început pentru compensarea stresului emoțional legat de aceste rezultate mai ales că nu pot implini speranțele părinților, sau pentru a depăși conflictele familiale legate de aceste rezultate mai ales că nu pot împlini speran ele părinților, sau pentru a depăşi conflictele familiale care urmează. Ca instituție școala are o influență mare asupra comportamentului elevilor/adolescenților. În afară de familie, de grupul de prieteni, școala este locul unde copiii își petrec o mare parte din timp. școala este cel mai important loc de socializare și, de aceea atmosfera socială și estetică din această instituție nu trebuie neglijată, ci trebuie tratată ca o "unitate socială cu comportament specific".

COLEGII ŞI SUBCULTURA

Toate prognozele privind consumul de alcool și excesele menționate sunt depăşite de influențele normative asupra comportamentului i atitudinea exercitată de grupul de colegi de școală. Membrii unui grup în care se consumă frecvent alcool influențează comportamentul unui individ care tinde să adopte acelaşi comportament de consum. Ca substanță psihoactiva, alcoolul are efecte sociale și este catalogat ca facilitator al legăturilor sociale la adulți în toate țările și culturile și este perceput și imitat de adolescent ca model cultural în grupurile lor. Pe măsură ce adolescenții cresc, familia de bază devine mai puțin importantă în privința procesului de socializare, o pondere mai mare câștigă grupul prietenilor. Acesta este un proces normal de desprindere de tutela părinților prezent la toți adolescenții între 12-18 ani.

În interiorul acestor grupuri se formează o identitate subculturală care se distinge de normele generației părinților. Apartenența la un grup special se exprimă prin simboluri specifice identității subculturale la care tinerii simt că au aderat. Adolescenții care simt că aparțin diferitelor grupuri folosesc modele variate de comportament care să-i descrie. Deşi alcoolul se găseşte în toate grupurile integrate în modelul comportamental el poate fi asociat şi cu alte comportamente cu risc crescut pentru sănătate ca de exemplu: fumatul, consumul de droguri ilicite, abuzul sexual de cele mai multe ori cu "persoane pasagere".

Deşi alcoolul consumat în cantități rezonabile în adolescență face parte din procesul natural de dezvoltare a comportamentului la această vârstă, angajarea în unele subculturi ale colegilor în care asistăm la un consum anormal, este expresia unor tulburări de comportament social şi poate evidenția tendința adolescentului spre delicvență.

Numeroase studii arată că taxele ridicate şi deci prețurile mari ale băuturilor alcoolice au o influență decisivă asupra cantităților consumate. Acolo unde alcoolul se găseşte doar în câteva locuri, disponibilitatea lui este limitată şi se bea mai puțin. Creşterea vârstei minime la care o persoană poate cumpăra alcool reduce frecvența accidentelor legate de consumul lui la adolescenți. Controlul strict al vânzărilor băuturilor alcoolice, reduce de asemenea consumul de alcool.

Consumul băuturilor alcoolice la copii/adolescenți va determina la ace tia în primul rând consecin e sociale deoarece cele de natură organică au nevoie de o perioadă îndelungată de ac iune pentru a se manifesta.

Consecințele sociale produse de consumul de băuturi alcoolice sunt schimbări subiective sau obiective, atribuite sau atribuabile alcoolului, care se manifestă în comportamentul social individual, în interacțiunile sociale sau în mediul social.

În unele cazuri alcoolul este implicat direct cum este în cazul accidentelor de circulație. Ca substanță chimică alcoolul are efecte cunoscute şi previzibile. El are efecte caracteristice asupra funcțiilor metabolice ale organismului uman. Consecințele lui asupra comportamentului cuprind: efecte psihomotorii care influențează precizia mișcărilor, viteza de reacție, procesele de cunoaştere, vigilența, sterilitatea etc. Cu toate acestea, ele nu sunt suficiente pentru a prezice şi explica consecințele sale.

Deteriorările produse de alcool au şi alte consecințe decât cele produse asupra sănătății. Ele sunt determinate de afectarea proceselor de cunoaştere şi de comportament care stau la baza unor fenomene negative individuale şi/sau colective în societate, determinând ceea ce se numeşte "riscul creşterii reacțiilor negative". Consecințele sociale ale consumului de alcool sunt diferite în funcție de contextul social în care s-a produs consumul, de locul, dar şi de cantitatea de alcool consumată. Alcoolul este legat de violența domestică şi contribuie la determinarea relațiilor dintre soț şi soție şi la destrămarea familiei. Alcoolismul părinților poate afecta grav şi dezvoltarea copilului şi modul de comportare a acestuia.

CONSUMUL DE DROGURI

De-a lungul istoriei, oamenii au folosit substanțe psihotrope în scop medicinal, social, recreațional şi religios. Astăzi varietatea substanțelor psihoactive continuă să fie consumată pe larg pentru aceleaşi efecte, în aceleaşi scopuri sancționate social.

Drogurile ilicite sunt folosite de mulți oameni în exces, în mod necontrolat, în situații care sunt acceptate social de public, în circumstanțe care au efecte dăunătoare asupra sănătății sau comportamentului. Toți aceşti subiecți sunt considerați a avea tulburări determinate de consumul de droguri.

Factorii care determină o susceptibilitate individuală față de tulburările produse de consumul de droguri nu sunt bine înțelese nici în prezent cu toate investigațiile efectuate şi în profida progreselor făcute. Pentru a avea efecte psihotrope sau psihoactive substanța trebuie să afecteze procesele neuronale.

Consumul de droguri se asociază în multe țări cu consumul de alcool şi ridică în toate țările probleme serioase între care putem aminti: violența de orice fel, accidentele, bolile cu transmitere sexuală (BTS) în care problema cea mai importantă o constituie infecția HIV-SIDA. Problema consumului de droguri a fost ignorata şi neglijată la fel ca şi cea a consumului de alcool şi a fumatului.

Cele trei comportamente determină dependența şi sunt strâns legate între ele, dar în timp ce fumatul şi alcoolul au nevoie de o perioadă de timp mai îndelungată, consumul de droguri determină dependența

foarte rapid, după puține încercări şi posibilitățile de renunțare sunt extrem de dificil de realizat pentru că necesită internare şi tratament medical de cele mai multe ori de lungă durată.

Soluția optimă rămâne prevenția care trebuie să fie unitară pentru toate substanțele care determină dependența: tutun, alcool şi droguri. Efortul trebuie îndreptat către păstrarea unui număr cât mai mare de neaderenți, pornirea unor campanii antidrog, antifumat, evitării consumului excesiv de alcool. Renunțarea la deprinderile nesănătoase, cu risc pentru sănătate este cea mai ieftină în comparație cu tratamentul, durata spitalizării, efectele nefaste pentru sănătate.

Prevenția trebuie să se facă în echipe multidisciplinare şi nu este apanajul exclusiv al sectorului sanitar. Începută cu prima socializare a copiilor, are şanse reale să se fixeze în deprinderi sănătoase, persistente, de aceea pentru a creşte o generație cu deprinderi sănătoase, trebuie să începem promovarea sănătății cu părinții copiilor pe care dorim să îi abordăm. Ea trebuie începută şi terminată, cu educarea educatorilor

În acest fel echipele trebuie constituite din medic, psiholog, asistent social, sociolog, cadru din Ministerul Justiției, sprijinul oficialilor Ministerului Educației şi Cercetării. (Dr. Moldovan Vasile – "Medicina Şcolară", vol. I, Ed. Universității Transilvania Braşov, 2005).

DATE STATISTICE

În România se constată o frecven ă scăzută a consumului de lactate. Astfel la nivel național doar 43,74% dintre elevii de liceu declară ca au consumat lactate. Cel mai mare consum de lactate declarat se

înregistrează în Banat (49,44%) iar cel mai mic consum în Transilvania (42,95%) dar diferențele față de Muntenia şi Moldova sunt minime (43,09%, respectiv 43,55%). În privința consumului de lactate în raport cu vârsta există diferen e semnificative între elevii celor patru clase de liceu (IX, X, XI, XII). Consumul este de aproximativ 43,99% în clasa a IX a şi de 44,07% în clasa a XII a.

Se poate întocmi şi o statistică a diferitelor produse alimentare consumate de elevii din liceu aflați în mediul rural, studiu efectuat în anul scolar 2000-2001.

CHESTIONAR	CONSUM ALIMENTAR/ZI			
	NESPECIFIC	NU	1 DATA	2 ORI >
Ai mâncat fructe?	1(0,5%)	65(32,5%)	75(37,5%)	59(29,5%)
Ai băut suc de fructe?	1(0,5%)	123(61,5%)	48(24%)	28(14%)
Ai mâncat salata verde?	1(0,5%)	170(85%)	23(11,5%)	6(3%)
Ai mâncat legume gătite?	3(1,5%)	119(59,5%)	71(35,5%)	7(3,5%)
Ai mâncat sandwich?	2(1%)	118(59%)	67(33,5%)	13(6,5%)
Ai mâncat cartofi prăjiti?	4(2%)	90(45%)	84(42%)	22(11%)
Ai mâncat paste făinoase?	1(0,5%)	99(49,5%)	85(42,5%)	15(7,5%)
Ai mâncat lactate?	3(1,5%)	84(42%)	92(46%)	21(10,5%)
Ai băut Cola/Pepsi?	4(2%)	123(61,5%)	92(46%)	22(11%)

Figura 2. Chestionar pentru alimenta□ia adolescentului (Dr. Vasile Moldovan – "Medicina şcolară")

Diferența cea mai mare în privința comportamentului între fete şi băieți, se constată la

acțiunile care au ca scop slăbirea şi creşterea în greutate. Astfel, 36% din băieți încearcă să se îngraşe față de doar 10% din colegele de liceu, în timp ce 49% din fete încearcă să slăbească, față de doar 10% din băieții din clasele de liceu. şi în mediul rural, fetele sunt mai preocupate să slăbească (47%) față de băieți (15%) în timp ce băieții sunt mai preocupați să se îngrațe (29%) față de colegele lor de liceu (17%).

Aceste acțiuni de exemplu sunt în concordanță mai mult cu tradiția sau moda, decât cu cunoaşterea aspectelor legate de influența şi realația supragreutății sau obezității cu bolile cardiovasculare şi diabetul zahărat şi bineînteles cu realitatea nutrițională.

În România 31,7% din adolescenți fumează în mod curent. Conform studiului național privind comportamentul cu risc pentru sănătate, prevalent cea mai mare se înregistrează în Transilvania (34,34%) şi cea mai mică în Banat (23,58%). Numărul liceenilor care fumează în mod curent creşte de la 23,65% în clasa a IX a la 40,57% la cei din clasa a XII a. În privința intensității fumatului se constată că 6,29% din fumători, declară că au fumat mai mult de 10 igări zilnic. Pe primul loc în acest clasament se situează elevii claselor de liceu din Muntenia 6,95% iar pe ultimul loc cei din Banat 3,7%. Între 68,29% şi 85,26% din elevii de liceu fumători, au fumat şi la şcoală. Din 1999 şi până în 2003 se constată o creştere lineară a frecvenței elevilor fumători, astfel că de la 20,11% din 1999 s-a ajuns la o prevalență de 31,7% în 2003 şi se prognozează ca în anul 2008 prevalența să ajungă în jurul valorii de 46,7%.

Într-un studiu efectuat în liceele din județul Braşov, studiu în care au fost implicați medicii cu

activitate pe cabinetele medicale şcolare, psihologii şcolari, direcțiunea liceelor, DSP-urile prin Serviciul de Epidemiologie Igienă şcolară s-a analizat comparativ comportamentul cu risc pentru sănătate la elevii de liceu din mediul rural față de cei din urban. S-a ajuns la concluzia că elevii din urban fumează cu aproximativ 26% mai mult fa ă de cei din rural.România joacă un rol semnificativ în producția, comercializarea şi consumul băuturilor alcoolice, fiind purtătoarea unei poveri sociale şi economice determinate de acest fenomen.

Consumul actual de alcool este responsabil pentru circa 10% din povara totală a bolilor, creşte riscul cirozei hepatice, al unor forme de cancere (de cele mai multe ori cu afectare digestiva), al hipertensiunii arteriale. Consumul de alcool, investigat în județul Braşov în ancheta privind starea de sănătate a elevilor prin cele două chestionare care se adresează celor două categorii de elevi (gimnaziu şi liceu) cuprind câte 5 (cinci) întrebări specifice prin care se urmăreşte cunoaşterea vârstei la care a gustat pentru prima dată o băutură alcoolică, durata consumului, consumul în ultimele 30 (treizeci) de zile, dacă în această perioadă au băut mai multe ore în şir, precum şi de câte ori au băut alcool în şcoală/implicit de câte ori au mers la şcoală în stare de ebrietate.

Din analiza datelor obținute din aceste chestionare se observă că în județul Braşov debutul consumului se face foarte timpuriu şi că proporția lor creşte la generațiile noi pentru că elevii din gimnaziu declară în proporție mai mare că au consumat prima dată alcool înainte de a împlini vârsta de 9 (noua) ani, decât cei de liceu (9% față de 6%). Proporția elevilor care au

consumat alcool în ultimele 30 de zile creşte în gimanziu de la 23% la cei 12 ani la 48%, iar la elevii de liceu de la 48% la 74% pentru cei cu vârste de peste 18 ani.

Numărul de zile în care elevii de liceu consumă alcool variază de la 1-2 zile până la 20-29 sau 30 de zile. Consumul de alcool la şcoala reprezintă un indicator sensibil de gravitate şi intensitate a consumului. În ceea ce priveşte consumul de alcool la cele 2 sexe se constată că el este semnificativ diferit, băieții consumând cu 26% mai mult alcool decât fetele. Este clar ca fenomenul consumului de alcool la adolescenți nu este încă sub control şi nici nu poate fi atâta timp cât reclamele pentru băuturi alcoolice domină la tot pasul.

Ponderea elevilor care se droghează în şcoală oscilează conform declarațiilor lor în jurul a 2-3% şi se constată o scădere în anul şcolar 2005-2006 fa ă de anul şcolar 2001-2002. Având în vedere ponderea mare a elevilor care declară că au consumat şi consumă alcool, pericolul aderării la consumul de droguri rămâne ridicat şi la fel de periculos pentru că afectează grav comportamentul şi integrarea socială a adolescentului Asigurarea condițiilor de igienă în instituțiile de copii şi tineri/adolescenți înseamnă optimizarea unui determinant major al stării de sănătate a acestora şi creşterea randamentului procesului de învățământ, de instruire, dar mai ales de educare.

Organizarea sistemlui de învățământ şi de educare, de ocrotire a adolescenților are o importanță deosebită pentru activitatea de prevenire a îmbolnăvirilor şi de promovare a sănătății acestei categorii de populație. Sistemul unităților în care se desfăşoară activitați pentru copii şi tineri cuprinde: creşe, grădinițe, leagăne pentru

copii, şcoli, licee, instituții pentru învățământul superior, internate, cămine, tabere şi colonii, centre de plasament, unități pentru copii/adolescenşi cu nevoi speciale.

Cerințele igienice ale acestor unități sunt cuprinse în normele generale şi în unele norme specific fiecărei instituții menționate mai sus. Actul constitutiv al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) din 1948 menționează că "aptitudinea de a trăi în armonie cu un mediu în plină transformare şi schimbare este esențială pentru dezvoltarea copilului şi adolescentului". Atingerea acestui scop este condiționată de satisfacerea cerințelor dezvoltării economice şi socio-culturale, de resursele economice disponibile şi rezultatul confruntărilor dintre specialiştii din diferite domenii de activitate.

ANALIZE COMPARATIVE CU ALTE STATE DIN UNIUNEA EUROPEANĂ

La 1 mai 2004, Uniunea Europeană s-a extins la 25 de membri, iar începând cu 1 ianuarie 2007 România şi Bulgaria au întregit extinderea Uniunii Europene spre Estul Europei. Această Europă lărgită îşi are unitatea, diversitatea politică şi singularitatea sa. O analiză comparativă succintă a situației socio-economice şi pe probleme medicale a țărilor europene pune în lumină multe similitudini, dar şi diferențieri mari de dezvoltare între acestea. Numeroase semnale atrag atenția asupra evoluțiilor îngrijorătoare din domeniul demografic, a problemelor de sănătate, din sfera ocupării forței de muncă, a producției şi consumului de bunuri şi servicii de orice fel.

Problemele cu care se confruntă în prezent statele estice ale Europei: sărăcia, corupția, traumele sociale, deprecierea vizibilă a stării de sănătate produse de recentele conflicte armate sau inter-etnice, degradarea fără precendet a mediului, şi nu în ultimul rând, imperativul realizării unor reforme de largă amploare, în condiții de precaritate economică şi mare tensiuni sociale, constituie provocări majore pentru decidenții ce gestionează resursele europene. În contextul extinderii, economia europeană se confruntă cu probleme dar şi cu oportunități considerabile. Lărgind piața unică, Uniunea Europeană mizează pe dezvoltarea economică a celor ce i se alătură, deoarece sunt întrunite condițiile pentru ca aceştia să recupereze rămânerea în urmă. Conform previziunilor, țările cele mai avansate din grupul noilor membri vor atinge standardele de viață impuse de normele Uniuneii Europene 15 dintre ele în anul 2015 iar statele cele mai puțin avansate undeva prin anul 2030.

Sistemele de protecție socială şi asistență medicală puse în practică de statele membre ale Uniunii Europene au ca scop asigurarea accesului tuturor la îngrijirile de calitate, iar dezvoltarea lor a contribuit la ameliorarea considerabilă a stării de sănătate a populației europene, în cursul ultimilor decenii. Ele reprezintă un element foarte important al modelului social. Rolul sistemelor de îngrijire în reculul riscului de sărăcie şi de boala, de lipsă de instruire profesională de abandon şcolar crescut în rândul adolescenților, contribuția la coeziunea socială, au fost recunoscute la nivelul Uniunii Europene încă din anul 1992, o recomandare a Consiliului Uniunii Europene cerea statelor membre să mențină şi/sau să dezvolte sisteme de îngrijire medicală

și asistență socială de calitate/adaptate la evoluția nevoilor populației și îndeosebi, la cele care decurg din dependența populației adolescente și persoanelor vârstnice, evoluția patologiilor și terapiilor și la necesitatea intensificării prevenției.

Inegalitățile și dificultățile de acces persistă, în ciuda universalității garantate, în principiu de sistem. Oferta de servicii de calitate este uneori insuficientă, în raport cu nevoile populației, dezechilibrele financiare se mențin în unele sisteme și se pare destul de acut și în sistemul sanitar al majorității statelor membre ale Uniunii Europene. Scăderea continuă a populației școlare generează disfuncții majore pe plan local unde trebuie restructurate posturile de profesori, de medici și asistenți medicali cuprinși pe rețeaua de medicină școlară, sunt închise unități școlare și preșcolare. Generațiile mai puțin numeroase născute după 1990 au parcurs deja școala generală și primii doi ani de liceu. Începând cu anul universitar 2009-2010 "valul" generațiilor puțin numeroase născute după 1990 va începe să afecteze intrările în învățământul superior.

Copiii și tinerii din mediul rural au acces mai redus la educație de calitate, un motiv în plus pentru migrația tinerilor familii, se înregistrează un puternic absenteism al copiilor de la școală, rate mici de promovare a examenului de capacitate și de înscriere de liceu. Există un număr mare de analfabeți în rândul populației, inclusiv la generațiile tinere. Nu există o corelare a calificărilor, a sistemului educațional cu piața muncii.

Dar, dacă în alte sectoare, scăderea numărului de populație va fi resimțită cu întârziere mai mare, primul

sector afectat va fi învățământul, care se confruntă de mai mulți ani cu generații de elevi cu efective în scădere continuă. Toate aceste aspecte negative ilustrate în acest paragraf nu sunt cel puțin momentan prezente sau foarte pregnante şi în alte state membre ale Uniunii Europene.

Totuşi sănătatea adolescenților rămâne o problemă majoră pentru guvernele şi ministerele de resort ale majorității statelor care au aderat sau vor adera în anii următori la marea familie a Uniunii Europene. (Conferențiar Universitar Dr. Carmen Domnariu, Conferențiar Universitar Dr. Violeta Francu – "Tratat de sănătate publică", vol. VII, Ed. Universității "Lucian Blaga", Sibiu, 2006, pag. 65,70,80-92)

Povara bolilor care pot fi atribuite nutriției este cu mult mai mare decât se apreciază în mod curent. Astfel analize preliminare făcute de Institutul de Sănătate Publică din Suedia, sugerează că aproximativ 4,5% din consecințele îmbolnăvirilor sau deceselor premature din țările Uniunii Europene (măsurate prin DALJ) se datorează unei alimentații nesănătoase. La aceasta se adaugă pierderile produse la obezitate (3,7%) şi cele produse de inactivitatea fizica (1,4%) ceea ce ridica proporția la 9,7% față de doar 9% cât se apreciază că este contribuția fumatului în prezent.

Bolile cardiovasculare şi cancerul împreună cu diabetul sunt responsabile de 30% din pierderile premature de vieți din fiecare an în regiunea europeană a Organizației Mondiale a Sănătății. Există un consens internațional că acizii graşi saturați participă în mod esențial la creşterea nivelului colesterolului la populația consumatoare şi că acest consum conduce la

epidemia de boli coronariene care transformă bolile cardiovasculare în principala cauza de deces din acestă regiune.

Consumul de legume şi fructe proaspete, reduce riscul bolilor cronice de orice fel. Studiile efectuate cu țările Regiunii Europene ale OMS sau altfel spus în statele membre ale Uniunii Europene arată că în majoritatea lor nu sunt acoperite nevoile zilnice recomandate de minim 400g/persoană/zi. În septembrie 2000, Comitetul Regional pentru Europa al OMS a sprijinit "Primul Plan de Acțiune pentru Alimentație şi Nutriție pentru perioada 2000-2005" care promovează şi sprijină dezvoltarea şi aplicarea unor politici comprehensive de alimentație și nutriție în Regiunea Europeană OMS. În Europa se întreabă elevii dacă au consumat fructe şi legume proaspete în fiecare zi. În medie, numai 30% din băieți şi 37% din fete au răspuns afirmativ la această întrebare. Cel mai mare consum este declarat în Israel (49% dintre băieți, 54% dintre fete) iar cel mai mic consum a fost declarat în Estonia (17% băieți; 23% fete).

În România se constata o scădere pentru consumul de lactate. Studiul European nu aduce informații în legătură cu consumul de lapte şi/sau produse lactate, în schimb investighează obiceiul de a sări peste masa de dimineață. Astfel 69% dintre elevi şi 60% dintre eleve declară că nu mănâncă dimineața înainte de a merge la școală – băieții mănâncă dimineața într-o proporție mai mare decât fetele iar această diferență de comportament între cele două sexe creste cu vârsta între 11 si 15 ani de la 9% la băieți la 17% la fete,

cu două extreme şi anume: 20% în Anglia şi 29% în Olanda.

În fiecare an 55.000 de tineri europeni mor din cauza efectelor abuzului de alcool. Unul din patru decese la bărbații între 15-29 de ani are legătură cu consumul de alcool. În plus între 40% şi 60% din toate decesele determinate de accidente sunt atribuite consumului de alcool. Consumul de alcool şi în special intoxicația alcoolică acută pare să explice diferența considerabilă existentă între normalitatea observată între partea de vest şi cea de est a regiunii europene şi cea dintre cele două sexe.

Consturile sociale, asigurările, bunăstarea, serviciile de sănătate, impunerea prevederilor legale şi penale asociate cu consumul de alcool, precum şi costurile rezultate din pierderile de producție formează un cost social de 1-3% din Produsul Intern Brut (PIB). În regiunea europeană se estimează că băuturile alcoolice sunt responsabile de circa 9% din povara îmbolnăvirilor.
Peste 90% din țările din Regiunea Europeană OMS au un consum anual pe persoană mai mare de doi litri de alcool, nivel a fi considerat asociat cu cea mai mică mortalitate medie, dar este cel mai mare consum din lume, pentru că media care ajungea la 7,3 litri de alcool pur/persoană în 1998 oscila între 0,9 şi 13,3 litri alcool pur/persoană. Dacă se adaugă consumul neînregistrat se ajunge la aproape 20-22 litri/persoană/an.

Proiectul European de Supraveghere a Consumului de Alcool şi alte Droguri (ESPAD) demonstrează că există o creştere clară a proporției elevilor care consumă băuturi alcoolice în partea centrală şi de răsărit a Europei, în special în Lituania, Polonia,

Slovacia şi Slovenia. Cu toate acestea, consumul de alcool în rândul elevilor este mai comun la cei din Republica Ceha, Danemarca, Islanda, Malta şi Regatul Unit al Marii Britanii. Din cele patru țări din topul celor cu proporția cea mai mare a intoxicațiilor alcoolice în 1995 în Danemarca şi Irlanda se constată o creştere pe când în Finlanda şi Anglia nivelul intoxicațiilor a rămas aproape neschimbat. În restul Comunității Europene consumul a scăzut în țase țări şi a rămas stabil în cinci. În țările din Europa Centrală şi de Răsărit consumul a crescut în Republica Cehă, România şi fosta Republică Macedonia şi se poate constata şi o creştere a consumului de alcool în Belarus şi Federația Rusă.

Deşi folosirea drogurilor ilicite pare să fi scăzut în ultimul timp în SUA epidemia se deplasează foarte repede pe întreaga suprafață a globului acolo unde găseşte condiții favorabile pentru distribuirea substanțelor psihotrope sau psihoactive. În țările cu economie în curs de tranziție cum este şi cazul României se constată o creştere alarmantă a consumului intern şi a traficului drogurilor către destinații tradiționale din Europa de Vest. Impactul tulburărilor produse de aceste substanțe halucinogene asupra societății este considerabil. El are atât efecte directe cât şi efecte indirecte.

Cei mai mari producători de droguri aparțin unor companii multinaționale care nu prea pot fi controlate la nivel național şi/sau european şi care îşi pot permite să mute sediile şi fabricile producătoare în statele sărace care în prezent nu dispun de o legislație restrictivă sau nu o pot aplica cu fermitate.

Consumul de droguri şi moartea albă au apărut din păcate, şi la noi, dar şi în alte state membre UE şi se extind cu repeziciune, în special în rândul "tineretului studios" (elevi, studenți) dar nu numai. Din păcate această realitate a părut să fie minimalizată la un moment dat de factorii care ar fi putut să o contracareze. Deşi în ultimii ani a fost declanşată şi la noi lupta antidrog, ca părere strict personală consider că ar trebui făcut mult mai mult decât ceea ce se face pentru cunoaşterea consecințelor dezastruase, de multe ori chiar fatale, ale consumului de droguri, cu scopul de a putea stăvilii înmulțirea, în proporție geometrică, a cazurilor de consumatori ai substanțelor responsabile de moartea albă.

Fumatul este un comportament bine stabilit atât la elevi cât şi la adolescenți, iar datele disponibile nu arată că proporția fumătorilor ar fi în scădere. În Europa luată ca întreg, prevalența fumatului la populația cu vârstă cuprinsă între 15-18 ani este estimată la circa 30% cu o uşoară tendință de creştere, fără ca o tară să arate o scădere a prevalenței în ultimii 10 ani. Se constată diferențe notabile între țări mai ales în privința sexului fumător. Astfel la băieții de 15 ani proporția fumătorilor este mai mare decât a fetelor de aceaşi vârstă mai ales în țările din Europa de Răsărit, deşi se conturează o tendință de estompare a acestor diferențe. În țările din Europa de Vest, cu mici excepții, fetele fumează mai mult decât băieții ce au aceaşi vârstă.

Investigațiile efectuate privind numărul de fumători au găsit diferențe semnificative între diferitele grupuri socio-economice. Astfel în Anglia doar 10% dintre fete şi numai 12% dintre băieții adolescenți de clasa socială mai fumează în timp ce proporția

fumătorilor în clasa cea mai de jos este mai mare de peste 3 ori.

Fumatul începe din copilărie şi se constată ca tulburările determinate de acest comportament apar la vârste din ce în ce mai mici, în ciuda măsurilor întreprinse de Uniunea Europeană, care a impus marcarea fiecărui pachet de ţigări cu inscripţii vizibile privind pericolul grav pe care îl reprezintă acest viciu pentru sănătate. (DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI BRAŞOV; SUPRAVEGHEREA STĂRII DE SĂNĂTATE COMPARTIMENTUL DE IGIENĂ ŞCOLARĂ AD. NR. 969/30.11.2005 IG.SC./9.12.2008

CAPITOLUL II

POLITICI PUBLICE DE SĂNĂTATE PENTRU PREVENIREA, PROFILAXIA ŞI MONITORIZAREA BOLILOR ADOLESCEN□ILOR

2.1 EXPERIENȚE ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ REFERITOARE LA ACESTE POLITICI DE PROMOVARE

Civilizatia cu tot ceea ce aduce ea bun omenirii, se dovedeşte, în timp o arma cu două tăişuri pentru medicină. Pe de o altă parte reuşeşte să învingă multe boli prin tratamentele medicamentoase, chirurgicale, radioterapice sau psihoterapice iar pe de alta se dovedeşte a fi sursa sau factorul favorizant al dezvoltării unor noi maladii. În felul acesta În ciuda tuturor eforturilor depuse pentru găsirea şi promovarea unor politici publice de sănătate pentru prevenirea, profilaxia şi monitorizarea

bolilor adolescenților asistam neputincioşi la apariția unei adevărate "patologii a civilizației".

Mediul fizic şcolar atât în România cât şi în statele membre ale Uniunii Europene cuprinde clădiri, şcoli şi conținutul său, adică structura fizică, infrastructura, mobilierul, precum şi prezența şi folosirea de substanțe chimice si agenților biologici. Apoi terenul pe care este construită şcoala şi împrejmuirile acesteia care include aerul, apa şi materialele cu care vin copii în contact dar şi modul în care este folosit şi întreținut acest teren, drumurile de acces şi alte articole care pot afecta sănătatea copiilor. în tot acest "bastion", cabinetul medical şcolar, de cele mai multe ori arondat respectivei forme de învățământ este principalul pion cu funcția de atent observator pentru îndeplinirea cu riguriozitate a politicilor publice de sănătate pentru prevenirea, profilaxia şi monitorizarea bolilor sau posibilelor boli ce pot apărea la adolescenții din şcoala, liceul sau facultatea respctivă.

Oganizația Mondială a Sănătății defineşte "Şcolile care promoveaza sănătatea" ca acele unități de învățământ care se străduiesc permanent să ridice calitatea mediului şcolar de viață, învățătura şi activitate medicală profesională pentru diferitele boli ce pot apărea la adolescent. Academia Americană de Pediatrie defineşte ca "mediu şcolar sănătos" acel mediu care "protejează elevii şi personalul de accidente, răni sau îmbolnăviri şi promovează activitățile de prevenire a îmbolnăvirilor, precum şi atitudinile împotriva factorilor de risc cunoscuți: 1) alimenta ia nesănătoasă, 2) fumatul, 3) consumul de alcool, 4) consumul de droguri ilicite, 5) încărcătura genetică a părinților pentru

a transmite o anumită boală, 6) mediul ambiant poluat, toate aceaste putând genera în viitor boli şi infirmităţi mai mult sau mai puţin grave".

În toată lumea învățământul primar este obligatoriu şi deci cel puțin această categorie de populație frecventează scoala. Pentru asigurarea sănătății elevilor este nevoie de politici sanitare bine puse la punct, politici caracterizate printr-o mare exigență dictată de normative impuse de Uniunea Europeană. După data de 1 ianuarie 2007 când am aderat şi noi ca țară la UE, aceste politici se fac tot mai pregnant vizibile şi în cadrul sistemului sanitar românesc.

Raționamentul acestor măsuri are la baza faptul că sănătatea şi bunăstarea sunt drepturi fundamentale ale fiecărei ființe umane indiferent de religie, sex, etnie, culoarea pielii, instruire socio-profesională, apartenența politică, zona geografică etc. Protejarea şi promovarea sănătății şi bunăstării copiilor şi tinerilor/adolescenților este tema centrală a CONVEN IEI ORGANIZA IEI NA IUNILOR UNITE privind drepturile copilului şi/sau adolescentului şi o parte vitală a cadrului politicilor OMS "HEALTH 21" şi misiunii UNICEF.

Planul European de Acțiune pentru Promovarea, Profilaxia şi Monitorizarea bolilor adolescenților din întreaga lume pe perioada 2000-2006 prevede referitor la copii şi tineri, necesitatea de a se asigura un mediu protector acasă, în instituțiile de învățământ, la locul de muncă, şi reducerea numărului şi gravității efectelor de orice fel asupra sănătății acestora. (Dr. Vasile Moldovan, "Medicina Şcolară", vol. I, Ed. Universității Transilvania Braşov, 2005)

Pentru fiecare individ, ca și pentru întreaga colectivitate, sănătatea reprezintă unul dintre cei mai importanți factori care asigură desfășurarea vieții și activității. Ocrotirea sănătății nu este numai o problemă de asistență medicală, ci și o problemă cu un profund caracter social, făcând parte integrantă din ansamblul condițiilor socio-economice de dezvoltare. Politica sanitară este parte integrantă a politicilor sociale și pentru înfăptuirea ei, în numeroase țări ale lumii se cheltuiesc resurse financiare importante. Se constată astăzi, în toate țările membre UE, o certa insatisfacție vis-à-vis de modalitățile de finanțare și furnizare a serviciilor medicale.

Principalele probleme comune care ocupă diverse locuri în ordinea preocupărilor le reprezintă caren ele lor în materie de echitate și egalitate la accesul la serviciile medicale, de controlul asupra cheltuielilor, de utilizare eficientă a resurselor și de control al calității serviciilor medicale. Aceste preocupări comune conduc la strategii convergente sau specific, specific fiecărui caz în parte.

În statele membre ale UE planul de stabilitate socială, prioritară constă în garantarea îngrijirilor medicale pentru persoanele tinere și vârstnice, mai bine adaptate nevoilor lor, privilegiată fiind cercetarea unui echilibru între îngrijirile medicale pentru persoanele tinere și vârstnice, mai bine adaptate nevoilor lor, privilegiată fiind cercetarea unui echilibru între îngrijirile la domiciliu, îngrijiri comunitare și servicii spitalicești. Pe de altă parte, îmbolnăvirea populației se traduce printr-o progresie de afecțiuni cronice. Acest fapt conduce la mai multe eforturi pentru prevenirea bolilor

ușor evitabile, boli ce pot apărea din perioada adolescenței.

Aceste afecțiuni pot fi prevenite şi evitate, cu sau fără îngrijiri medicale. Îngrijirile preventive în statele membre UE constituie o potențială alternativă economică a îngrijirilor medicale bazate pe tehnologii medicale de cele mai multe ori destul de costisitoare. Dacă principiul universalității de acces la îngrijiri este utilizat în majoritatea statelor membre, egalitatea de acces rămâne o preocupare constantă a sistemelor de sănătate, acestea depinzând de numeroşi factori, care sunt direct legați de sănătate. Eforturile în acest domeniu sunt neapărat multidisciplinare şi transectoriale şi atenția se îndreaptă cu prioritate către educația pentru sănătate, la fel ca şi către lupta împotriva excluderii.

Toate statele membre ale Uniunii Europene pun în practică politicile de stăpânire a cheltuielilor pentru îmbătrânirea populației, implicațiile financiare de dezvoltare tehnologică, aşteptările crescânde ale consumatorilor ce apar în mod neprevăzut asupra sistemelor de sănătate puternic inflaționaliste. Raționalizarea şi optimizarea serviciilor de sănătate, mai multe îngrijiri şi rezultate sanitare pe un euro cheltuit trec printr-un mai bun raport cost-eficacitate. Studiul eficienței implică maximizarea calității serviciilor, luând în considerare constrângerile economice existente, în scopul ameliorării stării de sănătate şi gradului de satisfacție al populației. O astfel de intervenție impune o eventuală integrare a populației în procesul de elaborare a normelor de calitate.

Pe de altă parte, presupune colectarea şi analiza informațiilor comparabile şi ferme asupra pacienților

tratați, rezultatelor şi costurilor aferente îngrijirilor de sănătate precum şi impactul reformelor angajate. De exemplu, referitor la managementul instituțiilor cu profil medical şi introducerea relațiilor concurențiale, se urmăreşte o utilizare mai eficientă a resurselor şi ameliorarea calității îngrijirilor medicale, pentru un cost mai redus. Asistăm la o multiplicare a reformelor serviciilor spitaliceşti, precum şi în domeniul serviciilor ambulatorii.

Practicile şi tehnologiile de sănătate sunt supuse unei evaluări mai accesibile, pentru a fixa prioritățile în domeniu. Politicile pun din ce în ce mai mult accent pe reorientarea de sănătate către obiective măsurabile atât în ceea ce priveşte calitatea îngrijirilor medicale, cât şi în ceea ce priveşte satisfacția utilizatorilor de servicii medicale. (Dr. Eugen Blaga – "Politici sociale pentru sănătate", Ed. Omega Ideal, Bucureşti, 2006, pag. 50,61, 65-66, 67)

Descrierea sistemelor naționale de asigurări de sănătate urmăreşte trei axe fundamentale şi anume: Nevoile sanitare şi cererea de sănătate condiționează misiunea actuală şi viitoare a sistemelor de sănătate;

Finanțarea şi organizarea sectorului de sănătate precum şi infrastructura sistemului de sănătate şi utilizarea lui sunt cruciale pentru a înțelege natura, structura şi caracteristicile individuale ale sistemelor de sănătate ale statelor membre ale Uniunii Europene. Priorită ile actuate constituie o sinteza sumară a scopurilor comune sau specifice în domeniul sănătății, precum şi soluțiile implementate de diferitele state membre.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolescenții din Județul Brașov

Toate sistemele de sănătate se străduiesc să satisfacă nevoile populației în materie de sănătate şi de servicii medicale. O întrebare cu adevărat complicată este aceea de a şti în ce măsură cererea de sănătate reflectă într-o manieră adecvată nevoile reale ale populației şi în ce măsură oferta de îngrijiri medicale şi utilizarea serviciilor de sănătate sunt satisfăcute.

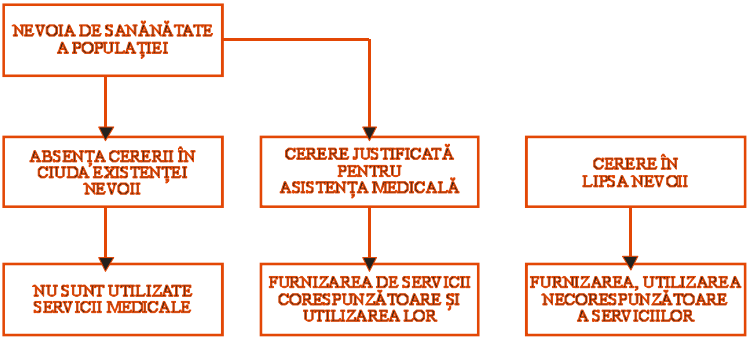


Figura 3. Eugen Blaga – "Politici sociale pentru sănătate"

Dacă nevoile de asistență medicală a populației se pot traduce printr-o "cerere justificată" şi o utilizare corespunzătoare a serviciilor de sănătate, nevoile sigure pot fi neglijate datoriă unei cereri sau utilizări inexistente. Sănătatea nu este măsurabilă în mod direct. Printre criteriile utilizate pentru evaluarea, amploarea şi nevoile de asistență medicală figurează caracteristicile populației, precum şi "indicatorii de sănătate" cum ar fi speranța de viață, morbiditatea şi natalitatea. Acești indicatori se pot considera de asemenea şi indicatori ai sistemelor de sănătate.

Finanțarea şi organizarea sectorului de sănătate în stalele membre ale Uniunii Europene urmăresc tradițiile

instituționale, politice și socio-materiale de finanțare și de oferte de servicii de îngrijire medicală eficiente și la un preț abordabil. Valoarea relativă, repartizată pe fiecare obiectiv variază într-o manieră considerabilă, potrivit sistemelor naționale, la fel ca și între sectorul de sănătate și alte sectoare de acțiune ale puterii publice din interiorul fiecărei țări. Pentru finanțarea unui sistem de sănătate este necesar să se colecteze bani de la populație pentru a putea contracta furnizorii de servicii medicale. Obiectivul principal al sistemelor este acela de a repartiza costurile serviciilor medicale între persoanele bolnave și persoanele sănătoase și de modelare a lor în funcție de resursele de care fiecare individ dispune. Acest mecanism de solidaritate reflectă consensul care se întâlnește în cadrul Uniunii Europene conform căreia sănătatea nu poate fi abandonată mecanismelor pieței.

Fiecare stat membru și-a dezvoltat propriile mecanisme de finanțare. Toate sistemele sunt mai mult sau mai puțin hibride, în măsura în care acestea se sprijină pe o combinație de surse de finanțare, dar majoritatea fondurilor sunt controlate direct sau indirect de către statul respectiv. Doar într-o mică măsură serviciile sunt plătite în mod direct. Sistemele de sănătate din Uniunea Europeană sunt finanțate prin contribuții publice sau prin contribuții directe.

Participarea pacienților contribuie, într-o proporție variată la finanțarea îngrijirilor medicale în toate țările membre ale UE. Majoritatea statelor membre aplică dispoziții de exorare de la participarea la toate costurile a categoriilor cu venituri mici și altor grupuri defavorizate. Asigurările obligatorii, precum și asigurările voluntare, sunt administrate de case de

asigurare, organisme autonome ce colectează contribuțiile în funcție de venituri pentru a le redistribui sub formă de beneficii în momentul utilizării serviciilor medicale, ori de rambursare a cheltuielilor angajate.

În conjunctura în care sistemul național de sănătate se află în plină dezvoltare, resursele şi serviciile medicale sunt furnizate în principal de serviciile publice şi accesul la acestea este gratuit. Nici un sistem de sănătate din statele membre ale UE nu este în exclusivitate de stat. În majoritatea țărilor din Uniunea Europeană, îngrijirile medicale primare sunt scutite în cadrul unui sistem mixt care combină medicina liberal privată cu medicina publică. Importanța acordarii îngrijirilor medicale primare variază în funcție de sistemul de sănătate. Unele state membre ale UE sunt tentate să diminueze numărul specialiştilor, ale căror servicii sunt în general mai costisitoare şi de a consolida rolul medicinei generale.

Aşteptările marelui public în materie de infrastructuri şi de îngrijiri medicale, sunt două consecințe majore pentru politica de sănătate: pe de o parte, aceste aşteptări sunt considerate ca un factor de evaluare a cheltuielilor, iar pe de altă parte, gradul de satisfacere al utilizatorului este un element de evaluare şi de urmărire a reformelor în sistemele de sănătate.

Numărul total de medici titular a crescut sensibil în cursul ultimilor ani, densitatea a fost stabilită în 1994 la 29% pentru 10 000 de locuitori.

PROFESIONIȘTI DENSITATEA MEDIA ÎN DOMENIU LA ANUL SĂNĂTĂȚII 10 000 CADRUL UE

Medici titulari	26	28	1994
Medici generaliști	12	8	1994
Specialiști și consultanți	13	11	1994
Stomatologi	4	6	1994
Infirmieri	80	70	1994
Farmaciști	5	8	1994

Figura 4. Repartizarea medicilor în statele UE (Eugen Blaga – "Politici sociale pentru învă□ământ")

În cadrul statelor membre ale UE îngrijirile stomatologice sunt gratuite până la 18 ani. Apoi pacienții suportă efectiv o parte din cheltuieli. Protezele nu sunt în general rambursate. Stomatologii sunt remunerați pe act, după baremul de onorarii negociat dupa un sistem de plată pe act ajustat conform specialităților în 1993. Spitalele sunt finanțate de municipalități pe baza unei liste de priorități (profilul spitalului), după un sistem de plată pe act sau pe caz ajustat conform specialităților din 1993.

Medicamentele sunt rambursate pe baza unei liste pozitive stabilită de către Ministerul Sănătății. Pe de altă parte, un sistem de prețuri de referință, ce acoperă în jur de o treime din vânzările totale de produse farmaceutice a fost instituit în majoritatea țărilor membre ale UE începând cu anul 1993. (Eugen Blaga – "Configurația socială a asigurărilor de sănătate", Ed. Pingui Book, 2005, pag. 56, 59, 80)

2.2 BAZA JURIDICĂ A POLITICILOR DE SĂNĂTATE

În raport cu evoluția extrem de lentă a sistemelor biologice, evoluția sistemelor sociale şi de sănătate cuprinde transformări şi schimbari ştiințifice deosebit de rapide, care influențează atât apariția unor noi structuri şi funcții, dar mai ales modificarea celor existente. Constituirea treptată şi evoluția rapidă a structurilor şi funcțiilor sistemului medical au fost posibile datorită permanentelor progrese făcute de medicină atât din punct de vedere al extinderii cunoştințelor sale ştiințifice şi al inovării arsenalului sau etnic, cât şi din punct de vedere al specializării grupurilor sale profesionale. Luând în vedere/considerare aceste coordonate istorice, se impune o abordare complexă a modului de constituire şi instituționalizare a practicii medicale, ca tip particular de sistem social.

Medicina, ca instituție socială s-a dezvoltat şi a progresat în măsura în care şi-a constituit propriile sale resurse şi modalitati de acțiune. Apariția ei ca formă instituționalizată de practică socială a impus, la fel ca în cazul altor instituții şi organizații sociale îndeplinirea unor caracteristici ferme bine definite şi ferme.

Practicarea medicinei nu a fost întotdeauna o profesiune, cel puțin în sensul actual al termenului. În perioada inițială a constituirii ei, era mai degrabă o practică empirică decât una ştiințifică, exercitată de persoane mai mult sau mai puțin specializate. Chiar în perioada imediat următoare Evului Mediu, când medicina începe să devină o veritabilă profesie, existau destul de puține forme legiferate de control asupra modului de

exercitare a profesiunii medicale, ca şi slabele cunoştinte din acest vast domeniu.

Odată cu progresul medicinei, al cunoştintelor despre boli şi al procedeelor şi tehnicilor terapeutice sau de diagnostic, medical devine un factor din ce în ce mai eficient în tratarea bolilor şi capătă, din acest punct de vedere, o poziție privilegiată. Abia atunci când medicii au devenit mai eficienți în tratarea bolilor cum sublinia R. SCHRYOCK în anul 1947, a avut loc o schimbare importantă în atitudinea publicului față de medicină şi de practica medicală. Odată cu ruptura care intervine între medicina ştiințifică şi medicina empirică, practicată de profani, se institue diferite modalități de control asupra formelor de activitate profesională a medicilor şi asupra prescripțiilor în materie de sănătate.

Cu acest scop înființarea primelor organizații şi asociații profesionale ale medicilor a dat posibilitatea elaborării unor forme incipiente de control instituționalizat asupra activității membrilor (medicilor) şi asupra programelor de instruire profesională în domeniul medicinei, acordându-i-se, totodată, corpului medical (medici, asistenți medicali, paramedici etc.) toate drepturile şi privilegiile care decurg din recunoaşterea oficială a statusului său profesional. În mod treptat activitatea medicală şi-a constituit propriul sector de activitate, deosebit de alte sectoare, putând dispune de un ansamblu de mijloace, resurse şi instituții necesare pentru organizarea practicii profesionale într-un cadru instituțional caracterizat atât de diversitate cât şi de unitate. La rândul ei, legitimitatea exercitării profesiei de medic a fost un rezultat firesc al recunoaşterii utilității sociale a acestei profesii.

Pe de altă parte sistemul medical, în ansamblul său, a căpătat o recunoaştere formală din partea societății, primind un mandat oficial în baza căruia a dobândit autonomie, legitimitate şi autoritate în raport cu realizarea diverselor funcții în domeniul ocrotirii sănătății. O condiție aparte care a permis medicinei să devină o veritabilă instituție a constituit-o reglementarea raporturilor dintre membrii săi şi a relațiilor dintre aceştia şi publicul beneficiar altfel spus relația medic – pacient.

Orice instituție socială, inclusiv cea medicală, dispune de un sistem de control al propriei sale activități, care permite elaborarea unor structuri autoritare, de ierarhie şi de organizare a acțiunilor, precum şi elaborarea unor procedee specializate pentru persoanele care exercită acțiuni instituționalizate, aşa cum sunt de exemplu, medicii, şi în relație cu persoanele care sunt obiectul acestor acțiuni, adică pacienții sau bolnavii. Acest sistem de control se caracterizează şi concretizează într-un ansamblu normativ, care condiționează aplicarea acestor procedee şi modul lor de acceptare de către public.

În domeniul medical, deontologia profesională, legislația în materie de sănătate, vaccinarea obligatorie sau măsurile de profilaxie şi preventie constutie un exemplu sugestiv al intervenției acestui sistem normativ. Aşa cum considera RODNEY M. COE (1970) mandatul profesiei de medic se referă, printre altele, şi la dreptul acestuia de a indica normele sau scopurile la care poate aspira publicul, pacientul, omul bolnav.

În cursul istoriei, dar mai ales în ultima sută de ani, între medicină şi societate s-au stabilit legături strânse, determinate de înțelegerea faptului că efectele

bolii trebuie combătute cu mijloace specializate, care sunt numai de competența unui anumit grup socio-profesional şi anume cel al medicilor.

KERR L. WHITE (1978) considera în acest sens, că orice societate încheie, în mod simbolic, un anumit contract cu medicina, care necesită exigen a şi existen a mai multor mecanisme ce articulează sistemul medical cu celelalte forme de activitate socială. Încrederea pe care orice societate o investeşte în medicină rezultă din importanța atribuită consecințelor bolii şi morții, motiv pentru care instituționalizarea practicii medicale legimitează şi oferă autoritate deplină medicului practician pentru a controla factorii care afectează sănătatea comunității respective.

Dat fiind rolul important pe care îl joacă medicina în definirea a ceea ce este normal sau anormal (astfel spus patologic), ea are o autonomie aparte față de celelalte ramuri de activitate socială, dar, în acelaşi timp şi o mare responsabilitate. Medicul este factorul principal, investit cu autoritate în acest domeniu, fiind singura competență capabilă să stabilească si cauzele bolii şi efectele ei biologice, psihice şi sociale, rolul său fiind atât unul ştiințific, cât şi unul social.

Deşi actual tendința în domeniul managementului sistemelor medicale pare a fi favorabilă descentralizării serviciilor medicale, ca mijloc important de raționalizare a resurselor, de reducere a cheltuielilor sau de evitare a inegalității accesului la sănătate, experiența mai multor țări în meterie de descentralizare a demonstrat că ea constituie încă un deziderat, câtă vreme nu asigură decât în măsură limitată avantajele menționate mai sus.

Pe de altă parte, descentralizarea serviciilor de sănătate din mai multe zone ale țării sau diferitele țări ale lumii nu numai că nu a redus costurile necesare, dar le-a amplificat. Pentru acest motiv, nu numai concentrarea autorității la nivel central şi capacitatea acesteia de a avea o viziune mai largă asupra funcționalității serviciilor de sănătate pe plan național pare o soluție mai bună.

Statisticile indică faptul că, în ultimii ani, numărul de servicii de sănătate pe cap de locuitor, din diferite țări, a crescut proporțional cu creşterea speranței de viață dar şi cu sporirea numărului de cazuri de bolnavi cronici, creşterii numărului de îmbolnăviri acute sau cronice la adolescenți care necesită nu numai tratament ambulatoriu de specialitate, ci şi tratament în spitale de profil. (Dr. Sorin M. Rădulescu – "Sociologia sănătății şi a bolii", Ed. Nemira, 2002, pag. 288, 289, 290)

Medicina nu mai este o artă. Medicina a devenit o profesiune guvernată de ghiduri de bună practică medicală, de protocoale terapeutice şi, mai presus de toate, de anumite canoane şi legi bine definite şi stabilite. În aceste condiții relația dintre medic şi pacient a ajuns astăzi o potențială sursă de situații litigioase. Într-un interval de două luni în presa scrisă din România au apărut în nu mai puțin de 97 de articole având ca subiect cazuri grave de malpraxis medical, releva un studiu relizat de MEDRIGHT EXPERT în colaborare cu MEDIA ROMPASS.

Actele normative de data recentă, de natura să reglementeze activitatea medicală şi să sancționeze personalul medical pentru eventuale culpe medicale, suprapuse peste materialele apărute în presă, expun medicii şi personalul medical acuzațiilor de malpraxis

formulate de către pacienții/aparținătorii nemulțumiți de actul sau de culpa medicală.

Programul Național de Evaluare, Consultanță şi Asistență Legală Specializată "MANAGEMENTUL RISCULUI ÎN PRACTICA MEDICALĂ" lansat la Bucureşti în luna septembrie 2007 presupune ample soluții pentru informarea şi protejarea medicilor, de natură să ducă la îmbunătățirea calității actului medical, cu beneficii atât pentru medici cât şi pentru pacienți. Programul respective are ca scop informarea şi educarea medicilor cu privire la tematica malpraxisului din România dar şi în țările partenere ale Uniunii Europene, respectiv la tehnicile şi metodele pe care le pune la dispoziția medicilor pentru a se proteja împotriva acuzațiilor legate de săvârşirea erorilor în practica medicală.

La data de 04 decembrie 2007 s-a încheiat prima etapă a programului, care a vizat implementarea acestuia în patru "centre pilot" acestea fiind Spitale Univesitare din Bucureşti. Medicii participanți au completat sub protecția anonimatului, un chestionar de evaluare a utilității şi impactului programului oferit de MEDRIGHT EXPERT.

Deciziile şi hotărârile cu caracter medical vor fi luate întotdeauna avându-se în vedere interesul şi drepturile pacientului, principiile medicale general acceptate, nediscriminare între pacienți, respectarea demnității umane, a principiilor eticii şi deontologiei medicale, precum şi grija față de sănătatea publiă, în toate formele ei. În scopul garantării şi asigurării, în orice împrejurare, a intereselor pacientului, profesiunea de medic are la baza exercitării sale principiul independenței

și libertății profesionale, precum și dreptul suveran de decizie asupra chestiunilor de ordin medical.

De aceea, în exercitarea profesiunii medicale, în limita competențelor profesionale, medicului nu îi pot fi impuse îngrădiri privind prescripția și recomandările de natură medicală. Acest fapt se datorează, pe de o parte, caracterului umanitar al profesiunii de medic, dar și obligațiile acestuia de a trata cu deosebit respect și loialitate ființa umană, pacientul său bucurându-se de dreptul de a i se prescrie și recomanda tot ceea ce-i este necesar din punct de vedere medico-chirurgical.

Evident medicul curant, asistentul medical, paramedicul, moașa răspund juridic atunci când nu obțin consimțământul informat al pacientului sau al apartinătorilor acestuia, cu excepția cazurilor în care pacientul este lipsit de discernământ, se afla în stare comatoasă iar reprezentantul familiei nu poate fi contactat, din cauza situației de urgență care nu mai suferă amânare.

În această situație, medicul, asistentul medical, paramedicul, moașa, pot solicita autorizarea efectuării actului medical autorităților tutelare, direcțiunii școlii, profesorului diriginte ori, după caz, pot acționa fără nici un accord, în situații de urgență, când intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol viața pacientului/adolescentului.

Documentele medicale au incontestabil, o valoare documentară și medico-legală protejată de normative bine puse la punct. Nu este exclusă nici valoarea istorică, în măsura în care constatările ori înregistrarile sunt în directă legătură cu fenomene de ansamblu, de ordin socio-medical, ori constituie fundament al unor studii

statistice de ansamblu. În acest context legea prevede obligația creatorilor de arhive, în speță și a medicilor de da în condiții speciale anumite categorii de documente medicale, potrivit unor nomenclatoare întocmite sub coordonarea metodologică a reprezentanților abilitați ai ARHIVELOR NAȚIONALE.

În ultimii ani MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, cu sprijinul unor colective de specialişti în domeniul medicinei preventive a elaborat o serie de norme de igiena şi sănătate publică privind colectivitățile de copii şi tineri/adolescenți. Aceste legi sunt conținute în ORDINUL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII NR. 1955/1995 (publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 59bis, din 22 martie 1996). Unele norme care au aplicativitate şi în colectivitățile şcolare sunt incluse şi în ORDINELE MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII NR. 975/1998 şi respective NR. 976/1998 (ambele publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 268 din 11 iunie 1999), ele se referă la problematica igienei şi alimentației în cantinele şcolare şi în punctele de desfacere (chioşcuri, bufete, tonete etc.) de produse alimentare din instituțiile de învățământ gimnazial, liceal sau universitar. ORDINUL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII NR. 976 din 1998 a fost parțial abrogate prin HOTĂRÂREA GUVERNULUI ROMÂNIEI NR. 1198/2002 (MONITORUL OFICIAL AL ROMÂNIEI, Partea I, nr. 866 din 2 decembrie 2002).

De asemenea unele articole din ORDINUL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII NR. 536/1997 referitoare la normele de igiena şi recomndările privind modul de viață al populației (publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I,nr. 140 din 3 iulie 1997) se aplică în

tocmai și în activitățile școlare mai ales din mediul rural (aprovizionarea cu apa, evacuarea rezidurilor solide), ca și cele câteva articole din ORDINUL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII NR. 1957/1995 referitoare la normele de medicină a muncii, cu aplicativitate de instruire practică (educație tehnologică) în atelierele școlare de diferite profiluri și/sau din intreprinderi (publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 60bis, din 26 martie 1996). (Colecția reviste MEDIC.RO, Editura Colegiul Medicilor din România, București, aprilie 2007, august 2007, ianuarie – februarie 2008)

2.3 TIPOLOGIA POLITICILOR PUBLICE

Politicile publice sunt un element esențial al democrațiilor moderne căci ele oferă călăuza funcționarilor guvernamentali și în același timp, dau cetățenilor posibilitatea de a-și exercita controlul asupra acestor funcționari.

Acțiunea guvernamentală este amplă și deosebit de complexă. De aceea într-o democrație sănătoasă este esențial ca activitatea guvernului să se desfășoare prin realizarea de politici publice/politici de sănătate și totodată să dezvolte o discuție publică în jurul acestora.
În ciuda faptului că există semne de întrebare în legătură cu anumite tehnici analitice folosite pentru a atinge obiectivele politicilor publice implicit a politicilor de sănătate se recunoaște din ce în ce mai mult importanța politicilor publice pentru guvernarea democratică.

Marea majoritate a populației așteaptă pe an ce trece ca guvernele care vin și pleacă să adopte decizii inteligente. Cei mai multi cetățeni, chiar și aceia care nu

sunt foarte pretenţioşi aşteaptă ca aceste decizii să fie rezultatul unei poziţii generale, a unei anumite viziuni.

Guvernele din ţara noastră mai ales guvernele post decembriste lui 1989 pot fi foarte ferme în luarea deciziilor, fără să facă acest lucru într-un mod foarte inteligent. A lua decizii inteligente înseamnă a opera într-un cadru coerent, indiferent cât de general este acesta. Se întâmplă din ce în ce mai rar ca politicile de sănătate, să răspundă unei probleme izolate. Afirmaţia este valabilă şi pentru politicile publice. Cele mai adesea ele sunt răspunsuri la manunchiuri de probleme încâlcite ale căror soluţii pot fie ele însele contradictorii.

Majoritatea problemelor care îşi află răspunsul în politicile publice sunt complexe "ca urmare a mărimii sau anvergurii lor", ele fiind compuse din seturi de probleme, poate ceva mai mici, dar care, dat fiind că nu sunt interconectate, sunt greu de înţeles dar şi greu de separat din punct de vedere logic cât şi cronologic. Prin natura sa generală, o politică publică este aşadar un ghid de acţiune, un plan, un cadru, un curs de acţiune menit să răspundă anumitor probleme.

Politicile de sănătate, la fel ca şi politicile publice fac parte împreună cu politicile în domeniul locuirii, educaţiei, securităţii sociale şi asistenţei sociale din domeniul politicilor sociale căci prin intermediul acestora statul devine principalul responsabil pentru stabilirea criteriilor de redistribuire în societate a unei resurse deosebit de importante pentru bunăstarea individului şi comunităţii: SĂNĂTATEA.

Asigurarea satisfacerii unor nevoi mai mult sau mai puţin elementare de sănătate fizică şi psihică a individului şi comunităţilor reprezintă deci un obiectiv

social general, la realizarea căruia politicile publice mai exact politicile în domeniul sănătății contribuie în foarte mare măsură. O primă redistribuire se referă la consecințele costurilor şi efectelor diferitelor decizii cu implicații negative asupra sănătății indivizilor şi comunității. Cea mai elementară formă de intervenție a statului este cea regulatorie recompensând individul/comunitatea pentru existența unor externalități negative.

Un sistem de tip al asigurărilor sociale va tinde să ofere servicii de sănătate gratuite populației acoperind, din taxele şi impozitele generale toate cheltuielile necesare. Acest lucru nu presupune că în mod direct, statul este furnizorul de servicii de sănătate. Avantajele legate de un astfel de sistem sunt legate de rate mari de cuprindere şi acoperire a populației în cadrul sistemului de sănătate, cât şi de costuri relativ scăzute de administrare a serviciilor sociale şi în special a celor legate de accesul la aceste servicii. Organizația pentru Cooperare Economică şi Dezvoltare (OECD) este un organism internațional format din douăzeci şi noua de state (29 state) care "oferă guvernelor un cadru în care să discute, să elaboreze şi să perfecționeze politicile publice, sociale, economice şi/sau de sănătate". Ele îşi desfăşoară activitatea comparându-şi experiențele, căutând soluții la problemele comune şi printr-un efort susținut de coordonare a politicilor interne şi internaționale să fie împărtăşite de toate națiunile. Datorită faptului că problemele devin tot mai complexe, se manifestă cu o viteză tot mai mare iar încrederea în guvern scade tot mai mult, problema care se pune este capacitatea de a guverna (OECD PUMA 2000).

Prin rețeaua PUMA ce se ocupă de Managementul Strategic şi Cooperarea Politicilor Publice este parțial îndeplinită cerința ca organizația să acorde o atenție deosebita capacității pentru politici publice. Această rețea se întrunește anual şi reunește înalți funcționari din administrațiile centrale (şefi ai cabinetelor prim-miniștrilor, secretari de cabinet, secretari generali de stat, secretari generali ai guvernelor) ai statelor membre, ca şi din Comisia Uniunii Europene.

De-a lungul anilor s-au realizat câteva rapoarte a căror temă recurentă este dezvoltarea coerenței politicilor publice şi soluționarea problemelor contemporane cu care se confruntă guvernarea. Structurile de guvernare şi răspunsurile manageriale tradiționale sunt din ce în ce mai puțin eficiente. Este necesară o schimbare radicală pentru a proteja însăşi capacitatea de a guverna şi a oferii servicii inclusiv servicii medicale şi de asistență socială.

Banca Mondială este o altă organizație internațională cu multă influență care în ultimii 10 ani şi-a îndreptat riguros atenția către capacitatea de a guverna şi capacitatea ei pentru politicile publice. Întemeiată în 1944, Banca Mondială oferă în prezent aproximativ 30 miliarde de dolari în diferite țări, sub formă de împrumut pentru sprijinirea dezvoltării. Deşi inițial era organizată în programe cu specific economic Banca Mondială încearcă acum să rezolve "probleme mai puțin extinse, precum dezvoltarea socială şi economică, calitatea guvernării, reforma sanitară şi refoma instituțiilor". În raportul său din 1997 intitulat "Statul într-o lume în schimbare", Banca Mondială a subliniat importanța pe care o are o bună guvernare în dezvoltarea economică durabilă.

Pentru a creşte bunăstarea umană trebuie să crească capacitatea statului – prin aceasta înțelegând capacitatea statului de a realiza şi promova în mod eficient acțiuni colective. Aceasta idee de baza poate fi tradusă în practică într-o strategie prin care orice stat poate fi transformat într-un partener eficient şi credibil la dezvoltarea țării sale, strategie care cuprinde două elemente. Primul element al acestei strategii constă în a aduce statul la nivelul capacităților sale. Trebuie să analizam cu foarte multa atenție tipul de intervenție efectuată de un stat ale cărui capacități sunt scăzute, ca şi locul în care acestă intervenție survine.

Al doilea element al strategiei este creşterea capacității statului prin revigorarea instituțiilor publice. Aceasta înseamna a concepe reguli şi constrângeri eficiente, a pune control acțiunile arbitrare ale statului şi a unei competiții mai mari, crescându-le astfel eficiența, a mari performanțele instituțiilor şi a stimulentelor sub orice formă oferite angajaților. (Alina Mungiu – Pippidi: "Politici publice. Teorie şi practică", Ed. Polirom, Iaşi 2002; Dr. Lucian Blaga: "Politici sociale pentru sănătate", Ed. Omega Ideal, Bucureşti, 2006)

2.4 PROMOVAREA POLITICILOR PUBLICE DE SĂNĂTATE

Organizația Mondială a Sănătății din dorința efectivă de reînnoire a strategiei a determinat un progres prin politicile de promovarea sănătății. Promovarea sănătății reprezintă procesul care conferă populațiilor mijloace de a-şi asigura controlul asupra propriei persoane şi de a o ameliora. CHARTA DE LA OTTAWA organizata de OMS în perioada 17-21

noiembrie 1986 a fost prima conferință internațională pentru PROMOVAREA POLITICILOR PUBLICE DE SĂNĂTATE. Promovarea sănătății are ca viziune a sa o stare de bine a ființei umane. Sănătatea este o resursă în acest fel, resursă extrem de valoroasă. Doctorul I.E. ASVALL, directorul părții europene a OMS a arătat că: "Timpul a demonstrat că sănătatea nu este un obiect de consum, ci o necesitate".

Pentru perioada europeană, țările europene au avut o perioadă de afirmare a sănătății pe intervalul 2000-2005. Promovarea sănătății implică o serie de obiective pentru țări: În primul rând este construirea unei politici "sănătoase" de sănătate publică atunci când Ministerul Sănătății redă prin parlament o serie de decizii de o reală importanță pentru dezvoltarea sănătății. Ministerul oricare va fi, cu o specialitate în orice fel de activitate, trebuie să țină seama de coordonatele moderne ale medicinei.

Un ministru al sanătății care nu ştie regulile medicinei care vrea să se facă auzit dar din "spusele altcuiva" va fi o derâdere a guvernului, a unui parlament la care sănătatea nu este o necesitate supremă, este un congres al nefericiților. Pe lângă un parlament la care sănătatea să reprezinte o necesitate este nevoie ca la oricare din anturajele sănătății să existe un mediu, un cadru "adecvat" sănătății, pentru care, comunitățile să lucreze pentru sănătate, la care oameni cu responsabilitate să activeze în sănătatea lor şi a altora.

Promovarea sănătătii va fi începutul şi sfârşitul acțiunilor de sănătate odată cu reorientarea sistemelor de sănătate din întreaga Uniune Europeană. Premizele sănătății şi ale politicilor pentru promovarea sănătății

(politici publice de sănătate) putem aminti: pacea, hrana, locuința, un anumit venit anual etc. Fără aceste elemente primordiale nu exista o sănătate prosperă la care este obligatoriu un progres social, un progres economic şi un progres individual. O promovare a sănătății se poate obține doar cand: Atunci când în tot ce există ca sănătate, să se organizeze ca egalitate, iar oamenii nu-şi pot permite să obțina capacitate optimă de sănătate;

Pentru o promovare a sănătății trebuie să existe o acțiune la care să lucreze împreuna o serie de instituții centrale într-o țară-guvern, domeniile de specialitate, factorul social şi economic, ONG-urile, presa, televiziunile, radioul etc. Promovarea sănătății trebuie pusă pe agenda politicienilor, pe legislație, pe modificările de organizare, pe orice masură, pe orice sistem. Trebuie avută în vedere şi o politică de protejare a mediului ambiental care să rezolve o serie de incoveninte ale sănătății ca o sarcină durabilă a lor.

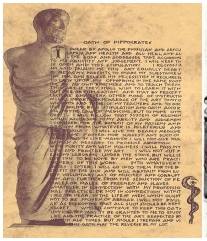
Politicile de promovare a sănătații trebuie să țina seama de activitatea speciei umane atât la domiciliu cât şi la locul de muncă, dar mai ales şi de o politica a parteneriatelor în sprijinul sănătății. În prezent există o "falsă idee de siguranță" împotriva bolilor infecto-contagioase, iar efectele de înrăutățire a stării de sănătate a oamenilor se prevăd a destina în viitor circa 80% din populația planetei, sărăcia din mrejele țărilor lor, țările sarace vor fi țările cu o "aglomerare a populatației" chiar în țările cu o medie a oraşelor de 5 milioane de locuitori între 8 si 9/10 dintre acestea sunt în țările mici ca dezvoltare economică.

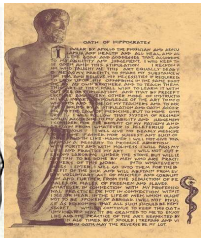
În aceste țări, prin creşterea populației se va crea o creştere a bolilor infecto-contagioase şi parazitare şi se

va instala o avalanşă de boli cronice din păcate unele cu evoluție din perioada adolescenței. Țările de referință pentru promovarea sănătății unde s-au înregistrat progrese remarcabile pe aceasta linie sunt Suedia şi Canada.

În plus trebuie să se țină seama de categoriile defavorizate cum sunt femeile şi bătrânii, aceste categorii fiind o importantă problemă medico-socială încă insuficient rezolvată de politicile publice de sănătate. Ample observații se fac şi asupra persoanelor cu marginalizare socială: persoanele cu venituri mici, pensionarii, şomerii, analfabeții, toxicomanii, delicvenții, devianții, copii abuzați sau utilizați ca forță de muncă în gospodării, străinii imigranți etc.

Putem spune că sănătatea publica este o ştiință a dezvoltării. Fenomenul social există, intr-o prezență prea aglomerată a lumii pe măsură ce se va extinde populația, vor spori problemele sociale în special de antagonism social care va aduce continentele, în special continentul european la o parte de nesiguranță privind viitorul. (Prof. universitar Dr. Liviu Vulcu, Dr. Adela Morar: "Tratat de sănătate publică", vol. I, Ed, Universității "Lucian Blaga", Sibiu, 2006



CAPITOLUL III

IMPLEMENTAREA POLITICILOR PUBLICE DE SĂNĂTATE ŞI IMPACTUL ACESTORA SUPRA PROCESULUI DE PREVENIRE A ÎMBOLNĂVIRII

3.1 STRATEGII UTILIZATE ÎN PROMOVAREA POLITICILOR PUBLICE REFERITOARE LA PREVENIREA ÎMBOLNĂVIRILOR LA ADOLESCENȚI

După OMS promovarea sănătății înseamnă procesul de punere în practică a intervențiilor desemnate să prevină îmbolnăvirile. Deoarece de-a lungul timpului procesul de provocare a sănătății căpătase mai multe definiții, termenul începuse să-şi reducă din semnificație şi considerație. Conform OMS promovarea sănătății este procesul care permite oamenilor sau le dea posibilitatea să-şi îmbunătățească şi să-şi intensifice controlul asupra propriei lor sănătăți. Este procesul care “adaugă ani vieții şi viață anilor”.

Premizele pentru promovarea sănătății sunt: Procesul de promovare a sănătății recunoaşte în mod explicit caracterul intersectorial al determinismului sănătății şi pune în evidență rolul guvernului, acționând împreuna cu acesta la satisfacerea şi echilibrarea în populație a principalelor necesități: pace, adăpost, hrana, căldură, educație, venit etc.

Promovarea sănătății a devenit în țările dezvoltate un domeniu prioritar, deoarece s-a observat că în serviciile curative supertehnologizate se consumă foarte multe resurse, iar de ele nu beneficiază decât un număr

redus din populație, în timp ce acțiunile de promovare a sănătății sunt mai ieftine şi de ele beneficiază pe termen lung întreaga populație. Promovarea sănătății pune accent pe modelul "pozitiv" al sănătății, un concept nou, diferit de modelul biomedical clasificat drept nu concept "negativ" de descriere a sănătății.

Educația pentru sănătate reprezintă cel mai important moment al promovării sănătății şi este definit ca fiind activitatea de comunicare care are ca scop creşterea stării de bine şi prevenirea sau diminuarea bolii la indivizii şi grupurile populaşionale, prin influențarea în mod favorabil a atitudinilor, credințelor, cunoştințelor şi comportamentelor, atât a celor care dețin puterea cât şi a comunității în general.

Cel mai important obiectiv al educației pentru sănătate este a "împuternici" indivizii şi grupurile din comunitate asupra propriei lor sănătăți. Pe lângă această educație pentru sănătate îşi propune ca sănătatea să nu mai fie privită ca responsabilitate exclusivă a sectorului sanitar, ci mai degrabă ca o responsabilitate a fiecărui individ în parte. Cei care primesc educație pentru sănătate trebuie să devină la rândul lor, furnizori de educație pentru sănătate. Modalitățile de acțiune pentru sănătate sunt fie orientate asupra bolii, fie orientate spre factorii de risc, fie orientate spre menținerea stării de sănătate.

În acest tip de educație se intervine prioritar asupra unei anumite boli, acționând invariabil asupra factorilor de risc asociați acestei boli. Evaluarea procesului sau a rezultatelor unui asemenea program de educație va fi greu de realizat deoarece de exemplu, într-o comunitate pot exista în acelaşi timp atât un program

de prevenție a bolilor cardio-vasculare, cât şi un program de prevenție a neoplaziilor sau a cariei dentare.

Liderii acestor inițiative separate pot aborda o serie de factori de risc care se suprapun şi atunci populația se poate simți "dezorientată" în fața avalanşei de informații care decurg din aplicarea acestor programe. Lipsa de comunicare dintre liderii acestor programe de comunicare centrate pe o anumită afecțiune/boală poate reduce foarte mult complianța maselor.

Factorii determinanți ai sănătății include în acelaşi timp şi probleme legate de calitatea vieții care sunt componente ale "stării de bine", oferind protectie împotriva unui comportament nesănătos. Aceste atribute pozitive ale sănătății (stiluri de viața favorabile sănătății şi un înalt nivel al stimei de sine) contribuie la "împuternicirea" indivizilor şi comunității de a realiza un mai bun control asupra propriei sănătăți. În practică aceste considerații generale ale teoriei privind educația pentru sănătate au fost oarecum eclipsate de dominația programelor orientate spre boala şi spre factorii de risc. Modelul orientat catre sănătatea populației recunoaşte dimensiunea pozitivă a sănătății, ofera o mai buna oportunitate şi adecvare a programelor de educație şi nu în ultimul rând, ajută la promovarea sănătății prin prisma dezvoltării comunitare.

În mod tradițional campanile de educație pentru sănătate s-au realizat bazându-se pe credința că informațiile difuzate de promotorii sănătății ajung la nivelul populației, care însuşindu-şi aceste informații, îşi va îmbunătății cunoştințele şi îşi va schimba atitudinile şi

comportamentul. (Dr. Liviu Vulcu: "Tratat de sănătate publică", vol. III, Ed. Universită ii "Lucian Blaga", Sibiu, 2006)

3.2 ROLUL ŞI LOCAȚIA CABINETULUI MEDICAL ŞCOLAR

Medicina şcolara este de mult o parte esențială a procesului modern de învățământ. De mulți ani "halatele albe" constituie un factor de siguranță în cadrul şcolilor şi liceelor româneşti, atât prin abordarea situațiilor de urgență, cât şi prin supravegherea constantă a creşterii şi dezvoltării şcolarilor şi adolescenților. În ultimii ani, situația medicinei şcolare in România s-a îmbunătățit, dar totuşi, este departe de a fi ideală. Salariile mici, dotarea insuficientă, activitatea predominant profilactică țin departe de medicina şcolara mulți absolvenți ai facultăților de medicină generală. Medicina şcolara este o ramură de tradiție în țara noastră, primele încercări datează din perioada imediat următoare celui de-al doilea Razboi Mondial şi au avut ca model sistemul medicinei şcolare din Franța.

Pe parcursul anilor, medicina s-a aflat alternativ în subordinea Ministerului Sănătății şi în subordinea Ministerului Învățământului. Din 1948 medicina şcolară este subordonată Ministerului Sănătății şi este singura ramură a medicinei finanțată din bugetul de stat. Înafară de medicina şcolarului şi studentului, cuprinde şi medicina preşcolarului, care se practică în cabinetele medicale din cadrul grădinițelor. Se impune o supraveghere şi monitorizare foarte atentă a adolescenților aflați la "momentul critic al pubertății".

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolescenții din Județul Brașov

În rapoartele anilor 2003-2004, 2005-2006 înaintate către departamentele de Epidemiologie – Igienă şcolară rezultă cert că viitorul societății umane depinde de felul în care copiii şi adolescenții vor fi capabili să-ți atingă potențialul lor optim de dezvoltare fizică şi psihoemoțională/psihointelectuală care depinde la rândul lor în mare măsură de îngrijirile şi condițiile în care sunt crescuți şi educați. Activitatea compartimentului de medicină şcolară este reglementată de Regulamentul de funcşionare al Direcției de Sănătate Publică din care fac parte şi se desfăşoară din anul 2000, înglobate în cadrul programelor naționale de sănătate publică.

În anul şcolar 2004-2005 activitatea a fost inclusă în "PROGRAMUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE COMUNITARĂ NR.1". Principalele activități ale acestui program se referă la relația dintre starea de sănătate a copiilor şi tinerilor şi mediul lor de viață/activitate. Principala activitate a medicinei şcolare vine atunci când medicul de medicină şcolara este pasionat de profesiunea sa. Fiecare copil este important şi principalul nostru scop este să intervenim rapid pentru combaterea unor accidente, dar şi să depistăm înca din faza incipientă acele probleme de sănătate care i-ar putea amenința mai tarziu viața sau confortul. Urmărim fiecare parametru, creşterea şi dezvoltarea fizică a copiilor, eventuale semne şi simptome de boală, cât şi dezvoltarea psihică şi intelectuală, maturizarea sexuală, capacitatea lor reproductivă.

Educația sanitară o facem permanent din clipa în care "adolescentul elev" intră în cabinetul medical şcolar. În plus se au în vedere discuții speciale pe diferite teme, în timpul orelor de dirigenție, biologie, igienă sanitară.

Principalul obiectiv al Compartimentului de Igienă şcolară este supravegherea stării de sănătate a copiilor şi tinerilor/adolescenților din instituțiile de învățământ dar şi din instituțiile de ocrotire a copiilor respectiv a tinerilor/adolescenților cu nevoi speciale/dezabilitați. Scopul activității este prevenirea îmbolnăvirilor şi promovarea sănătății copiilor şi adolescenşilor. În realizarea acestui scop, compartimentul supraveghează diferitele aspecte ale stării de sănătate la copiii şi tinerii incluşi în formele de invățământ.

Examenele de bilanț anuale efectuate la clasele a XII a au avut ca principal obiectiv evaluarea creşterii şi dezvoltării elevilor cuprinşi în examenul de bilanț al stării de sănătate şi evaluarea stării de nutriție a copiilor şi tinerilor din colectivități care garantează un proces de creştere şi dezvoltare la limita superioară a potențialului genetic. Investigațiile efectuate evidențiază statistica semnificativă între calitatea alimentației, starea de nutriție şi parametrii dezvoltării fizice la toate categoriile de copii şi tineri. Copiii şi tinerii au valori ale greutății foarte mici raportate la standardul de referință al vârstei, sunt considerate în primul rând a avea o subnutriție acută sau recentă. Evoluția acestui indicator între anul şcolar 2001-2002 şi anul şcolar 2004-2005 a evaluat în limite aproximativ normale. Se constată o tendință a procentului de elevi şi/sau adolescenți/studenți care demonstrează o stare de malnutrțtie acută şi au o greutate mică în raport cu standardul vârstei şi sexul.

Dacă luăm ca indicator înălțimea, atunci informația adusă de comparația cu valoarea de referință la o anumita vârsta ne arată că în cazul valorilor mici şi foarte mici prezența unei malnutriții cronice, deoarece

numai după un timp suficient de îndelungat al caren elor alimentare, procesul de creştere se încetineşte şi apoi se opreşte.

Un aspect aparte al stării de nutriție îl constituie analiza dezarmoniei dintre valorile greutății şi cele ale înălțimii. Din jocul acestora rezultă două tipuri de dizarmonici cu plus de greutate şi cu minus de greutate față de înălțimea la data măsurătorilor. Cei cu plus de greutate pot fi supraponderali sau obezi iar cei cu minus de greutate pot fi subponderali sau emaciați. Din ce in ce mai mult asistăm la o creştere a numărului şi proporției elevilor/adolescenților care se încadrează în grupa celor subponderali şi a celor emaciați. Acest fenomen se datorează în măsura condițiilor socio-economice şi a unui venit scăzut pe membru de familie. Studiul morbidității la elevi şi studenți se face doar pe baza datelor raportate de cabinetele medicale şcolare.

În județul Braşov numărul medicilor şcolari este foarte redus în comparație cu necesarul prevăzut de normele în vigoare (ORDINUL M.S. 653/2001). în prezent el realizează o acoperire cu ceva mai mult de 9% din necesarul medicilor şcolari. Nu există o relație între afecțiunile identificate la examenele medicale de bilanț şi dispensarizarea acestor afecțiuni. Principalul obstacol îl constituie numărul mare de afecțiuni şi imposibilitatea de a prescrie medicamentele necesare pentru potențialii pacienți. Este de neînțeles de ce nu se poate accepta prescrierea unei medicații în regim de compensație/gratuit de către medicii şcolari la o categorie de populație (elevi/studenți) care beneficiază de gratuitate în virtutea legii asigurărilor de sănătate din România.

Această decizie are ca efect negativ cronicizarea unor afecțiuni care ar putea fi recuperate şi subminează activitatea profilactică atât la copiii şi tinerii de astăzi cât şi la adulții de mâine. În felul acesta dispensarizarea ramâne greoaie, pentru că defapt prescrierea medicamentelor se poate face numai de către medicii specialişti care generează liste de aşteptare pentru că ei triază cazurile dupa gravitatea lor. În acest fel aceste cazuri incipiente nu sunt "prioritare" şi în acest mod prin amânare şi ignorare devin cazuri cronice, grave, cu mult mai greu de recuperat. Costul acestei conduite terapeutice este până la urmă enorm. Ignorarea şi neglijarea cazurilor uşoare stă la baza numărului mare de cazuri grave care aglomerează astăzi spitalele, deci care devin sursa bolnavilor cronici de mai târziu.

Bugetarea posturilor şi acoperirea cu medici şcolari conform ORDINULUI M.S. 653/2001 paralel cu intensificarea activității de medicină preventivă în colectivitățile de copii şi tineri de toate categoriile, ar determina în scurt timp o ameliorare a sănătății acestora cu repercursiuni asupra sănătăşii adulților de mâine, pentru că investind în sănătatea lor investim
în sănătatea națiunii. Supravegherea eficienței de profilaxie secundară devine formală şi fară rezultate concrete la nivel populațional şi comunitar.

Asistența medicală din mediul rural diferă oarecum de cea din mediul urban, elementul definitoriu îl constituie prezența cvasipermanentă pe perioada desfăşurării procesului de învățământ şi majoritatea şcolilor din oraş, a unui cadru medical (medic şcolar şi/sau asistent medical), comparativ cu prezența episodică a acestuia în şcolile rurale.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolescenții din Județul Brașov

Fiecare unitate de învățământ ar trebui să dispună în orice moment cel puțin de o asistentă medicala capabilă să acrode primul ajutor în cazul unei accidentări. Deşi legea prevede un medic la 2000-2500 de elevi, în prezent acesta revine unui număr de aproape 3000 de elevi. Atribuțiile de bază ale personalului medico-sanitar şcolar (medic şi/sau asistent medical şcolar) sunt preponderent profilactice. Activitățile de medicină şcolară sunt circumscrise unor programe naționale de sănătate ale Ministerului Sănătății, fiind finanțate de la bugetul de stat pentru realizarea lor.

Una din prioritățile Ministerului Sănătății o reprezintă şi în anul 2008 funcționarea rețelei de medicină şcolara în întreaga țară. Astfel Ministerul Sănătății a dispus ca din această toamnă (anul şcolar 2008-2009) în şcolile din întreaga țară numărul cabinetelor medicale şi al directorilor care să supravegheze activitatea medico-şcolară să se dubleze.

Exista un top al afecțiunilor mai des întâlnite la nivelul cabinetelor medicale şcolare: 1) vicii de refractive, 2) sechele de rahitism, 3) obezitatea neendocrină, 4) bolile endocrine, 5) hipotrofie staturală, 6) defecte/deformații ale coloanei vertebrale, 7) tulburări de vedere, 8) afecțiuni cronice amigdaliene, 9) anemii feriprive, 10) hipotrofie ponderală, 11) întârziere mentală, 12) afectiuni hipertensive si cardio-vasculare, 13) chisturi de sferă genitală feminină, 14) tulburări somatice.

3.3 IMPACTUL APLICĂRII POLITICILOR PUBLICE ŞI ASISTENȚEI MEDICALE ŞCOLARE ASUPRA ADOLESCENȚILOR

Nu există o abordare titipică şi care să garanteze succesul atunci când este vorba de a consulta şi examina un adolescent. Comunicarea cu tânărul mai ales pe parte medicala se poate dovedi extrem de dificilă. Copiii de 13-14 ani sunt adesea foarte tineri şi evită contactul vizual.

Prioritățile lor sunt foarte diferite de cele ale adulților şi li se pare dificil să exprime ce simt. Când se prezintă la consult însotit, adolescentul lasă, de obicei, părintele să descrie problema. După aceea este indicat să rugăm părintele/însotitorul, să aştepte pe hol, pentru a putea consulta pacientul singur.

Aceasta atitudine îi transmite adolescentului mesajul că este tratat cu respect şi că opinia lui este importanta. Fiind vorba de o problemă persoanală, pacientul trebuie sa fie implicat în decizia terapeutică şi să-şi asume responsabilitatea propriei sănătăți. În cazul în care pacientul adolescent este negativist iar problema acestuia pare fără ieşire, trebuie luptat pentru a încerca să minimalizăm importanța problemei pentru care a venit în cabinetul medical pe domeniile în care adolescentul înregistrează performanțe, astfel încât discuția să aibă un caracter constructiv pozivit.

Chiar şi atunci când se prezintă neînsoțiți la cabinetul medical, adolescenții se tem de încalcarea regulii confidențialității. Este esențial ca în timpul consultației să precizăm cât mai devreme limitele confidențialității, mai ales pentu acei adolescenți care au

un risc crescut de autovătămare (suicid, abuz psihic ori sexual). În conjunctura unui climat de sinceritate adolescenții capătă încrederea necesară dezvăluirii problemelor pe care le au, inclusiv consumul de 1) alcool, 2) droguri, 3) fumatului, 4) inclusiv viața sexuala.

Părinții trebuie să înțeleaga importanța şi limitele confidențialității actului medical şi legilor ce îl guvernează. Medicul trebuie sa-l informeze asupra unor probleme mai ales dacă adolescentul este expus unor riscuri cu toate incovenientele care derivă din aceasta. În anumite cabinete medicale se ofera ore de consultație special pentru adolescenți, la ore convenabile acestora, în timpul pauzei de masă sau după şcoală. Prezentarea se poate face fără programare iar consultațiile durează mai mult.

Este important ca la nivelul cabinetului medical şcolar să existe materiale de educație sanitară actualizate şi special concepute pentru adolescenți. În sala de aşteptare şi cabinetul medical trebuie afişate postere care să le atragă atenția despre screening-ul bolilor sexuale, despre testele de sarcină gratuite, despre organizații nonguvernamentale de suport (droguri şi alcool, boli genito-urinare). Fetele sunt mai receptive la problemele de sănătate comparativ cu baieți.



CAPITOLUL IV

PERCEPEREA CALITĂȚII VIEȚII DE CĂTRE ADOLESCENT

MANAGEMENTUL CALITĂȚII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Caracterul multiform şi multidimensional al calității serviciilor de sănătate este reflectat cel mai bine în consistența a numeroase definiții despre ceea ce sunt serviciile sau îngrijirile de sănătate de calitate. Semnificațiile acestor definiții țin cont de faptul că noțiunea de calitate, în aceste cazuri, este strâns legată de intențiile şi rolurile „diferiților actori" din sistemul de sănătate ca şi de mediul particular în care ele sunt acordate.

Acordarea unor îngrijiri de sănătate de calitate este o preocupare, fără îndoială la fel de veche ca şi medicina însăşi. Interesul crescând arătat calității serviciilor de sănătate este datorat în mare parte mizelor economice, profesionale, sociologice şi în egală măsura celor politice cu care se confruntă sistemelor de sănătate moderne. În contextul restrângerii resurselor şi controlul cheltuielilor pentru sănătate, se impune găsirea celor mai bune servicii cu costurile cele mai bune şi în acelaşi timp evitarea efectelor negative ale acestei soluții. Faptul că sănătatea este o preocupare socială colectivă, determină o mai mare transparență şi o mai bună informare a unui public, a cărui participare financiară, directă sau indirectă, la susținerea serviciilor de sănătate este, de altfel, din ce în ce mai crescută.

Aceste presiuni sunt, de altfel, cu atât mai puternice, cu cât mediul politic şi social este mai democratic, opoziția este efectivă şi asociațiile consumatorilor de servicii de sănătate (clienți, pacienți, asigurați) sunt mai influente. Acolo unde oferta se desfăşoara într-un mediu competitiv, calitatea devine pentru consumatori un element discriminant între furnizorii de diferite servicii medicale. Diferitele semnificații acordate noțiunii de calitate şi diversitatea circumstanțelor în care acest termen este folosit – control, siguranță, apreciere, evaluare, managementul calității – sunt susceptibile de a crea confuzii pentru un cititor neavenit. Tocmai de aceea se acordă o atenție deosebită calității serviciilor de sănătate de stat sau/şi private.

Conceptul general de „calitate" comportă sensuri de natură socială, filozofică, economică si tehnică, fiind utilizat sub acest aspect şi în domeniul sanitar. În esență, elementul comun al diverselor abordări este următorul: calitatea exprimă însuşirile esențiale ale unui produs sau serviciu, care îl fac să se distingă de produsele/serviciile similare care au aceeaşi destinație.

Calitatea îngrijirilor serviciilor medicale este un concept dimanic cu multe dimensiuni. Dimensiunile sale sunt dependente atât de respectarea persoanei cât şi de contextul social, organizațional şi de mediu. Definiția calității de îngrijiri medicale sau îngrijiri de sănătate publică se bazează pe valori unice din cadrul culturii (atât cultura profesională, cât şi cultura etnică), dar şi pe contextul situației existente.

Accesibilitatea îngrijirii reprezintă uşurința cu care „pacienții adolescenți" pot obtine îngrijirea de care au nevoie, atunci când este solicitată. În situația de față

pacientul este reprezentat de elevul/adolescentul care intră în cabinetul medical şcolar. La nivelul cabinetului medical ne confruntăm zilnic cu o specialitate a îngrijirilor medicale aceasta reprezentând gradul până la care se asigură îngrijirea corectă, promtă, dată de starea curentă a activității cabinetului medical şcolar.

O altă problemă care apare la nivelul cabinetului medical este continuitatea îngrijirilor medicale, această coordonată între pacienți (elevi/adolescenți) şi serviciile ambulatorii de specialitate care desfăşoară o importantă activitate de monitorizare a bolilor elevilor/adolescenților ce ajung în cabinetele medicale de profil ca urmare a trimiterilor ce parvin din partea medicului de medicină generală, medicului de medicină şcolară.

Din punct de vedere managerial se pune problema abordării calității în mod global, sistemic, având nevoie să se țină seama de o viziune de ansamblu a tuturor problemelor ce apar la nivelul cabinetului medical şcolar. Responsabilitatea revine fiecărui medic, al fiecărui cabinet medical şcolar iar acesta raporteaza lunar medicului şcolar situația şi problematică care apare în teritoriu.

În prezent nu se poate vorbi de un management al calității la nivelul cabinetelor medicale şcolare din cauza lipsei unei acoperiri geografice, respectiv concentrarea serviciilor de medicină şcolară în centrul oraşelor şi neglijarea dezvoltării acestor servicii de asistență medicală şcolara în cartierele limitrofe ale Municipiului Braşov, respectiv în zonele de învățământ rurale care se găsesc la o anumita distanta de Braşov.

Lipsa de dotare cu materiale medico-sanitare, consumabile (dezinfectante, birotică, tipizate medicale de

toate felurile) sunt iarăşi factori foarte importanți care pun în ipostaza neplăcută personalul care lucrează în rețeaua de medicină şcolară (medic şi asistent medical). Școala constituie pentru copil şi adolescent o a doua mare etapă a făuririi educației şi formării sale.

Înaintea introducerii învățământului general şi obligatoriu părinții erau obligați şi tot ei erau aceia cărora le revenea întreaga responsabilitate a creşterii şi educării copiilor, ei erau aceia care hotărau în ce măsură copilul lor este bine sau nu să urmeze o şcoala, un liceu, un colegiu. Activitatea de educație medico-sanitară desfăşurată de instituțiile medicale (cabinetele medicale şcolare prin personalul medico-sanitar specializat) sau prin mijloacele de informare în masă: radioul, televiziunea, presa, urmăreşte să ridice nivelul de cunoțtinte al populației cu precădere al adolescen ilor în domeniul sănătății şi al promovării politicilor de sănătate.

În mod cu totul deosebit, anumite forme şi metode de educație santiară se adresează părinților în general şi normelor în special în scopul de a-i familiariza cu semnele şi simptomele care pot traduce o tulburare ivită în starea de sănătate a propriilor copii/adolescenți. În acest sens, nenumărate mijloace de informare şi inițiere stau la dispoziția celor dispuşi să învețe noțiuni elementare despre starea de sănătate şi de boală a organismului adolescentului pentru a-i oferi lui şi familiei sale o calitate mai bună a vieții, a standardelor socio-economice şi medicale, igienă şi educație sanitara.

Din punct de vedere calitativ, ori, din multiple şi diverse motive, se modifică echilibrul dintre diversele funcții ale organismului sau dintre organism şi modul în care trăiesc elevul/adolescentul, apar alterării ale stării de

sănătate, traduse prin îmbolnăviri ale aparatelor şi sistemelor cu funcții vitale (respirator, circulator, renal, nervos) sau ale celor cu rol auxiliar în biologia şi anatomia organismului (sistem osos, sistem ganglionar, tegumente mucoase). Sistemul de sănătate este alcătuit din totalitatea componentelor care participă la realizarea stării de sănătate a adolescentului, familiei acestuia şi comunității.

Din punct de vedere social, sistemul de sănătate este o componentă a sistemului, funcționând ca un subsistem. La rândul lui, un sistem de sănătate are în structura sa alte subsisteme aflate în interelatie. Aceste subsisteme nu se pot dezvolta în afara sistemului social. Ca o concluzie a acestui subcapitol putem spune că managementul este un proces esențial pentru orice organizație, inclusiv la nivelul cabinetului medical şcolar.

Managementul în sectorul sanitar se referă la obținerea eficienței, alocarea resurselor fizice, financiare, materiale şi utilizarea eforturilor umane pentru realizarea scopurilor medicale propuse (sănătatea adolescentului). (Petru Armean – „ Managementul Sanitar. Noțiuni fundamentale de sănătate publică ”, Editura CNI Coresi, Bucuresti 2007)



PERCEPȚIA CALITĂȚII VIEȚII LA ADOLESCENT

Conceptul de calitate a vieții este relativ nou în vocabularul medicinei şi ştiinţelor socio-umane. Cel care a avizat conceptul de calitate a vieții în rândul preocupărilor medicale, medico-legale şi sociologiei a fost BERTRAND DE JUVENEL. Pentru acesta, calitatea vieții privea modul de amenajare a existenței umane pentru a spori plăcerea individului de a trăi, dar mai ales de a trăi sănătos. Cu prilejul reuniunii internaționale din anul 1997, OMS defineşte calitatea vieții că percepția pe care o au indivizii asupra propriei lor poziții în viața , în contextul culturii şi sistemului de valori în care ei trăiesc în relație cu obiectivele lor, obiceiurile, problemele şi idealurile pe care vor să le atingă în cursul existenței lor.

Conceptul de calitate a vieții este unul dintre cele mai viu discutate în ultima vreme, având implicații largi în medicină, dar şi în alte domenii. Înțelegerea calității vieții poate fi abordată din trei mari puncte de vedere: Satisfacerea şi implicarea subiectivă; Nivelul de competenta în rolurile sociale; Factori de sănătate, ambientali, contextuali, fizici, umani, valori.

Aspectul subiectiv al calității vieții este destul de dificil de evaluat. El nu se reduce la o stare afectivă de moment, ci implică şi o evaluare, deci un factor cognitiv de apreciere. Intervin, de asemenea, stimă de sine, părerea despre propria înfățișare, performantele în profesie, relațiile interpersonal-sociale şi anume: amplitudinea acestora, sentimentul de siguranță în societate, accesibilitatea sau frustrarea în domeniul

nevoilor socio-culturale, precum învățământul, îngrijirile de sănătate, implicarea în activități spirituale cu sens etc.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește sănătatea nu numai că „absența bolii sau infirmității ci și că o stare de bine complet fizic, mental, social". Dacă intr-un sens foarte larg, „BINELE", la care se referă Organizația Mondială a Sănătății, corespunde calității vieții, unii autori, propun că, în cercetare, calitatea vieții să se refere la modul în care pacientul/adolescentul își evaluează starea de sănătate la nvielul sau de satisfacție atunci când o compara cu ceea ce crede el că ar fi idealul. Rezultă astfel complexitatea sferei evaluate, care înglobează patru dimensiuni esențiale:

a) condiția și capacitățile fizice;
b) starea de bine psihologic;
c) relațiile sociale;
d) factorii economici.

Unii dintre specialiștii preocupați de calitatea vieții consideră calitatea vieții că fiind produsul unui ansamblu de caracteristici individuale, a condițiilor obiective de viață și a satisfacției pe care subiectul o resimte fața de ele. Această definiție permite elaborarea unui model suficient de flexibil și de sensibil pentru evaluarea calității sistemului de îngrijiri de sănătate și a serviciilor de asistență și asigurări sociale. Rezultă diferențierea între satisfacție și mulțumire, ceea ce ar permite dezafectarea calității vieții, reținând doar judecată pe care o face persoana asupra situației și aspiratiilor sale, cu alte cuvinte o evaluare cognitiva cât mai curată din punct de vedere fizici, spiritual și psiho-emoțional. în acest context, apare definirea calității vieții

subiective că fiind aprecierea pe care o da persoana asupra modului în care îşi trăieşte interior viața.

INDICATORI AI CALITĂȚII VIEȚII

Cercetarea în materie de calitate a vieții este totdeauna îndreptată spre aplicație practică în beneficiul pacientului/adolescentului. Calitatea vieții se poate studia în diferitele domenii şi implică câțiva indicatori: Nivelul de viața, exprimat prin valoarea Produsului Național Brut, poate fi un indicator de apreciere a calității vieții;

Modul de viața, alt indicator, implică pe lângă indicatorii măsurabili în bani şi alte condiții nemăsurabile în bani (satisfacția prefesiuni, durata studiilor, modul de petrecere a timpului liber, igiena şi sănătatea publică); Stilul de viața, este modul de reacție a omului la condițiile existenței sale şi poate fi un indicator al calității vieții. Calitatea vieții este asigurată de totalitatea acelor condiții care oferă persoanelor posibilitatea unei dezvoltări armonioase, a realizării unei vieți pline, satisfăcătoare.

Sănătatea nu este o problematică izolată, un domeniu autonom pe care îl putem studia dintr-o perspectivă exclusiv medicală. Ea reprezintă înainte de toate un fenomen social şi în consecință problemele de sănătate se înscriu intr-o logică determinând şi creând relații strânse cu o serie de alate dimensiuni ale acestei societăți. Bunăstarea socială face parte din starea de sănătate, alături de dimensiunile fizice şi psihice ale acesteia.

Conceptul de calitate a vieții răspunde cel mai bine nevoii de a avea în vedere globalitatea persoanei.

Cercetătorii din domeniul calității vieții fac o distincție clara între conceptul de „calitatea vieții” şi cel de sănătate, cu excepția medicilor.

Aceştia se concentrează pe aspecte ale experienței personale legate de sănătate şi în general utilizează termenul de calitatea vieții pentru a desemna repercursiunile fizice, psihologice, sociale ale unei patologii asupra vieții adolescentului. Problema este de a şti dacă se măsoară sănătatea, calitatea vieții sau calitatea vieții legată de sănătate. Oricum, nu există un acord absolut asupra unui punct de vedere. Mulți medici consideră că sănătatea socială nu ar fi un aspect pertinent al calității vieții legat de sănătate, aşa cum pretinde Organizația Mondială a Sănătății (OMS). În anchetele privind calitatea vieții, sănătatea este evaluată prin percepție subiectivă (sănătatea subiectivă).

Calitatea vieții din punct de vedere al sănătății se referă la funcționalitatea globală a unei persoane în raport cu sănătatea să, apreciată nu numai din punct de vedere fizic, dar şi din punct de vedere psihologic, economic, educațional, relațional şi social. Astfel în funcție de obiectivul evaluării, se poate vorbi de aprecierea calității vieții la subiecții sănătoşi, sau la subiecții atinşi de o anumită afecțiune. Din acest punct de vedere, testele utilizate pot fi generice, care se pot aplică unei populații sănătoase sau cu o anumită patologie, dar şi specifice – care se adresează numai subiecților atinşi de o anumită afecțiune cronică.

Multiplele şi diversele dimensiuni ale sănătății nu vor primi aceeaşi importantă în rândul populației, cu precădere în rândul adolescenților. O politică sau un management al unor programe de sănătate corecte şi pe

termen lung vor susține că unul din obiectivele principale să fie reprezentat de sănătatea adolescenților, ameliorarea calității vieții acestora.

În lume, preocupările pentru ameliorarea calității îngrijirilor acordate adolescenților au apărut încă din anul 1918, când AMALIA GATE atrage atenția că medicii care îngrijesc adolescenții trebuie să fie preocupați nu numai de afecțiunile somatice ale acestora, dar şi de problemele pedagogice, sociologice şi psihologice ale acestei perioade de viața şi vârsta, precum şi de aspectele referitoare la calitatea vieții. Prin calitatea vieții în medicină se înțelege bună-starea fizica, psihică şi socială, precum şi capacitatea pacienților de a-şi îndeplini sarcinile obişnuite în existență lor cotidiană. O definiție utilitaristă precizează „calitatea vieții reflecta preferințele pentru anumite stări ale sănătății care permit ameliorări ale morbidității şi mortalității şi care se exprimă printr-un singur indice ponderat – ani de viața standardizați în funcție de calitatea vieții".

Analizele consacrate calității vieții sunt deosebit de utile pentru practică medicală în evaluarea efectelor fizice, psihice şi sociale ale îmbolnăvirilor şi tratamentelor medicale asupra vieții de zi cu zi a oamenilor şi/sau adolescenților, în analiză efectelor tratametelor sau bolii din punctul de vedere al „pacientului adolescent", precum şi în determinarea nevoilor pacientului de suport psihic, fizic şi social pe durată îmbolnăvirii. Mai mult, aprecierea calității vieții permite şi evaluarea interacțiunii între adolescentul bolnav (probleme de sănătate) şi medic. Aici intervine deja noțiunea de satisfacție, adică altfel spus gradul de mulțumire a pacietnului (adolescentului) că urmare a

contractului cu medicul curant, cu investigațiile şi tratamenele la care a fost supus.

4.4 EVALUAREA CALITĂȚII VIEȚII

Un element determinant pentru definirea operațională a calități vieții din punct de vedere al sănătății este obiectivul evaluării. A evalua nevoile de sănătate ale unei populații şi a evalua impactul unei anume boli şi a tratamentelor sale sunt două obiective diferite, care nu corespund aceleiaşi definiții ale calității vieții. în contextul activității din domeniul medical se impune găsirea unor criterii operaționale pentru măsurarea calității vieți i a dolescentilor. Printre modelele existente, amintim modelul celor 14 NEVOI FUNDAMENTALE ale pacientului, adolescentului, sistematizate de VIRGINIA HENDERSON. Evaluarea calității vieții din punctul de vedere al sănătății la adolescent este foarte complexa datorită stadiilor de dezvoltare ale acestuia: sugar, copil mic, şcolar, adolescent, viitor adult. Mai mult criteriile de evaluare nu variază numai în funcție de acesta stadii ci şi în funcție de actorii principali responsabili de sănătatea adolescentului: medicii şcolari, medicii pediatrii, personallul de îngrijire, familia, şcoală şi nu în ultimul rând adolescentul însuşi.

Adolescenții care locuiesc în mediul rural percep calitatea vieții lor că fiind bună şi foarte bună în proporție mai mare fața de cei care locuiesc în mediul urban. Această este în concordantă cu exigențele mai crescute cu cât vârsta adolescenților este mai mică, cu atât percepția calității vieții lor este mai bună, mai eficientă.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolescenții din Județul Brașov

În ceea ce privește sursele de satisfacție și insatisfacție, factorii critici perturbatori ai calității vieții la acești adolescenți cu boli cronice, datele culese prin diferite chestionare cum ar fi cel de tip „PEDS OL", arăta următoarele lucruri:

a)relațiile cu părinții și frății sunt surse de satisfacție în mai mare măsură pentru adolescenții cu boli cronice, probabil că urmare a sentimentului de solidaritate familială în fața bolii unui membru al familiei;

b) funcția socială prin sferă relațională este sursă principală de insatisfacție; cel mai adesea adolescenții cu boli cronice menționează că principală sursă de nemulțumire sentimentul de frustrare, izolare, spitalizări repretate și imposibilitatea participării lor la diferitele activități distractive din cauza bolii în sine;

c) altă sursă de disconfort menționată de aceștia este funcționalitatea psiho-emoțională, generată de pierderea stimei de sine, datorată atât bolii în sine și supunerii la tratamente repetate, precum și efectelor secundare ale terapiei folosite (cum ar fi de exemplu creșterea în greutate, faciesul cuchingoid după terapia cu cortizon etc);

d) funcționalitatea școlară este și ea sursă importantă de disconfort la adolescenții bolnavi, explicabilă probabil prin absenteismul repretat cauzat de evoluția bolii.

Perceperea calității vieții este bună și foarte bună la cea mai mare parte din adolescenții sănătoși, în timp ce adolescenții cu boli cronice percep calitatea vieții cel mai adesea că fiind proastă, neadecvată sau neaceptabila. Factorii critici perturbatori ai calității vieții adolescenților sănătoși sunt în principal funcționalitatea socială și școlară, în timp ce pentru adolescenții cu boli cronice

sursele de insatisfacție sunt reprezentate de funcționalitatea socială, urmată de cea psiho-emoțională, în care perturbarea stimei de sine, a imaginii propriului corp ocupă locul primordial.

Evaluarea perceperii calității vieții ar trebui să se facă sistematic, în rândul adolescenților sănătoși, dar și în rândul adolescenților cu diferite boli cronice, în vederea identificării factorilor critici perturbatori și ar putea reprezenta o metodă de modernizare a procesului de monitorizare a adolescenților cu boli cronice din cadrul serviciilor de medicină școlară și/sau medicină adolescentului. Multiplele dimensiuni ale sănătății nu sunt trăite în acceasi manieră de către toți oamenii, iar în adolescență perceperea acestor dimensiuni ale sănătății este foarte diferită.

Tema inegalității sociale fața de sănătate este una de actualitate și ar trebui aprofundată pentru toate grupele de vârsta, dar cu precădere la adolescență, această fiind o perioadă a vieții cu o extraordinar de mare vulnerabilitate. Adolescența este o perioadă deosebit de frumoasă dar cu „multe probleme critice" din toate punctele de vedere.

Dacă dorim să aducem politici și programe eficiente de promovare a sănătății, mai ales în rândul adolescenteilor, programe bine orientate, trebuie să identificăm și să scriem precis care sunt grupurile țintă, care sunt factorii perturbatori ai calității vieții precum și caracteristicile socio-economice de care ele sunt strâns legate. (Mircea Gelu Buta și Liliana Buta – „Bioetică în pediatrie", Editură Eikon, Cluj-Napoca, 2008 – pag. 191, 193, 196, 207)

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adoleșenții din Județul Brașov

Evaluarea calității serviciilor medicale trebuie să facă parte dintr-un sistem bine planificat, în care sunt folosite standarduri, criterii şi obiective declarate că structura esențială a calculului calității vieții. Măsurarea calității îngrijirilor se poate dovedi foarte dificilă, mai ales atunci când se referă la prestația unui individ sau a unei echipe, la anumite secții sau anumite intervenții terapeutice că operații, tratamente specifice.

Orice sistem de evaluare a calității trebuie să cuprindă elemente ale structurii organizației, în cazul de fața este vorba de cabinetul medical scoalr, ale procesului şi ale rezultatului obținut. O caracteristică importantă a sistemelor de sănătate care au reuşit să asigure o bună calitate a serviciilor de sănătate constă în preocuparea centrală pentru formarea, instruirea şi planificarea resurselor umane.

Atingerea obiectivelor de calitate depinde în mare măsură de o forță de munca bine instruită şi tot atât de bine motivată, cu o foarte bună pregătire corespunzătoare şi cu o distribuție adecvată în teritoriu. Pentru această trebuie să existe o politică națională şi startegii bine definite pentru creşterea eficienței educației continue a profesioniştilor în sănătate, indiferent de compartimentul unde lucrează.

Succesul oricărui program care îşi propune îmbunătățirea forței de munca depinde atât de structurile instituționale abilitate cu formarea şi instruirea, cât şi de exigentă unor lideri cu abilități de comunicare, delegare, negociere şi evaluare. în această viziune se impune recunoaşterea rolului managerului şi managementului sanitar că profesie de baza în cadrul sistemelor de sănătate şi asistenta socială.

Asigurarea calității în practică medicală este un concept profesional inițiat şi controlat de însuşi corpul profesional. Asigurarea calității este asigurarta şi considerată sumă proceselor de evaluare şi stimulare a calității practicii medicale prin măsurarea rezultatelor şi compararea lor cu criteriile curente şi cerințele asistentei medicale înalt performante. Asigurarea calității poate da rezultatele aşteptate doar dacă fiecare profesionist în domeniu acceptă că practică să fie supusă evaluării de membrii profesiei şi comparata cu cerințele şi criteriile stabilite pentru îngrijirea medicală.

În practică medicală, criteriile se bazează pe consensul din interiorul profesiei privind metodă şi rezultatul activităților profesionale. Criteriile profesionale reflecta nivelul profesional acceptabil stabilit la nivelul îngrijirii medicale şi care să poată fi atins. Criteriile profesionale au drept scop îmbunătățirea îngrijirii medicale şi nu reducerea costurilor, dar ar putea contribui la acestea din urmă.

În procesul asigurării calității criteriile utilizate trebuie dezvoltate şi perfecționate de corpul medical însuşi. Organizațiile profesionale şi ştiințifice trebuie să stabilească criterii de calitate pentru specializarea lor. Medicul şcolar are un rol central în prima linie a serviciilor medicale, adică a acelor servicii care sunt direct accesibile „pacienților adolescenți” din unitățile de învățământ fără alți intermediari.

Observăm conținutul extrem de variat şi de bogat al practicii medicinei şcolare, remarcând în acest fel centralizarea pe pacient. Această face că abordarea serviciilor medicale furnizate de medicul de medicină

şcolară din perspectivă serviciilor medicale să aibă caracteristici speciale.

Evaluarea satisfacției adolescenților permite medicului de medicină şcolară cu pregătire de medic generalist să investigheze nivelul până la care serviciile lui se întâlnesc cu dorințele sau aşteptările pacientului (în cazul de fața adolescentul din diferitele unități de învățământ). Toate aceste lucruri ar trebui să-l ajute pe medicul şcolar/medicul generalist să-şi îmbunătățească calitatea serviciilor medicale prestate la nivelul cabinetului de medicină şcolară. (Pentru Armean – „Managementul Calității Serviciilor de Sănătate", Editura CNI CORESI, Bucuresti, 2007, pag. 40, 46, 60, 62, 73)

Necesitatea educației pentru sănătate în rândul elevilor este impusă, înainte de toate, de finalitatile acesteia. Este vorba atât de obiectivele generale cât şi de cele specifice urmărite de educația pentru sănătate în familie, comunitate şi în şcoală. La populația adolescentă de vârsta şcolară, conținuturile educației pentru sănătate s-au structurat în strânsă legătură cu educația fizica, cu diverse discipline care se predau în învățământul preuniversitar (anatomie şi fiziologie, igienă şcolară, cunoştințe despre natură, orele de dirigenție), cu activitățile tehnico-practice şi cu unele activități extraşcolare, care presupun antrenarea elevilor în acțiuni şi cursuri sanitare, de prim ajutor, precum şi în respectarea unor reguli de igienă personală sau colectivă.

Adolescenții trebuie permanent antrenați şi mobilizați în diferite activități cu spectru larg de activitate. Procesul de maturizare congruent adolescenței presupune raportarea la modele sociale clare. Absența unor modele clare este un adevăr verificat şi generează

conflicte, rezistente, conversiuni. Adolescenții sunt pe de o parte estrapunitivi şi refuză normele impuse, iar pe de altă parte apelează la superstiții, talismane, mituri, prevestiri, pentru a explica evenimentele prin care trec şi pentru a depăşi toate aceste situații dificile, inclusiv cele legate de sferă medicală şi starea lor de sănătate. Aşadar trecerea de la copilărie la vârsta adultă sau adolescență presupune raportarea de modele culturale.

În societatea românească, aflată în permanentă schimbare acestea sunt ele înşele în construcție, ceea ce justifică evoluția contradictorie, predominant agresivă, rebelă, puțin socializată şi cu tendințe nevrotice (nevoia de protecție versus refuzul ei) a adolescenților. (Iunie, 2009)

PARTEA SPECIALĂ

PREZENTAREA PROIECTULUI

Medicul şcolar este cel mai bine plasat în acest angrenaj complex de formare continuă a unei culturi bazate pe cunoaşterea adolescenților care vor fi adulții de mâine. Din păcate, importanța activităților pe care le desfăşoară nu este apreciată la justa ei valoare. Fondurile alocate pentru prevenirea îmbolnăvirilor şi promovarea sănătății precum şi a unui stil de viață sănătos la elevii şi/sau adolescenții în unitățiile de învățământ din județul Braşov dar şi din întreaga țară sunt minuscule în comparație cu cele alocate de exemplu pentru alte servicii medicale cum ar fi de exemplu: programele antifumat, programele pentru TBC, HIV-SIDA, diabetul zaharat şi transplantul de organe. Studii recente au

demonstrat că intevențiile care privesc sănătatea copiilor și/sau adolescenților din școli este foarte mică. Milioane de oameni de pe Pământ sunt atrați într-un cerc vicios al bolilor cronice și morții. Din nefericire aceste boli cronice apar la vârste tot mai tinere.

O explozie în acest sens sunt bolile metabolice, bolile cordiovasculare, diabetul zaharat, problemele osteoarticulare,boli de sferă endocrină, genito-urinară, problemele cu specific neuro-psihic, tuberculoza și nu în ultimul rând bolile de etiologie malignă cu extrem de variate localizări și din păcate de cele mai mlte ori fără posibilitatea precizării unei etiologi.

Pentru aceşti adolescenți ”nu mai există mâine” fără acțiunile de astăzi. Acum se poate face mult printr-o mobilizare rapidă a personalului sanitar și o investiție înțeleaptă care poate dezvolta o infrstructură umană puternică pentru sistemul sanitar durabil, eficient, capabil să polarizeze întreaga societate pentru prevenirea îmbolnăvirilor și promovarea sănătății, a unui stil de viață sănătos.

Medicina școlară nu poate lipsi din acest sistem pentru că implicațiile sănătății copiilor și tinerilor/adolescențiilor asupra sănătății adulțiilor sunt de o importanță covârșitoare și de aceea ce se va face sau ceea ce nu va face, va depinde cursul global al sănătății pentru întrgul secol XXI. (Dr. Vasile Moldovean – „Medicina școlară” – vol I, Editura Universității ”Transilvania” Brașov, 2005, pag. 1-2)

Ministerul sănătății va derula în perioada aprilie 2009- aprilie 2010 proiectul ”CREȘTEREA ACCESULUI LA SERVICII DE PREVENȚIE MEDICALĂ PRIMARĂ (medicii MG, MF și medicii

școlari) PENTRU COPIII ŞI ADOLESCENȚII DIN ROMÂNIA" şi programul "ALIMENTAȚIA SĂNĂTOASĂ ŞI ACTIVITATEA FIZICĂ ÎN RÂNDUL COPIILOR ŞI ADOLESCENȚIILOR DIN ROMÂNIA".

Aceste proiecte au primit o finanțare de 1.300.000 Euro în cadrul PROGRAMULUI DE COOPERARE NORVEGIAN, iar cofinanțarea asigurată de Ministerul Sănătății este de 205.000 Euro. Obiectivul general al proiectului este stoparea şi inversarea, până in 2020, a tendinței de creştere a cazurilor de supraponderalitate şi obezitate în rândul copiilor şi adolescențiilor care au un stil de viață sănătos.

Proiectul are două componente majore: 1, Componenta de dezvoltare instituțională – dezvoltarea unei rețele instituționale sustenabile şi planurilor de acțiune în vederea ameliorării comportamentului generator de factori de risc în rândul copiilor şi adolescenților din Braşov dar şi din întreaga țară. 2. Proiectarea, implementarea, monitorizarea şi evaluarea campaniilor de informare, educare şi modificare a comportamentului.

Centrul de Sănătate Publică Sibiu este unitatea de implementare pentru proiectul mai sus men ionat, iar perioadă de implementare a proiectului este în intervalul aprilie 2009 – aprilie 2011. „Festivalul Internațional de Film Transilvania" – TIFF va înaugura începând cu anul 2009, în cadrul celei de-a VIII – a ediții un program special dedicat promovării unui stil de viața sănătos în rândul copiilor şi adolescenților din Transilvania, urmând un proces de generalizare la nivelul întregii țări începând cu ianuarie 2010.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolescenții din Județul Brașov

Organizatorii TIFF şi-au propus că în acest an să atragă atenția publicului tânăr şi foarte tânăr spre cinema, printr-o serie de filme pentru anumite categorii de vârsta. Temele şi subiectele filmelor selecționate de câțiva profesionişti din țară şi străinătate, specializați în cadrul altor festivaluri internaționale, vor fi discutate atât în clasa, înainte şi după vizionarea filmului respectiv, dar şi în sala de cinema în cadrul unor sesiuni speciale de întrebări şi răspunsuri, la care vor participă pe lângă profesori, medici, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali şi realizatori de film, dornici să lămurească fiecare „problemă" ridicată de copiii şi adolescenții spectatori, mai ales problemele de sănătate.

În România interesul pentru educația media în domeniul sănătății a început să crească considerabil odată cu obținerea stătutului de țară membră în Uniunea Europeană, dar inițiativele pentru astfel de programe sunt încă destul de rare. În anul 2009 programele, proiectele naționale de sănătate pentru promovarea unui stil de viața sănătos şi combaterea factorilor nocivi se derulează în mod distinct sau în comun de către Ministerul Sănătății şi Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Programele Naționale de Sănătate se finanțează de la bugetul de stat din veniturile proprii ale bugetului Ministerului Sănătății către bugetul Fondului Natinal Unic de asigurări sociale de sănătate. La vârsta adolescenței complexele devin obsedante: ți se pare că eşti prea înalt, prea scurt/scund, prea gras, prea slab, prea musculos (sau nu deajuns), prea păros, fără a mai vorbi despre ce nu se vede şi asta este un motiv de nelinişte.

Dacă tiparele clasice cereau o alimentație echilibrată, bazată pe principii alimentare ce recomandă

proteine, lipide, glucide, fibre, săruri minerale, vitamine – metodele moderne au strucurat diferit, planul alimentației zilnice. Diferența are loc în principal pe criterii de vârsta. în cazul adolescenților creşterea şi dezvoltarea apar că primele necesități ale unui program pentru un stil de viața sănătos.

De reamintit faptul că în perioadă APRILIE 2009 – MARTIE 2011, Ministerul Santatii Publice prin Centrul de Sănătate Publică Sibiu, implementează proiectul „Creşterea accesului la servicii de prevenție medicală primară pentru copiii şi adolescenții din România", proiect care beneficiază de finanțare din partea INNOVATION NORWAY şi MINISTERUL SĂNĂTĂȚII. Proiectul este un exercițiu larg de comunicare în vederea schimbării de comportamente şi adoptarea de atitudini sănătoase în cadrul populației copiilor şi adolescenților din România.

Programul are componente care vizează cercetarea, comportamentelor copiilor şi adolescenților în domeniul alimentației, activității igienico-sanitare, activității fizice, campaniilor antidrog, antitabac, definirea şi implementarea unei strategii de schimbare de comportamente, formarea categoriilor de profesionişti implicate, facilitarea de parteneriate interinstitutionale care să promoveze diferitele modele.

Pentru implementarea proiectului în bune condiții este şcoală prin medicul şcolar din cabinetul medical şcolar şi în felul acesta este scoasă la concurs poziția de LIDER DE PROIECT. Responsabilități: Asigură coordonarea proiectului şi atingerea obiectivelor acestuia. Este responsabil pentru implementarea tuturor activităților şi atingerea indicatorilor proiectului.

Angajează (dacă este cazul), coordonează şi gestionează echipa de proiect fiind responsabilă de performantă individuală dar şi de performantă echipei; această va include activități cum ar fi stabilirea de obiective, motivare, asigurând prin această îndeplinirea sarcinilor şi indicatorilor proiectului. Facilitează dezvoltarea organizațională a instituțiilor implicate şi stabilirea de parteneriate inter-instituționale.

Asigură comunicarea cu parteneri norvegieni, asigură reprezentarea proiectului adoptat. Asigură comunicarea, întocmirea rapoartelor şi a altor analize cerute de Centrul de Sănătate Publică Sibiu şi/sau diverşi alți finanțatori. Se subordonează conducerii Centrului de Sănătate Publică Sibiu. Preia atribuțiile Facilităților Regionale, în cazul în care aceştia nu sunt disponibili.

Cerințele funcției: Studii: Studii universitare în unul din următoarele domenii: medicină, asistenta socială, sociologie, psihologie; Studii post universitare la nivel de MASTER (cel puțin); Experiența de lucru la nivel avansat cu pachetul MICROSOFT OFFICE;

Limba engleză avansat. Experiența profesională generală: Minim 10 ani experiența în domeniul sănătății; Minim 5 ani experiența în domeniul rețelei de medicină şcolară. Experiența profesională specifică: Minim 10 ani experiența în managementul serviciilor de sănătate/coordonare de proiecte/programe de sănătate/programe de schimbare de comportament; Experiența în dezvoltarea instituțională, dezvoltarea de echipe; Experiența anterioară în coordonarea şi/sau implementarea şi dezvoltarea a cel puțin 4 proiecte în domeniul sănătății finanțate din fonduri naționale şi/sau internaționale; Constituie un avantaj experiența în

elaborarea și implementarea politicilor și programelor de sănătate în rândul adolescenților.

Alte cerințe: Abilități de conducere de echipe interdisciplinare, abilități de comunicare, networking la diferite nivele instituționale, management de proiect; Bună cunoaștere a legislației în domeniul sănătății; Constituie avantaj cunoașterea legislației achizițiilor publice.

Proiectul va avea loc în locația Centrului de Sănătate Publică Sibiu și va necesită disponibilitatea liderului de proiect de a călătorii cel puțin 50% din timpul de lucru în toate regiunile țării, inclusiv JUDEȚUL BRAȘOV.

Ofertă:

1) Mediu de lucru dinamic;

2) Pachet salarial atractiv.

(www.who.int.sănătatea adolescenților)

MOTIVAȚIA ALEGERII TEMEI

Din primul moment al concepției embrionului uman, apoi fătul, iar după naştere, copilul este intr-o continuă creştere şi dezvoltare, prin realizarea unor acumulări calitative şi cantitative importante. Dacă termenul de creştere ar desemnă, la prima vedere, o dezvoltare cantitativă (creşterea în greutate, în înălțime), cel de dezvoltare înseamnă mult mai mult, el traduce acumulări calitative importante ale organismului uman şi ale funcțiilor sale, în special în sensul diferențierii organelor şi funcțiilor acestora, al motivării lor, iar după atingerea vârstei adulte şi procesului de regresiune biologică, fenomene firește în ciclul evolutiv al vieții.

De aceea, se consideră că atât CREȘTEREA cât și DEZVOLTAREA reprezintă două lături inseparabile ale evoluției umane pe scară vieții, dar cu mers nu întotdeauna paralel.

Ritmul creşterii poate fi paralel cu al dezvoltării (în special la vârsta foarte tânără), rămas în urmă (la vârsta bătrâneții), dar niciodată înaintea dezvoltării. Creşterea şi dezvoltarea sunt doi indicatori ai stării de sănătate a copilului și/sau adolescentului, dar nu singurii, lor li se mai adăugă dezvoltarea psihointelectuala, emoțională, capacitatea de apărare imună şi de reproducere.

Starea sănătății şcolarilor este în majoritatea cazurilor bună. Dar la această vârsta, pot să apară îmbolnăviri acute sau cu tendințe la cronicizare, precum obezitatea, bolile cardio-vasculare, gastrită, ulcerul, astmul bronşic, bronşite (de cele mai multe ori de natură tabacica etc.) sau unele îmbolnăviri cu evoluție severă precum infecția reumatică, infecția tuberculoasă (din păcate în creştere numerică acum, la început de mileniu), cu posibile consecințe ulterioare nedorite (nefrită cronică, hepatitica cronică, localizarea cardiacă a infecției reumatismale etc.).

Tot în această perioadă apar şi primele forme ale unor tulburări neuro-psihice, în special sub formă unor nevroze de suprasolicitare sau a unor distonii neurovegetative (stări de leşin, palpitații, dureri abdominale) uşor de tratat dacă sunt diagnosticate la timp şi dacă, pentru rezolvarea lor, sunt antrenați factori medicali (medicul şcolar, medicul de familie), familia, şcoală şi însuşi copilul şi/sau adolescentul bolnav.

Educația continuă pentru sănătate în familie și în școală, supravegherea medicală continuă corectă a copilului în școală în special în perioadele nodale (prin așa numitele examene de bilanț periodic) și o atitudine plină de grijă și înțelegere, răbdare, tact pentru copil/adolescent și pentru dezvoltarea să, manifestată de părinți, constituie garanția unei creșteri și dezvoltări normale, armonioase a copilului, adolescentului de vârsta școlară.

Ceea ce definește normalul din punct de vedere psihic sunt criteriile mai mult sau mai puțin obiective (motricitatea, activitatea de cunoaștere, vorbirea, afectivitatea și sociabilitatea) pe care trebuie să le întrunească un copil la o vârsta dată, în comparatie cu majoritatea copiilor respectiv adolescenților din unitățile de învățământ din România.

În amplul proces de educare a copilului, indiferent de vârsta lui, deci în acest caz putând face ample referiri și pentru adolescenți, este nevoie de foarte mult tact din partea medicilor, părinților, educatorilor săi, de abilitatea acestora în a îmbină afecțiunea cu autoritatea, răbdarea și calmul cu fermitatea în luarea deciziilor.

Adolescența reprezinta perioadă de tranziție de la copilărie spre maturitate, cuprinsă în general între 14 și 17 ani (cu limite extreme de la 12 și chiar 10 ani la 18 ani), caracterizată printr-o dezvoltare fizica rapidă, modificări metabolice importante, transformări profunde în sistemul endocrin și în sferă neuropsihică, afectiv-comportamentala, reproductivă etc.

În cadrul larg al adolescenței pubertatea constituie un aspect de dezvoltare nu atât cantitativă, cât calitativă a organismului și funcțiilor sale mai importante: apariția și

instalarea ciclului menstrual al fete, dezvoltarea organelor genitale la băieți, apariția funcției și capacității reproductive atât la băieți cât și la fete, dar cu un avans de timp pentru sexul feminin.

Și sub aspectul dezvoltării psihice, adolescență comporta importante salturi calitative, dar nu și fără unele reacții negative, care pot alarmă familia, uneori chiar mai mult decât trebuie. în multe cărți de specialitate și nu numai se vorbește despre adolescență că despre o perioadă critică a vieții, deoarece dacă în alte perioade ale copilăriei părinții dețin rolul hotărâtor în formarea și educarea tinerelor vlăstare, în adolescență copilul începe să-și contureze personalitatea, încercă să iasă de sub influența familiei, își modifica comportamentul, devenind mai încrezător în forțele proprii, mai „independent", dar și mai izolat, mai închis în sine.

Acum are loc afirmarea hotărâtoare a personalității tânărului, adolescentului, cu tendința de eliberare de sub aripa ocrotitoare a părinților, considerând de multe ori că educația primită în familie și societate este desăvârșită. La început acest proces este resimțit că un lucru neplăcut și dureros din partea celor din jur (faza negativă a pubertății) pentru că mai târziu să apară la tânăr, adolescent sentimentul de siguranță, de satisfacție și de înțelegere mai bună cu cei din jur (faza pozitivă a pubertății). La adolescent apar sentimente de frică și de spaimă în fața viitorului, ceea ce la un temperament mai slab poate duce la apariția, cu caracter trecător, a unei stări de indispoziție sau chiar de depresie, după care după un interval de câteva luni tonusul psihic al adolescetului revine la normal.

Tânărul sau tânără prezintă în această perioadă preocupări exagerate pentru dezvoltarea fizicului şi pentru apariția unor senzații neobişnuite: creşterea dispropotionata a segmentelor corpului, îngrăşare sau slăbire, pustule acneice inestetice pe fața, transpirtatii abundente cu miros dezagreabil, stare permanentă de oboseală şi somnolentă, vulnerabilitate pentru consumul de droguri şi medicație cu reacții de tip halucinogen/tranchilizant, alimentație neadecvată în special fâşt-food.

La început adolescenții sunt mai dificili, mai irascibili şi în special contestatari fața de normele educației şi condiției în familie şi societate (în special în şcoală). Părinții încep să nu mai constituie un exemplu pozitiv pentru adolescent, iar greutatea cuvântului acestora se pierde pe zi ce trece, o dată cu întărirea convingerii tânărului că el a devenit atotştiutor. Nu de puține ori, între părinți şi copil se instalează o permanentă stare de tensiune, relațiile dintre ei semănând de multe ori cu un conflict între generații.

În toate aceste condiții părinții trebuie să evite conflictul direct şi să recurgă la calea concesiilor pe care ei, că adulți, au datoria să le facă primii. În această perioadă, exemplul negativ tinde să-l influențeze mult mai uşor pe adolescent decât exemplul pozitiv, este perioadă în care, scăpat de sub atentă supraveghere a familiei şi şcolii, este atras, din spirit de imitație, teribilism, către unele vicii (fumat, consum excesiv de cafea, de băuturi alcoolice, droguri), către unele acte delictuale şi/sau către manifestări de violentă uneori neexplicat de exacerbată.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolescenții din Județul Brașov

Spre sfârşitul perioadei de adolescență – între 16 şi 18 ani – comportamentul tânărului tinde să se amelioreze treptat, acesta devenind mai mătur în gândire şi tot ceea ce întreprinde. El nu devine mai inteligent că înainte, dar îşi foloseşte inteligentă intr-un mod personal şi în interes propriu; abia acum începe să înțeleagă frământările celor din jur şi să se preocupe de soarta semenilor săi. începe să fie preocupat şi de idealurile de natură filozofică, politică, şcoală. încet şi cu răbdare tânărul începe să trăiască sentimente de satisfacție legate de creşterea forței sale fizice şi a capacității de lucru, labilitatea să emotivă cedează tot mai mult în locul unei stabilități şi a unei linişti interioare.

Vârsta adolescenței poate fi însă critică din cauza unor îmbolnăviri care afectează în special organismul aflat în perioadă de maximă creştere şi dezvoltare. Este perioadă în care frecvența bolilor reumatismale, a nefropatiilor infecțioase, a tuberculozei, bolilor metabolice şi cardiovasculare sau a unor forme de anemii este mai crescută în comparatie cu alte vârste, aceste boli nedepistate la timp, netratate corect şi complet, pot lasă o amprentă serioasă pe starea de sănătate a tânărului, tinerei.

Tot în această perioadă, din spirit de imitație, adolescenții încep să fumeze şi la scurt tip după această deprindere, urmează consumul de alcool cu precădere tărie (sub diverse forme) şi uneori şi mai grav, de droguri, adevărate „vicii" medico-sociale. Obiceiul unor adolescenți de a bea cafea sau, şi mai rău, asocierea uneia sau mai multor ceşti de cafea cu consumul de băuturi alcoolice şi de tutun, cu nopțile pierdute în diferite ipostaze realizează o „tripletă" deosebit de dăunătoare

pentru organismul tânărului, aflat încă în formare şi maturizare.

Stările de insomnie, de agitație şi instabilitate psiho-emoțională, precum şi apariția de palpitații, la care se pot asocia eventual şi senzații de „arsuri gastrice" sau pusee moderate de hipertensiune arterială sunt consecințe directe şi imediate ale consumului de cafea, datorate în special cofeinei conținute în bobul de cafea.

Medicul de medicină şcolară trebuie să insiste şi asupra râului obicei al unor adolescenți care, în preajmă unor examene importante, consumă seara cafea pentru a-şi mari randamentul intelectual şi a-şi îndepărta senzația de somn. Această practică este dăunătoare şi duce la o epuizare nervoasă rapidă, după care apare efectul contrar, caracterizat prin oboseală exagerată, extremă, somnolentă, oboseală fizica, psihică, intelectuală.

Medicul de medicină şcolară nu trebuie să pledeze pentru abstinență adolescenților de la toate aşa-zisele mici plăceri ale vieții. Consumate când trebuie, cum trebuie, în cantități moderate, un pahar de bere sau de vin, o ceaşcă de cafea după masă şi intr-o ambiantă plăcută, cu ocazia unor evenimente, aniversări sau stări afective deosebite, pot colora o festivitate în familie sau o agapă (petrecere) între colegi. Pentru fumat, consumul de droguri, avem o adevărată adversitate declarată, aşa încât nu putem decât să pledăm pentru interzicerea lui, prin toate mijloacele de influența (familie, şcoală), la vârsta tânără, dar nu numai.

Dependența de drog şi alcool reprezintă o problemă medico-socială, apărută în secolul XX. Ea este combatuta la nivel național şi internațional prin

programe, proiecte, politici medicale şi/sau sociale faţa de consumul de drog şi alcool diferite de la o ţară la altă.

Strategiile utilizate în acest sector sunt dezvoltate pe trei mari coordonate: Programe de prevenție a consumului de drog şi alcool – programe de educație comunitară, popularizarea riscurilor la care se expun consumătorii; Măsuri punitive şi de interzicere prin lege a producerii, traficului şi consumului de drog; Programe de tratament, reabilitare şi reintegrare socio-profesională, servicii medicale, servicii de consiliere şi terapie psihologică.Eficaficatea intervențiilor împotriva abuzului de drog şi alcool depinde de colaborarea între serviciile de sănătate publică şi serviciile de asistenta socială.

O viața rațională, bazată pe o alimentație corectă şi completa, pe un echilibru stabil între activitatea şcolară şi odihnă, între efortul fizic şi repaus şi o caldă ambiantă în familie şi şcoală, crează toate condițiile desfăşurării cu bine a proceselor critice specifice adolescenței şi dezvoltării optime, atât sub aspect fizic cât şi psihicm a viitorilor aşa-zişi „oameni-mari”. (Gheorghe Eugeniu Bucur, Octavian Popescu – „Educația pentru sănătate în familie şi şcoală”, Editură Fiat, Bucuresti, 2004, pag. 25, 37, 40 şi Octavian Popescu – „Copilul sănătos şi bolnav”, Editură Fiat Lux, Bucuresti, 2006, pag 75, 80, 81)

BENEFICIARII PROIECTULUI DE SĂNĂTATE

Asociația „SPRIJINIREA INTEGRĂRII SOCIALE” a apărut în 1994 în scopul sprijinirii adolescenților şi tinerilor adulți, preponderent marginalizați sau defavorizați, dezvoltând în timp programe ce au avut că obiectiv promovarea unui stil de

viața sănătos, reintegrarea socială rapidă, completa și stabilă a acestora.

Programul ASIS în asociere cu PROGRAMUL DE SĂNĂTATE COMUNITARĂ NR. 1 se încearcă să implementeze la nivelul tuturor unităților școlare din România cuprinzând atât adolescenții dar și preșcolarii, elevii de gimanziu, școlile de arte și meserii, formele de învățământ postliceale.

Copiii și adolescenții sunt cetățeni care dispun de capacitatea de a contribui la construirea unui viitor mai bun pentru toți. Trebuie să respectăm dreptul copiilor și adolescenților de a se exprimă și de a participă la toate problemele care îi privesc, în funcție de vârsta și maturitatea lor. Mulți oameni, citeaza cu usurinata sloganul „Este cel mai ușor să previi decât să tratezi!".

Prin urmare focalizarea atenției medicului de medicină școlară în colaborare cu medicul de familie și colegii medici din alte specialități este îndreptată asupra prevenirii comportamentelor cu risc pentru sănătate la copii și tineri (adolescenți și adolescente) prin derularea de proiecte de prevenire universale și selective, consiliere ambulatorie și training-uri în domeniu.

Proiectul se bazează pe conceptul de mentorat și are că scop prevenirea comportamentelor deviante, factorilor de risc la copiii și/sau adolescenții aflați în situații de risc (lipsa de suport familial, performante școlare scăzute, situație socio-economică pecara etc.), prin facilitarea unor relații de „unu la unu" (supervizate profesional) cu un „amic mai mare" – student voluntar, care să contribuie la dezvoltarea personală a adolescenților cu care au fost înzestrați.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adoleșenții din Județul Brașov

În procesul de formare al adolescentului, rolul sexualității este tot mai pregnant, contribuind la conturarea identității de sine şi a celei sociale. Ceea ce se doreşte prin toate aceaste proiecte şi programe este transmiterea către elevii aflați la vârste preadolescentei şi adolescenței a câtorva repere generale de înțelegere şi abordarea tuturor schimbărilor ce au loc pe parcursul adolescenței (inclusiv cele care vizează sexualitatea).

Proiectul reprezintă un răspuns la solicitarea familiei, cadrelor didactice din şcoli care au identificat la elevii adolescenți numeroşi factori de risc pentru starea lor de sănătate (individuali, familiali, sociali) care îi predispun la comportament sexual cu risc, boli metabolice, afecțiuni cardiovasculare, boli neuropsihice.

Grupul țintă:

Elevii clselor VI – VIII şi IX – XII (beneficiari direcți); Studenți voluntari cu rol de facilitatori ai întâlnirilor cu elevii/adolescenții aceştia fiind studenți ai Facultății de Asistenta Socială şi studenți ai Facultății de Medicină Generală şi Farmacie (beneficiari indirecți);

Profesori, diriginți, părinți ai claselor implicate în proiectul de SĂNĂTATE COMUNITARĂ NR. 1 (beneficiari indirecți).

SALVAȚI COPIII/ADOLESCENȚII ROMÂNIA dezvoltă începând cu anul 2009 un centru specializat pentru copiii şi adolescenții cu probleme de sănătate, posibilii bolnavi cronici de mai târziu. Se au în vedere toate afecțiunile patologice şi eventualii factori de risc cu posibil impact negativ, declanşator de boala cronică.

În acest fel se urmăreşte să se promoveze servicii comunitare de sănătate, programe pentru promovarea sănătății, dar şi a unui sil de viața sănătos pentru

adolescenți, precum şi îmbunătățirea atribuțiilor, abilităților profesioniştilor din domeniul sănătății, în vederea furnizării de servicii şi programe de intervenție psihosocială în rândul adolescenților cu probleme de sănătate.

Activitățile ce vor fi realizate în cadrul proiectului având că principal obiectiv dezvoltarea şi pilotarea unei serviciu nou de prevenție şi intervenție în România, disponibil în spațiul şcolar, prin care copiii şi/sau adolescenții care reprezintă factori de risc sau care au fost diagnosticați cu diferite probleme de sănătate mai mult sau mai puțin grave pot beneficia de programe eficiente de reducere a riscului de dezvoltare a tulburărilor emoționale şi ale consecințelor negative ale acestora.

În cadrul proiectului vor fi create: un manual de psihoeducatie socio-medicală pentru profesioniştii care asigură intervenție în cazul copiilor şi adolescenților cu probleme de sănătate. Începând cu anul 2009 se începe pregătirea personalului medical din colectivitatile şcolare în vederea adaptării la condițiile locale ale „PROGRAMULUI COMPREHENSIV DE SĂNĂTATE A ELEVILOR ŞI ADOLESCENȚILOR" şi folosirea „INDEXULUI DE SĂNĂTATE A ŞCOLII" prin care se pot evalua mai bine efectele activităților tinerilor din instituțiile de învățământ şi care sunt:

Un mediu şcolar sănătos; Asistenta şi servicii medicale de calitate pentru adolescenți; Educație pentru sănătate; Consiliere şi servicii psihologice şi sociale; Servicii de nutriție; Promovarea sănătății elevilor; Promovarea sănătății personalului didactic; Implicarea familiei şi comunității; Colaborarea cu colegii de alte specialități.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adoleșenții din Județul Brașov

Misiunea şi rolul de baza al medicului de medicină şcolară a fost şi rămâne, politică de prevenire prin supravegherea determinanților majori ai stări de sănătate, pentru a asigură îmbunătățirea calității activității şi adaptarea ei la nevoile locale desprinse în intervențiile şi acțiunile de zi cu zi. Serviciul este organizatorul şi expertul de probleme de sănătate a copiilor şi tinerilor în cadrul Direcției Județene de Sănătate Publică Braşov.

ETICĂ MEDICALĂ PEDIATRICĂ

Din punct de vedere al eticii medicale, deciziile pediatrului trebuie să țină seamă, obligatoriu de cadrul deontologic şi legislația țării respective. în practică pediatră, pot apărea adeseori situații dificile, neplăcute, ivite în urmă divergentei dintre decizia părinților şi cea a medicilor pediatrii/medicilor şcolari cu privire la diagnosticul şi tratamentul bolii copilului/adolescentului.

În practică pediatrică aceste divergente, uneori adevărate dispute, apar mai frecvent la copiii cu boli grave cardiovasculare, boli canceroase, tuberculoze, insuficientă renală cronică, cardiopatii congenitale, boli endocrine.

De exemplu la copii cu boli canceroase, unii părinți refuză tratamentul corect, documentat ştiințific, sau refuză anumite procedee medicale, care sunt absolut strict necesare disgnosticului, stadiului evolutiv al bolii neoplazice sau aplicării tratamentului (de exemplu mielogramă, puncții, biopsii, chimioterapie, radioterapie).

Refuzul părinților se explica prin mai mulți factori: Ignorantă sau dezinteresul părinților; Convingeri religioase a unor secte cum ar fi de exemplu „MARTORII LUI IEHOVA” sau a celor din „ŞTIINȚĂ

CREȘTINĂ"' În unele cazuri întâlnim părinți care sunt dezorientați și ademeniți de o serie de „vraci", „vindecători", „tămăduitori" care asigură vindecarea copilului și/sau adolescentului cu metodele lor terapeutice (descântece, ritualuri, ierburi etc.);

Alte situații le întâlnim când după începerea unui tratament corect, conform principiilor științifice actuale (de exemplu în cazul leucemiilor), după obținerea remisiei, părinții părăsesc clinica și se adresează acestor șarlatani; fenomenul este unul general valabil și este semnalat în toate țările globului.

În ultimele decenii literatura medicală și nemedicala, consacrate problemelor de etică în medicină și mai ales în medicină pediatrică și în care sunt implicați medici, juriști, teologi, asistenți sociali, sociologi, organe ale statului din diferite domenii, mass-media etc, dezbăt toate aceste probleme și căuta să demonstreze rolul important al justiției în luare unor decizii în cazul dilemelor etice ale practicilor medicale pediatrice.

Refuzul părinților de a acceptă un tratament vital pentru copil sau a unor investigații reprezintă una dintre cele mai dificile, serioase și neplăcute dileme de etică medicală pentru medicul pediatru, pentru medicul de medicină școlară. Desigur în orice domeniu terapeutic și mai ales intr-o fază experimentală clinica, pot apărea eșecuri, ceea ce nu înseamnă abandonarea ei.

În epoca noastră am intrat deja intr-o fază de creștere cvasiexpotentiala a terapiei genetice. Datele experimentale și clinice arăta că tehnicile sofisticate ale biologiei moleculare sunt pe punctul, real, de a face parte, în viitor, din arsenalul terapeutic modern. Deși aceste date sunt încurajatoare, totuși există un drum lung

de parcurs până la aplicarea de rutină, în terapteutica, a acestor tehnologii, aşa cum arăta însuşi MICHAEL STRAUSS, unul din promotorii acestei probleme.

Sunt convins că generaţiile viitoare de medici pediatrii, de medici de medicină şcolară se vor bucura, probabil, de benefiicile terapiei genetice, precum şi altor cercetări, dar ei se vor confrunta cu multiple, neaşteptate şi imprevizibile dileme de etică medicală pediatrică.

Abuzul împotriva copiilor şi/sau adolescenților este o problemă de mare actualitate, atât pe plan mondial cât şi în țară noastră. Noțiunea de abuz se referă la un domniu foarte vast cu variați factori etiologici: Abuzul fizic (bătaia); Abuzul sexual; Abuzul medical (mai ales pentru copii abandonați); Copilul neglijat şi abandonat: privarea copilului de dragoste şi îngrijire; omiterea deliberată de a-i administră o alimentație adecvată şi necesară copilului (abuzul nutrițional); copiii străzii. Abuzul reprezentat prin administrarea intenționată de medicamente nocive copilului (sedative, medicamente toxice); Primivarea adolescentului şi/sau copilului de tratamentele şi medicamentele necesare bolii de care suferă; Munca forțată şi exploatarea copilului mai ales minor; Copilul, adolescentul şi războiul; Problemele de etică medicală reprezintă o componentă vitală majoră, în practică medicală pediatrică şi în general a medicinei.

Preocupările şi aspectele de etică medicală se pierd în negură istoriei omenirii şi a istoriei medicinei. în ultimele decenii asistăm la o adevărată explozie a studiilor cercetărilor şi rapoartelor din domeniul eticii medicale peditarice. în prezent majoritatea manifestărilor științifice ale congreselor şi revistelor de specialitate includ şi abordează teme de etică medicală. În țară

noastră, inițiatorii programelor şi problemelor de bioetică în medicină au fost Academician Profesor Doctor STEFAN MILCU şi Profesor Doctor CONSTANTIN MAXIMILIAN personalități de renume ale medicinei româneşti.

Pediatria se ocupă de un câmp vast de aspecte patologice şi profilactice, care ridică numeroase probleme de conduită şi etică mondială. Ar trebui menționat faptul că aceste coduri de etică medicală au fost concepute înainte cu patru – cinci milenii de către babilonieni, fiind incluse în „CODUL LUI HAMMURABI". HAMMURABI a fost rege în BABILONIA (1728 – 1686 i.e.HR). El a conceput aşa numitul „COD AL LUI HAMMURABI" care a fost descoperit în anul 1902 la SUA de către arheologul francez D. MORGAN şi este păstrat în MUZEUL LOUVRE.

Este o opera impresionantă care cuprinde legile şi aspectele juridice pe care celebrul rege HAMURABI le-a dat țării sale. Este uluitor cum probleme din cod pot fi actuale şi în zilele noastre. Din punct de vedere al copilului, de exemplu, codul lui HAMMURABI prevede drepturile copiilor LEGITIMI dar şi pe cele ale copilului NELEGITIM.

Din punct de vedere al eticii medicale pediatrul trebuie să fie preocupat în întreaga să activitate de principiul de baza al eticii medicale respectiv de a face MAXIMUL DE BINE ŞI MINIMUM DE RĂU ŞI DESPRE RISCURILE COPILULUI SAU ADOLESCENTULUI. (Gheorghe Goldis, „Etică Medicală în Practică Pediatrică", Editură AIUS, Craiova, 2008)

ALIMENTATIA ADOLESCENTULUI

Povara bolilor care pot fi atribuite nutriției este mai mare decât se apreciază în mod curent. Astfel analize preliminare, făcute de Institutul de Sănătate Publică din Suedia sugerează că 4,5% din consecințele îmbolnăvirilor sau deceselor premature din țările Uniunii Europene (măsurate prin DALY), se datorează unei alimentații nesănătoase. Bolile cardiovasculare şi cancerul, împreună cu diabetul zaharat sunt responsabile de 30% din pierderile premature de vieți în fiecare an în regiunea europeană a OMS. Există un consens internațional că acizii grași săturați participă în mod esențial la creşterea nivelului colesterolului la populația consumătoare şi că acest consum conduce la epidemia de boli coronariene, care transforma bolile cardiovasculare în principală cauza de deces din această regiune. Supragreutatea şi obezitatea atât la copii, adolescenți cât şi la adulți, sunt în continuă şi alarmantă creştere şi majoritatea cazurilor sunt determinate de reducerea activității şi de creşterea consumului de alimente peste necesarul energetic zilnic.

Obezitatea este însoțită de o comorbiditate serioasă formată din cunoscutele boli cardiovasculare şi de diabetul zaharat de TIP Îi. Riscul diabetului zaharat este crescut de 10 ori de obezitate, iar 80% din prevalentă cazurilor de diabet poate fi atribuită obezității şi supragreutatii. Obezitatea este însoțită de complicatii serioase, este greu şi costisitor de tratat şi în plus, reduce speranță de viața cu 8-10 ani.

Din această cauza cea mai bună strategie de intervenție în această situație este prevenirea supragreutatii şi obezității şi nu tratarea lor. Consecință acestor intervenții preventive ar fi reducerea diabetului non-insulinodependent care a ajuns în Europa o afecțiune majoră care afectează aproximativ 4% din populația tarilor unde supragreutatea şi obezitatea sunt frecvente şi în continuă creştere.

Se estimează că tulburările determinate de deficitul de iod din alimentație poate afecta cca 130 de milioane de locuitori din Regiunea Europeană prin includerea tuturor efectelor cerinței de iod asupra populației şi care pot fi corectate prin corectarea aportului. Aici intra: hipotiroidismul, guşă şi afectarea funcțiilor intelectuale.

Deşi tratementul acestor tulburări nu pare să ridice probleme, cercetări recente au arătat că în Europa un procent însemnat din populație mai suferă de guşă. Acest fenomen se constată şi în România, în pofida supravegherii iodarii sării de peste 25 de ani. Inconsecventă legislativă mai ales în privința trecereii la iodarea universală şi lipsa supravegherii şi controlul iodului la consumător (prin determinarea nivelului iodurii) pare a fi răspunzătoare de eşecul programelor de intervenție. De asemenea asistăm la o insuficientă supraveghere a cerinței de fier la copiii şi adolescenții cu nivel socio-economic scăzut sau altfel spus populația săracă. Aceste două categorii de carente alimentare sunt răspunzătoare de o proporție insemanta de deficiente mentale şi de comportament prevenibile.

Consumul de legume şi fructe proaspete, reduce riscul bolilor cronice, studiile efectuate în țările Regiunii

Europene ale Organizației Mondiale a Sănătății arăta că în majoritatea lor nu sunt acoperite nevoile zilnice recomandate de minim 400 grame/persoană/zi. Explicația pare a fi în primul rând de natură economico-financiară pentru că multe din aceste țări se afla intr-o reformă şi/sau criză politico-socială, care are afecte negative asupra securității alimentare şi a stării de nutriție a populației din care cea mai afectată este populația de copii şi tineri.

Pentru acoperirea nevoilor energetice populația defavorizată consumă mai multe grăsimi săturate (care sunt mai ieftine), dar acest consum ridică apreciabil nivelul colesterolului care implicit creste riscul bolilor cronice în care este implicat că etiologie. Acest proces se observă şi în țările bogate unde creşterea consumului de grăsimi săturate este determinată de extinderea consumului de alimente distribuite prin unitățile de tip fâşt-food care conțin alimente cu astfel de grăsimi şi au un conținut mare de sare şi alte condimente cu conținut ridicat de aditivi alimentări de cele mai multe ori cu efect cancerigen.

În septembrie 2000, Comitetul Regional pentru Europa al OMS a sprijinit „PRIMUL PLAN DE ACțiune PENTRU ALIMENTAție şi NUTRIție PENTRU PERIOADă 2000 - 2005" care promovează şi sprijină dezvoltarea şi aplicarea unor politici comprehensive de alimentație şi nutriție în Regiunea Europeană OMS.

5.1 OBIECIURI ALIMENTARE NESĂNĂTOASE

Dacă în primii ani de viața alimentația este controlana de părinți sau de persoanele care îngrijesc copiii şi/sau adolescenții, dar cu mențiunea că în

adolescență, când nevoile fiziologice necesare nutriției cresc şi consumul alimentar cu valoare ridicată este important, acest control este preluat de „consumător” în mare măsură. OMS recunoaşte că acei copii şi tineri/adolescenți care îşi însuşesc obiceiuri alimentare sănătoase în prima parte a copilăriei şi le păstrează în cea mai mare măsură şi la maturitate au un risc mai scăzut de a face boli cronice, cum sunt bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul de tip Îi, osteoporoză.

Un regim echilibrat în timpul copilăriei şi adolescenței pare să reducă riscul problemelor imediate de sănătate, cum sunt de exemplu: cariile dentare, anemia, întârzierea constituțională a creşterii, supragreutatea, obezitatea. Obicieiurile alimentare sunt foarte importante. De exemplu cei care nu mănâncă dimineață obosesc repede către prânz şi această interferează cu capacitatea de cunoaştere şi învățare intr-o măsură mai mare decât cei care se alimentează în mod corect. Studiile efectuate în această categorie de elevi arăta că aceastia mănâncă mai multe gustări bogate în grăsimi şi sărace în fibre alimentare în restul zilei. în plus cei care mănâncă dimineață, în special cei care mănâncă cereale fortificate au o stare de nutriție generală mai bună, comparativ cu cei care consumă doar două mese pe zi cu sau fără gustare care au o dietă mai densă în trofine.

Factorii economico-sociali influențează în mod special aportul alimentar în special în perioadă critică a adolescenței. Obiceiurile alimentare ale adolescenților reflecta vizibil slăbirea influentei familiei şi creşterea influentei colegilor, antujarului în alegerea alimentației.
Schimbările obiceiurilor alimentare la aceste vârste pot fi asociate cu nevoia de exprimare a libertății, de controlul

părinților și de construire a propriei personalități. Aceste accese de independență se pot manifestă printr-un consum exagerat de alimente în afară căminului părintesc sau la școală, care de cele mai multe ori sunt formate din gustări de tip fâșt-food. Nu trebuie exclus nici faptul că adolescenții sunt puternic influențate de excesivă publicitate desfășurată de activitățile de marketing care sunt adresate tocmai acestei categorii de vârsta.

O altă influența ce se exercita asupra obiceiurilor alimentare este determinată de „presiune culturală" care în țările bogate urmarese așa zisă „cultura a corpului ideal", iar în țările sărace acest ideal este asociat de multe ori cu aspectul supraponderal sau obez al celor cu stare. Această dorința de a fi subțire și stigmatizarea obezității la o categorie și contrariul la cealaltă categorie, poate să aibă efecte semnificative asupra imaginii corporale, a aprecierii sau subaprecierii propriei persoane.

Obiceiurile alimentare și alimentele preferate pot compromite conținutul rației alimentare în perioadă adolescenței. În acest sens adolescenții pot reduce consumul de vegetale și fructe proaspete, care asigură necesarul de vitamine și minerale substanțe (principii alimentare) care conțin o sursă importantă de glucide și suport energetic. Un consum abundent și regulat de fructe și legume poate reduce riscul dezvoltării bolilor cronice degenerative.

Consumul băuturilor răcoritoare, fabricate din siropuri au conținut crescut de zahăr sau glucoză, al dulciurilor ce conțin multe calorii, compromit aportul celorlalte principii nutritive, dezechilibrează alimentația și o îndepărtează de recomandările dietetice actuale. Acest fel de băuturi cu conținut mare de dulciuri rafinate

sunt legate semnificativ de creşterea prevalentei obezității.

Măsurarea obiceiurilor alimentare în rândul copiilor şi tinerilor/adolescenților este dificilă mai ales când investigațiile se adresează unor medii culturale diferite. Se folosesc diferite instrumente de măsură standard că de exemplu: anchetă alimentelor consumate în ultimele 24 de ore, anchetă statistică privind consumul de alimente pe persoană primăvară şi toamnă, anchetă chimică a alimentelor care compun meniul. Toate aceste metode nu pot identifică aspectele specifice ale comportamentului alimentar al copiilor şi tinerilor (adolescenților).

Chestionarele detaliate privind frecvența consumului unor anumite tipuri de alimente sunt mari consumatoare de timp şi nu pot surprinde aspectele specifice unor regiuni sau grupuri de populație. De accea în prezent se insistă pe un anumit set de întrebări care reflecta obiceiurile alimentare generale cum sunt:

Felul şi numărul meselor;
Oră la care se serveşte masă;
Consumul de fructe;
Consumul de legume;
Dulciuri;
Sucuri şi băuturi energizante;
Consumul de cafea: cantitate, oră de consum.

Apoi se culeg date, informații privind ponderea diferitelor grupe de alimente în meniul zilnic, ce fel de alimente se consumă în weekend, dacă se sare peste micul dejun, dacă se folosesc condimente, dacă există o predispoziție pentru consumul de sare.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolescenții din Județul Brașov

Trebuie subliniat de la început că asigurarea unei alimentații corecte pentru copii şi/sau adolescenți (tineri) este o sarcina dificilă pentru părinți cel puțin pentru că ea presupune cunoştințe serioase de nutriție, existență posibilitatiilor materiale pentru a pune în practică aceste cunoştințe şi asigurarea unei aprovizionări ritmice cu alimentele necesare cantitativ şi calitativ, ceea ce nu se poate realiza în prezent. Orice intervenție trebuie să țină seamă de aceste aspecte dar, deosebit de important este nivelul cunoştințelor necesare alcătuirii unui meniu care să acopere nevoile energetice şi trofice ale copiilor şi/sau adolescenților care se afla în plin proces de creştere şi dezvoltare din toate punctele de vedere.

Este nevoie să se instruiască o generație nouă în aşa măsură că această să poată aplică nutriția modernă a copiilor şi tinerilor, astfel că aceştia să se obişnuiască din prima copilărie tocmai cu alimentația care promovează sănătatea şi contribuie prin consumul lor echilibrat la prevenirea îmbolnăvirilor. Numai atunci când numărul acestor persoane că atinge punctul critic în populație se vor putea culege roadele unor schimbări radicale ale stării de sănătate.

Statusul socio-economic este un indicator format din trei componente majore:

Statusul econimic (venitul);

Statusul social (educația);

Statusul ocupațional (profesia/ocupația);

Pentru modificarea statusul socioeconomic este nevoie de programe şi politici naționale de dezvoltare durabilă care implică voință politică dar în egală măsură şi participarea populației. În afară de aceste programe

sunt necesare strategii care să țină seamă de factorii care infuenteaza obiceiurile alimentare ale copiilor şi tinerilor.

Trebuie de asemenea să se țină seamă şi de ceilalți factori de risc care au relații cu alimentația. Dintre care activitatea fizica, imaginea corporală şi controlul greutății au cea mai mare importanta

VALOARE ENERGETICA 126 Kcal
PROTEINE 0 gr
CARBOHIDRATI 0 gr
TOTAL GRASIMI 14 grame din care
SATURATE 1,4 gr
NESATURATE 12,5 gr
ACID OLEIC (18:1 OMEGA 9) 1,7 gr
ACID LINOLEIC (18:2 OMEGA 6) 7,7 gr
ACID GAMMA-LINOLEIC GLA (18:3 OMEGA 6) 0,5 gr
ACID ALFA-LINOLEIC LNA (18:3 OMEGA 3) 2,5 gr
ACID STEARIDONIC SDA (18:4 OMEGA 3) 0,1 gr
COLESTEROL 0 mg
VITAMINA E 1,35 mg/13,5% DZR

Figura 5. Tabel caloric nutrițional zilnic (d.p.d.v. al cantității de ulei)

Un român din patru este obez, spun studiile Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). Această problemă nu este doar a noastră ci reprezintă un fenomen intr-o alarmantă creştere îngrijorătoare la nivel mondial.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolescenții din Județul Brașov

Obezitatea la copil şi adolescent reprezintă o problemă medicală de foarte mare importantă. Astfel în cazul copiilor şi adolescenților cu IMC (indicele de masă corporală) cu percentila 85 cu complicatii ale obezității şi la cei cu IMC egal cu sau mai mare cu percentila 95 (cu sau fără complicatii) se recomandă o evaluare bine condusă şi eventual tratament de specialitate.

Trebuie evaluate complicatiile obezității incluzând hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, dizlipidemia, tulburările de somn, tulburările vezii biliare, complicatiile ortopedice, rezistență la insulină. Primul scop al terapiei obezității este alimentația sănătoasă şi activitatea fizica intr-un program bine dozat şi adecvat fiecărui subiect (pacient/adolescent). Se recomandă că tratamentul să fie instituit precoce, să implice toată familia, modificările să fie făcute gradual, crescând activitatea fizica a subiectului şi scăzând alimentația cu grăsimi (mai ales săturate) dar în aceeaşi măsură reducând şi numărul de calorii consumate zilnic.

Factorii principali ai obezității sunt cei de natură genetică, de comportament şi cultura.

În Braşov dar şi la nivelul întregii țări, chiar la nivel mondial numărul persoanelor care suferă de obezitate s-a dublat. Potrivit unor estimări ale experților Organizației Mondiale a Sănătăți până în anul 2010, mai mult de jumătate din populația occidentală va fi afectată de obezitate.

Nici țările în curs de dezvoltare sau țările sărace nu vor scăpa de acest flagel în următorii ani prevazandu-se o creştere însemnată a cazurilor de obezitate. Alarmante sunt cazurile de obezitate infantilă cu proporții

dramatice în STATELE UNITE, FRANȚA, iar de circa 5 (cinci) ani şi în ROMÂNIA.

Printre cauzele obezității se afla consumul de alimente în exces, în special a celor bogate în grăsimi, proteine şi carbohidrați, precum şi activitatea fizica redusă. Referitor la sedentarism, specialiștii atrag atenția asupra faptului că, în prezent copiii şi/sau adolescenții sunt cei mai puțini activi, marea majoritate a timpului fiind petrecută în fața televizorului şi/sau a calculatorului. Copiii şi adolescenții care îşi petrec mai mult de zece ore pe săptămână în fața televizorului sau calculatorului sunt mult mai predispuşi pentru expunerea la riscul obezității, la riscul de a deveni persoane supraponderale.

Unii factori sociali, precum un venit prea scăzut al familiei sau un nivel de educație scăzut, au fost asociați cu obezitatea, bolile metabolice, execesul supraponderal.

Totodată s-a constatat că oamenii care suferă de stress sunt predispuşi consumului exagerat de alimente, acest lucru având că „răsunet" OBEZITATEA.

Cei mai mulți specialişti în domeniul bolilor metabolice, cu alte cuvinte nutriționiştii afirma că adolescenții băieți şi implicit bărbați care au mai mult de 25% grăsime corporală şi adolescentele fete respectiv femeile cu peste 30% grăsime corporală pot fi considerate persoane obeze. Cel mai simplu şi eficient mod de calcul al execeselor ponderale este cel al indicelui de masă corporală.

Grăsimea acumulată în organism se poate estimă prin mai multe metode. Una dintre aceste metode este determinarea indicelui de masă corporală (IMC).



Figura 6. Formula calcul indice de masa corporala (IMC)

IMC	REZULTAT
SUB 18,5	SUBPONDERALI
18,5 – 24,9	GREUTATE NORMALĂ
25 – 29,9	SUPRAPONDERALI
30 – 34,9	OBEZITATE GRAD I
35 – 39,9	OBEZITATE GRAD II
PESTE 40	OBEZITATE GRAD III

Figura 7. Interpretare indice masă corporală

Un IMC situat între 18.5 şi 24,9 este considerat normal, între 25 şi 29 este considerat supraponderal, între 30 şi 34 obezitate de gradul I, între 35 şi 39 obezitate de gradul Îi, iar un indice de masă corporală de peste 40 intra în cadrul obezității de gradul III.

Când depozitul de grăsime apare în regiunea abdominală, obezitatea poate fi evaluată prin măsurarea taliei sau măsurarea circumferintei abdominale. în mod normal această trebuie să fie mai mică de 80 de cm la adolescente şi mai mică de 94 la bărbați.



Dacă valorile depăşesc 88 cm pentru fete/adolescente şi 102 cm la băieți/adolescenți se poate vorbi de obezitate abdominală. Valorile intermediare sunt caracteristice pentru aşa-zisă supraponderabilitate.



Figura 8. Măsurarea taliei abdominale

Medicii recomandă scăderea treptată în greutate, de aproximativ 2 kg pe lună (NU 5Kg/SĂPTĂMÂNĂ) şi de aceea NU SUNT IMPORNTANTE REGIMURILE ALIMENTARE FOARTE STRICTE, CI SCHIMBAREA OBICEIURILOR ALIMENTARE, PE TERMEN LUNG.

SFATURI PRACTICE:

Nu săriți peste micul dejun! Mâncarea sănătoasă matinal asigură necesarul energeti pentru munca din prima parte a zilei şi evita consumul ulterior de produse de patiserie sau de tip fast-food;

Beți multă apă (ceai, sucuri naturale)! Băuturile necarbogazoase asigură bună funcționare a rinichilor şi „AMĂGESC FOAMEA”;

Consumați carne „slabă” (pasăre, peste)! Muşchiul sau pulpă de porc şi/sau de vită conțin multă grăsime „ascunsă” chiar dacă aceste produse păr la prima vedere că fiind „slabe”;

Consumați multe legume şi fructe proaspete! Nu va sfiiți să va alimentați organismul cu principalele surse de vitamine, cu conținut scăzut de calorii;

Feriți-vă de alimentația de tip fast-food, produse de patiserie, dulciuri în exces. Deşi ele sunt foarte atractive şi gustoase aceste produse sunt adevărate „BOMBE CALORICE”. Feriți-vă să le consumați în weekend, când ieşiți în oraş, sau în timpul serviciului, în lipsa de altceva;

Mâncați diversificat! Nu va sfiiți să înlocuiți o mâncare cu altă, cu un număr asememanator de calorii. Repetarea crează plictiseală şi abandon;

Evitați să mâncați după oră 18! încercați pe cât posibil că ultima masă a zilei să fie cu cel puțin 2 (două) ore înainte de oră de culcare! în timpul somnului nu consumăm prea multe calorii;

Nu va ridicați de la masă cu stomacul plin! Dacă v-ați săturat la una din mesele zilei, înseamnă că deja ați mâncat prea mult! Mâncați 4-5 mese pe zi cu cantitate mică de alimente pentru a reduce în acest fel treptat dimensiunile stomacului şi a nu lasă să se depună „surplusuri” de calorii.

Există o serie de pacienți cu diferite disfuncții de metabolism sau de alt gen pentru care se recomandă o alimentație specială.

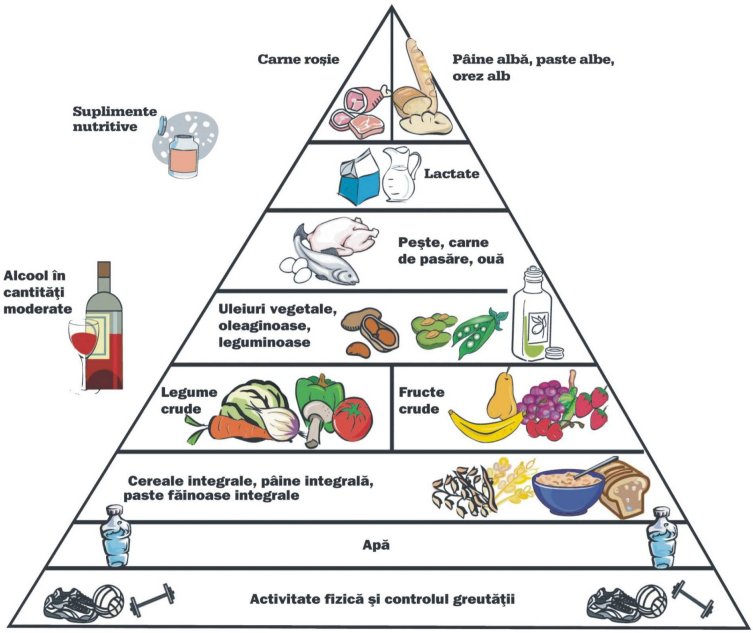


Figura 9. Piramida alimentelor

PACIENȚII HIPERTENSIVI:

Nu adăugați sare la nici o mâncare gătită, folosiți alte tipuri de condimente (cimbru, piper, usturoi, coriandru etc.); Feriți-va de brânzeturi măturate sau mezeluri, care conțin foarte multă sare „ascunsă".

PACIENȚII DIABETICI:

Au restricții speciale în ceea ce privește numărul de glucide, astfel că se recomandă consultarea unui medic specialist diabetolog pentru stabilirea unui regim individualizat;

Pacienții trebuie să țină cont de echilibrul proteine/lipide/glucide din fiecare aliment și să cântărească majoritatea alimentelor.

C) PACIENȚII CU AFECTARE LOCOMOTORIE SAU RESPIRATORIE SEVERĂ:

Activitatea fizica poate fi limitată de afecțiunea de tip locomotor sau respirator asociată și în acest mod rezultă că o importantă deosebită trebuie acordată în mod cert unei diete hipocalorice.

ACTIVITATEA FIZICA. SFATURI PRACTICE:

Nu folosiți liftul sau scările rulante. Urcați treptele; Coborati cu o stație de autobuz înainte de destinație și mergeți pe jos restul distantei; Ieșiți la plimbare înaintea orei de culcare; În cazul diferitelor boli asociate, se impune cererea sfatului medicului pentru că acesta să poată găsi și recomandă o activitate fizica

adecvată; Alegerea unui sport care va face plăcere iar acest sport să fie practicat cel puțin de 2-3 ori pe săptămână măcar 2 ore/ședință; Mișcarea cotidiană regulată consumă calorii, reduce senzația de foame, estompează stresul și are efecte pozitive asupra sănătății.

Din nefericire din ce în ce mai des toate aceste aspecte – boala hipertensivă, diabet zaharat, boli locomotorii, boli respiratorii servere asociate cu un sedentarism major se manifestă tot mai acut în rândul adolescenților. Această patologie se depistează cu ocazia examenelor medicale de bilanț efectuate la nivelul cabinetelor medicale școlare.

România conform unor cercetări recente date publicității anul trecut, avea o rață a obezității (ușoară sau gravă) de 40%. Statisticile Organizației Mondiale a Sănătății arăta că România ocupă locul întâi în Europa la mortalitatea cardiovasculară cauzată de surplusul de kilograme. Un studiu ABBOT LABORATORIES relevă că țară noastră se afla pe locul trei în Europa în privința obezității la femei și pe locul patru la bărbați, un roman din patru suferind de obezitate. De asemenea 3,5 milioane de români sunt afectați de această boala, dar doar 10% merg la un control medical de specialitate, și numai 1% sunt incluși intr-un program național de educare pe această tema.

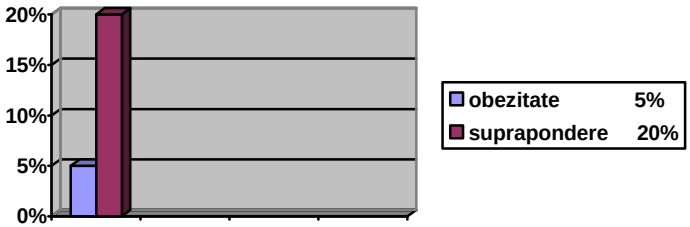
Un copil obez este foarte probabil să se transforme intr-un adult obez în cazul în care acesta nu își schimbă stilul de viața. Din această cauza trebuie că la nivel de cabinet medical școlar să facem tot ce poate face pentru a conștientiză adolescentului/adolescenței că obezității îi se asociază și alte boli, cele mai frecvente fiind diabetul, boli ale ficatului, astmul, alte boli

respiratorii, maladiile cardiovasculare, infecții ale pielii, diferite neoplazii.

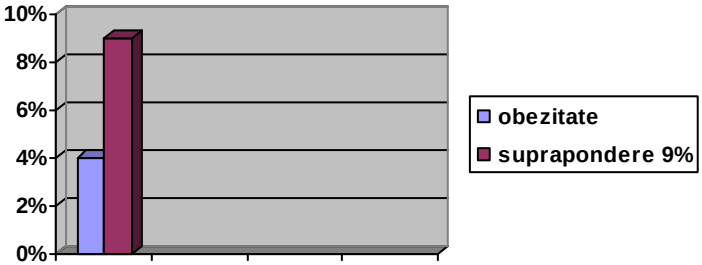
La cele mai multe dintre acestea se asociază probleme și/sau afecțiuni psihologice, precum și de sferă neuropsihiatrica, lipsa respectului de sine, tulburări comportamentale, adică: predispoziție la anxietate, incapacitatea de comunicare, incapacitatea de integrare socială, depresii etc.

ADOLESCENTE (FETE)				ADOLESCENȚI (BAIETI)			
CONSTITUȚIE				CONSTITUȚIE			
ÎNĂLȚIME	ROBUSTĂ	MEDIE	ASTENICĂ	ÎNĂLȚIME	ROBUSTĂ	MEDIE	ASTENICĂ
1,50	48-56	45-50	43-46	1,60	59-66	55-60	52-56
1,52	50-58	46-51	44-47	1,62	60-67	56-62	54-57
1,55	51-59	47-53	45-49	1,65	61-69	58-63	55-59
1,57	52-60	49-54	46-50	1,68	63-71	59-65	56-60
1,60	54-61	50-56	48-51	1,70	65-73	61-67	58-62
1,62	55-63	51-57	49-53	1,73	67-75	63-69	60-64
1,65	57-65	53-59	51-54	1,75	69-77	65-71	62-66
1,68	58-66	55-61	52-56	1,78	71-79	66-73	64-68
1,70	60-68	56-63	54-58	1,80	72-81	68-75	66-70
1,73	62-70	58-65	56-60	1,83	75-84	70-77	67-72
1,75	64-72	60-67	57-61	1,85	76-86	72-80	69-74
1,78	66-74	62-69	59-64	1,88	79-88	74-82	71-76
1,80	67-76	64-71	61-66	1,90	88-91	76-84	73-78
1,83	70-79	66-73	63-67	1,93	89-93	78-86	75-80

Figura 10. Tabelul de corelație înălțime – masa corporală / constituție



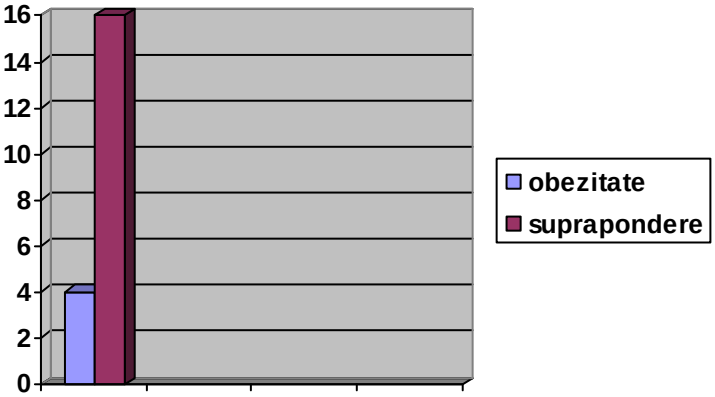
Graficul nr.1. Prevalenţa supraponderii şi obezităţii la elevii de 7-10 ani



Graficul nr.2. Prevalenţa supraponderii şi obezităţii la elevii de 11-14 ani

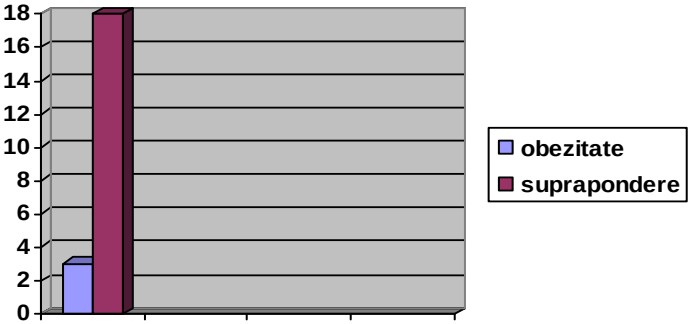


Graficul nr.3 Prevalenţa supraponderii şi obezităţii la elevii de 15-18 ani



Graficul nr.4. Prevalența supraponderii şi obezității la toate grupele de vârstă

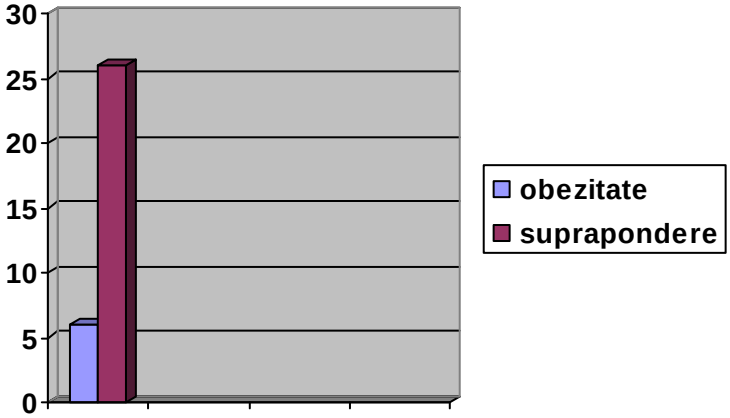
S-a constatat o diferență a prevalenței supraponderii şi obezității nu numai pe grupe de vârstă ci şi pe sexe.



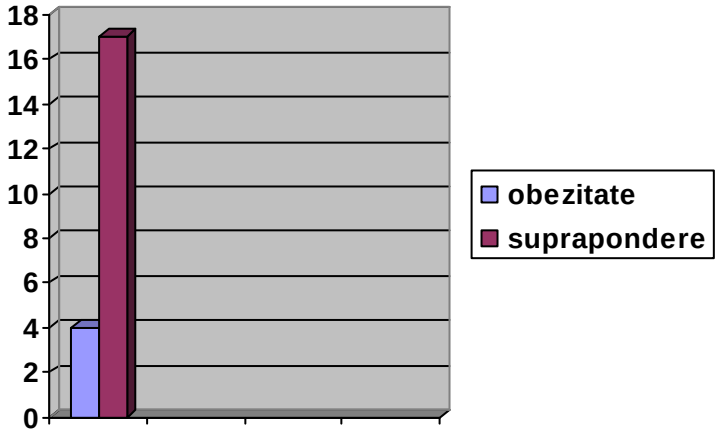
Graficul nr.5 Prevalența supraponderii şi obezității la băieții de 7-10 ani



Graficul nr.6 Prevalenţa supraponderii şi obezităţii la băieţii de 11-14 ani



Graficul nr.7 Prevalenţa supraponderii şi obezitţii la băieţii de 15-18 ani

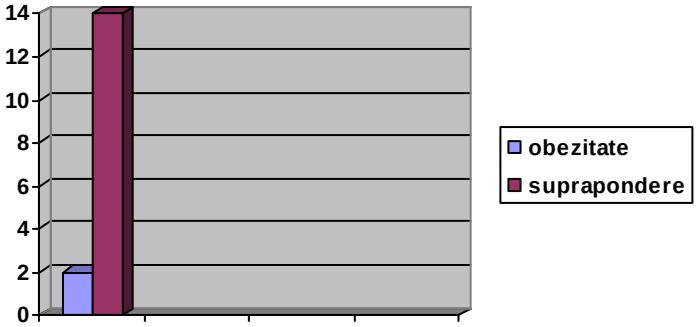


Graficul nr.8 Prevalența supraponderii şi obezității la băieți

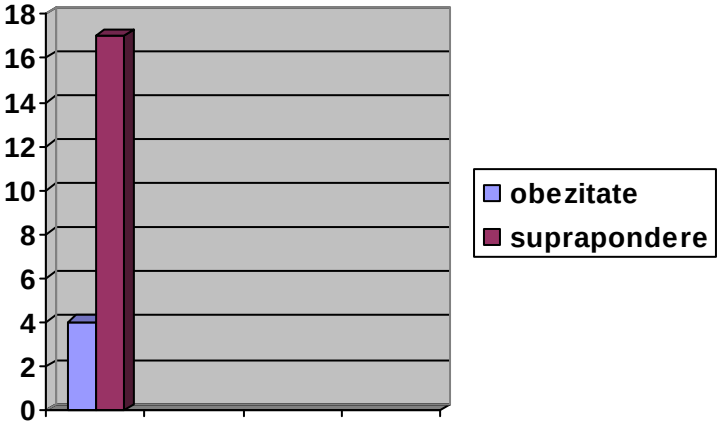


Graficul nr.9 Prevalența supraponderii şi obezității la fete de 7-10 ani

Graficul nr.10. Prevalența supraponderii şi obezității la fete de 11-14 ani



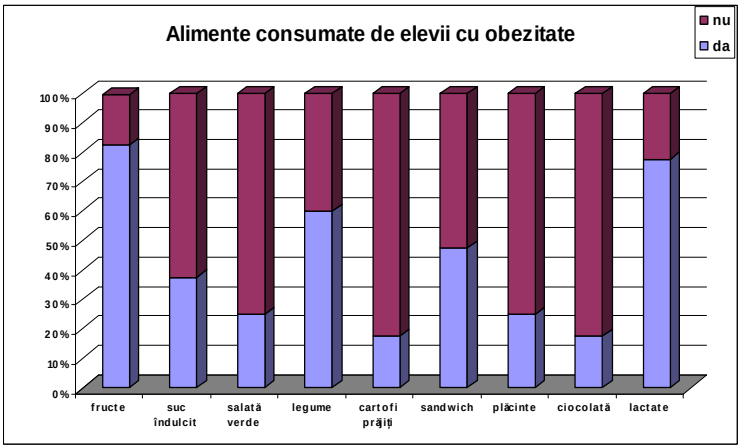
Graficul nr.11. Prevalența supraponderii şi obezității la fete de 15-18 ani



Graficul nr.12. Prevalența supraponderii şi obezității la fete

Se constată din aceste grafice că există o diferență pe grupe de vârstă şi sexe, dar ca prevalență totală se ajunge la aceleaşi cifre. Alimentația dezechilibrată este unul din factorii esențiali în geneza obezității.

Elevii cu obezitate chestionați cu privire la alimentele consumate cu o zi înaintea realizării studiului se înscriu şi ei în rândurile celor cu alimentație bazată pe produse cu densitate energetică ridicată.



Graficul nr.13 Alimente consumate de elevii cu obezitate

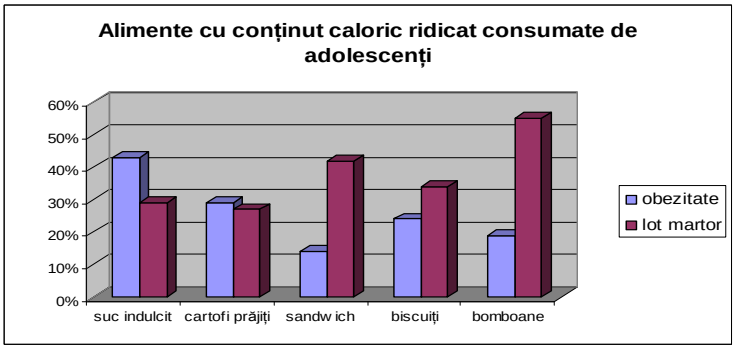
Astfel, aproape jumătate dintre ei au consumat sandwich/hamburger, o treime au băut suc acidulat şi cu adaus de îndulcitori, un sfert au mâncat biscuiți, plăcinte sau gogoşi, şi un procent important (17,5%) cartofi prăjiți/chipsuri şi bomboane/ciocolată.

Pe de altă parte, două treimi dintre elevii cu obezitate nu au consumat salată verde, 40% nu au mâncat legume şi 22,5% nici produse lactate.

De remarcat, totuşi, numărul mare de consumatori de fructe, numai 17,5% dintre elevii cu obezitate nu au consumat fructe cu o zi înaintea efectuării studiului.

Edificator pentru comportamentul alimentar al copiilor şi adolescenților cu obezitate este faptul că 60% dintre ei nu servesc regulat micul dejun.

Din comparația cu alimentele consumate de adolescenții din lotul martor, am constatat că adolescenții cu obezitate consumă totuşi mai puține sandwichuri/hamburgeri, biscuiți, plăcinte sau gogoşi şi bomboane/ciocolată. În acelaşi timp, însă, consumul de suc îndulcit şi acidulat este mai mare în rândul adolescenților cu obezitate, iar consumul de cartofi prăjiți/chipsuri – comparabil .



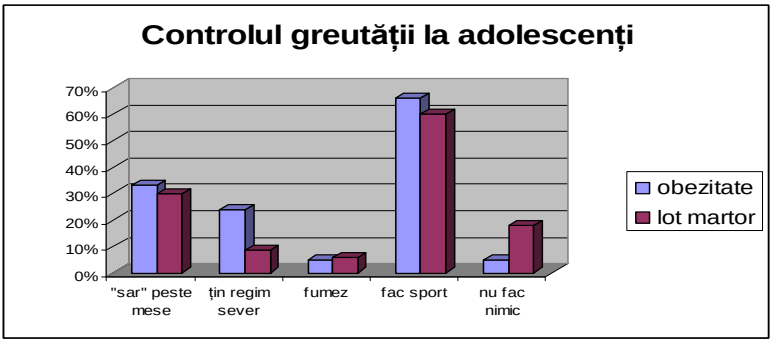
Graficul nr.14. Alimente cu conținut caloric ridicat consumate de adolescenți

Deoarece preocupările cu privire la greutate şi siluetă sunt extrem de curente în timpul adolescenței, nu numai adolescenții cu obezitate sunt nemulțumiți de greutatea lor, ci şi cei supraponderali şi chiar cei cu greutate normală. Astfel, în lotul-martor al adolescenților chestionați procentul celor care nu sunt mulțumiți de

greutatea lor şi care doresc să fie mai slabi a fost de 40%, ajungând la 61,5% în cazul fetelor. La adolescenții obezi acest procent, al celor nemulțumiți de greutate, a fost de 90%.

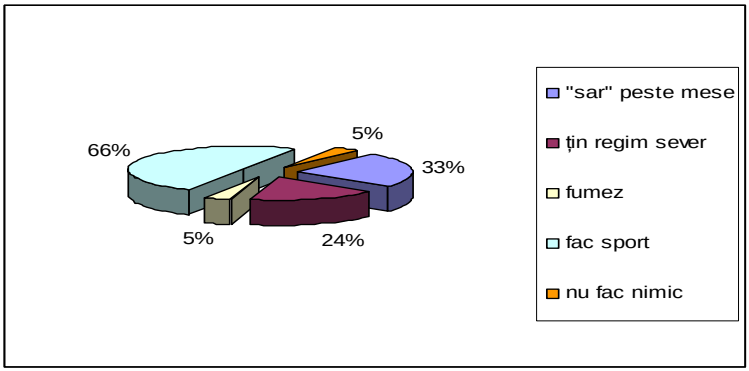
Dintre adolescenții din lotul martor care doresc să fie mai slabi, 63,7% au ținut regim alimentar pentru a-şi controla greutatea, procent comparabil cu al adolescenților cu obezitate (66%). Prevalența este şi aici mai mare la fete, 73,2% dintre ele au ținut regim alimentar cel puțin o dată, deşi greutatea lor este în limite normale. Se pune aici problema distorsiunii imaginii corporale care există la adolescente în special; presiunile la care sunt supuse datorită mijloacelor media fac ca adolescentele să echivaleze slăbirea cu frumusețea, succesul şi sănătatea .

Modalitățile de control al greutății (Graficul nr.15) la adolescenți merg de la un comportament alimentar dezechilibrat, până la regim sever. 66% dintre adolescenții cu obezitate fac sport pentru a-şi controla greutatea (60% în lotul-martor), şi doar 5% nu fac nimic (19% în lotul martor).



Graficul nr.15. Modalități de control al greutății la adolescenți.

De remarcat aici că 5% dintre adolescenți folosesc fumatul pentru a-şi menține greutatea, adoptând astfel şi alte comportamente care le compromit sănătatea (Graficul nr.16).



Graficul nr.16. Modalități de menținere a greutății la adolescenți.

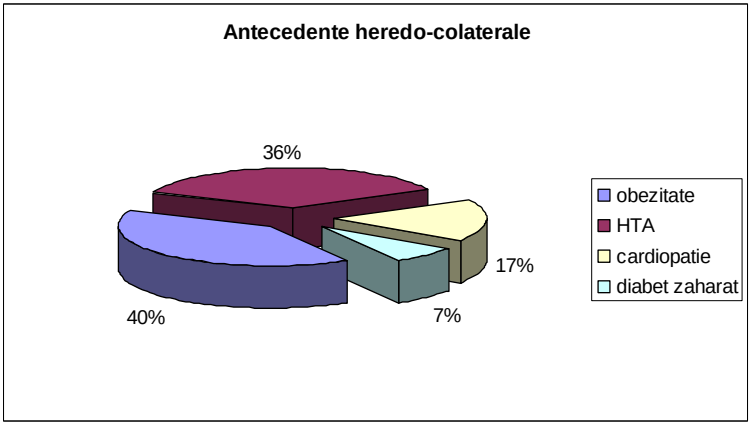
Activitatea fizică este cel de-al doilea factor cu rol major în geneza obezității. În rândurile elevilor din studiul nostru exercițiile fizice par a avea un rol important, astfel că fiecare copil cu obezitate practică, în medie, de 4-5 ori/săptămână exerciții fizice de cel puțin 30 minute, iar 60%dintre ei fac parte dintr-o echipă de sport a şcolii.

Totuşi, un sfert dintre ei fac exerciții fizice mai puțin de 2ori/săptămână şi acelaşi procent nu practică nici un sport. Este de remarcat, de asemenea, procentul foarte mare al elevilor cu suprapondere şi obezitate care au scutire de educație fizică – 20% (11% în colectivitatea şcolară).

În acest sens îngrijorătoare este amploarea sedentarismului la copiii şi adolescenții cu obezitate. Timpul petrecut, în medie, în fața unui ecran (televizor/calculator) este de 4 ore/zi, cu extreme de până la 7-8ore în fața calculatorului.

Obezitatea părinților constituie un factor de risc al obezității copilului atât prin eventuala determinare genetică a obezității, cât şi datorită obiceiurilor alimentare specifice fiecărei familii. În familiile elevilor cu obezitate din această şcoală obezitatea este prezentă în proporție de 40%, dar este de remarcat faptul că fetele cu vârsta cuprinsă între 7-10ani au 100% obezitate în familie.

De asemenea, antecedentele heredo-colaterale pe linie cardio-vasculară şi metabolică ale copiilor cu obezitate sunt foarte încărcate.



Graficul nr.17 Antecedente heredo-colaterale

Rebound-ul adipozității precoce este un alt factor de risc în obezitatea copilului. În studiul nostru, la 44%

dintre copii și adolescenți obezitatea s-a constituit înaintea vârstei de 6ani, procentul ajungând la 59% în cazul fetelor cu obezitate.

5.2 MANAGEMENTUL CLINIC AL OBEZITĂȚII

Managementul greutății presupune totalitatea acțiunilor prin care se realizează obiectivele terapeutice impuse de situația clinico-biologică, socială și psihologică a pacientului adolescent ce suferă de această boală. Principalele obiective propuse sunt: scădere ponderală, menținerea noii greutăți, profilaxia obezității, alături de controlul complicatiilor și al condițiilor asociate. Abordarea modernă în managementul clinic al obezității recunoaște o strategie care se bazează pe cicluri „scădere ponderală – menținere greutate".

Obiectivele managementului clinic al obezității se cer a fi stabilite împreună cu pacientul, în funcție de clasa clinica de risc, asocierile morbide și complicatiile diagnosticate. Se stabilesc în primul rând obiective pe termen scurt și ulterior pe termen lung. Se au invedere ample programe terapeutice în care sunt incluse: optimizarea stilului de viața, medicația specifică, asociate cu intervenții chirurgicale și intervenții specifice. în cadrul optimizării stilului de viața se au în vedere dietele hipocalorice, exercițiul fizic, terapia comportamentala și abandonarea fumatului și consumul de alcool.

În obezitate educația terapeutică este specifică și reprezintă totalitatea activităților efectuate de medic sau asistent medical cu scopul de a instrui pacientul asupra bolii (obezității), riscului pe care îl presupune și modalităților de terapie cele mai eficiente.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolesenții din Județul Brașov

Abordarea modernă a managementului clinic al obezității recunoaşte o strategie care se baseaza pe cicluri „scădere ponderală – menținere greutate corporală". În acest sens există câteva considerente care recomandă această strategie: greutatea ideală este greu de atins dar mai ales de menținut, precum şi observația potrivit căreia scăderi ponderale modeste, cu valori de 5-10% sunt urmate de beneficii majore asupra stării de sănătate şi pot preveni recidivele şi complicatiile supraadăugate bolii.

Educația terapeutică specifică în managementul clinic al obezității, sistematică şi continuă, este parte integrantă a tratamentului, ce trebuie urmat. Evaluarea eficienței specifice în obezitatea adolescenților este dificilă prin cuantificare intrinsecă. Din această cauza, putem spune că beneficiile se apreciază prin evaluarea obiectivelor terapeutice. Nu trebuie omis faptul că pentru atingerea obiectivelor terapeutice se presupune aplicarea unui program educațional individualizat, foarte bine structurat şi continuu adaptat condițiilor biologice şi socio-familiale ale adolescentului sau adolescentei cu implicarea acestora în propriul tratament.

Eficientă abordării moderne în terapia nonfarmacologica a obezității presupune cunoştințe complexe şi echipa multidisciplinară. O descoperire accidentală a condus la dezvoltarea unui tratament pentru obezitate despre care cercetătorii susțin că este de două ori mai eficient decât cele mai bună medicamente contra obezității care se găseşte la oră actuală pe piață medicamentelor.

Medicamentul numit TESOFENSIVA, are o putere în reducerea apetitului, încât oamenii de ştiință cred că poate fi privit că un echivalent al operațiilor de

reducere a volumului gastric. Combinat cu o dietă corespunzătoare, pacienții care ar folosi acest medicament ar putea slabi 20% din greutatea lor în mai puțin de 6 luni.



Figura 11. Reducerea „apetitului alimentar" sub influenta medicamentului

TESOFENSIVA suprimă foamea şi previne supra-alimentația prin modelarea secreției unor substanțe chimice din creier responsabile de senzația de foate (printre care şi dopamină). Acest lucru conduce la un deficit de energie pe care organismul îl compenseaza prin folosirea în procesele de ardere a grăsimii din depozitele adipoase.

Formularea acestui proiect de program special reprezintă o deschidere asupra unor probleme majore cu care se confruntă comunitățile umane și lumea medicală actuală, cu abordarea unui domeniu de vârf în ceea ce priveşte eficiența preventivă. Motivele pentru care am ales această temă sunt legate pe de calitatea de medic – evident preocupată de starea de sănătâțe a copilului deci și de obiceiurile alimentare, iar că medic m-am implicat în acest program deoarece sunt membru în comisia de

calitate în învățământ în cadrul acestei instituții de învățământ şi particip activ la diverse programe legate de sănătâțe.

Analizele OERC din 1992 au relevant că decalajul între indicatorii stării de sănătâțe ai României şi cei ai țărilor din Europa de Vest se datoresc în proporție de 20% factorilor biologici, 19% factorilor de mediu, 51% stilului de viață şi doar 10% sistemelor de îngrijire a sănătății. Aşadar stilul de viață este responsabil pentru mai mult de jumătâțe din anii pierduți prematur.

Monitorizarea comportamentelor cu risc pentru sănătâțe la adolescenți se realizează cu ajutorul unui instrument care să aibă character predictive pentru morbiditate, mortalitate, probleme sociale. În acest scop în SUA se aplică din 1990 sistemul YRBSS elaborate de CDC care reprezintă un instrument de monitorizare a riscului comportamental ce identifică priorități în epidemiologia comportamentală.

În România a fost lansat în 1998 "Program Național 10" cu acțiuni de combatere a obiceiurilor ce aduc prejudicii sănătății : fumat, consum de alcool, consum de droguri, comportament sexual cu risc, alimentăție dezechilibrată, sedentarism, agresivitate şi autoagresivitate. Elaborarea diferitelor programe de sănătâțe pe aceste teme este justificată de nocivitatea comportamentelor cu risc:

- în urmă evaluărilor OMS a rezultat faptul că din cei 850 milioane de locuitori ai Europei 100 milioane vor muri în urmă bolilor cauzate de fumat;
- consumul alcool este responsabil de o proporție mare de îmbolnăviri şi decese, estimate la 6% din decesele persoanelor sub 75 ani, 1/5 din spitalizările acute sunt

legate de consumul de alcool; un procent mare de fapte antisociale sunt datorate tot consumului de alcool;

- consumul de substanțe psihoactive – droguri reprezintă un risc major pentru sănătâțe – moartea prematură prin supradoză, afecțiuni neurologice, psihice, cardiace, renale datorate acestor substanțe; fapte antisociale săvârşițe sub influența sau pentru obținerea fondurilor necesare procurării drogului;

- alimentația nerațională – produce apariția de timpuriu a obezității, hipertensiunii arteriale, afecțiunilor hepatice toate acestea ducând la multiple spitalizări sau dimpotrivă la malnutriție protein-calorică cu afectarea proporțională a apăratelor şi sistemelor organismului; - sedentarismul produce răsturnarea echilibrului natural al organismului în ceea ce priveşte regimul de muncă/odihnă, perturbează ritmul de somn/veghe, produce dereglări neurologice, cardiovasculare, psihice ceea ce duce la spitalizări şi alterează calitatea vieții;

- comportamentul sexual cu risc – riscul de contactare şi răspândire a bolilor minore şi majore cu transmitere sexuală, risc de scădere considerabilă a duratei şi călității vieții; - agresivitatea şi autoagresivitatea cu risc pentru săvârşirea de fapte antisociale, invalidante pentru individ sau societate, risc de deces violent premature, instituționalizare, scăderea călității vieții.

Comportamentele cu risc prejudiciază calitatea vieții individului şi a celor din jur, complicațiile lor solicită considerabil serviciile de sănătâțe, iar costurile pentru tratamentul îmbolnăvirilor apărute şi a situățiilor sociale create în urmă practicării lor sunt extreme de mari.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolesenții din Județul Brașov

Pe de altă parte cel mai eficient şi economicos mod de îmbunătățire a stării de sănătâțe este promovarea unor comportamente de viață sanogene. Pentru a-şi atinge obiectivele promovarea sănătății nu trebuie să se facă în mod haotic, la întâmplare, ci prin structuri şi metode bine organizate, care acționează țintit asupra unor probleme constatate prin evaluări obiective.

Obezitatea – definită că un exces de masă grasă – este o boală cronică de nutriție, multifactorială, produsă prin interacțiunea dintre factori genetici şi de mediu. Ea reprezintă o problemă majoră de sănătâțe publică, prevalența ei fiind într-o creştere alarmantă în numeroase țări.

Obezitatea copilului şi adolescentului se înscrie, la rândul ei, într-o curbă ascendentă, fiind considerată că "o nouă epidemie". Acest fapt este legat de modificările modului de viață, de mediul familial, de un nou echilibru între aportul alimentar şi nevoile energetice, că şi de predispoziția genetică.

Probabilitatea că un tânăr să rămână obez la vârsta de adult variază între 20-50% nainte de pubertate şi între 50-70% după pubertate, ceea ce demonstrează faptul că obezitatea în adolescență este un factor predictive pentru obezitatea la vârsta adultă.

Principalul risc al obezitâții copilului este persistența la vârsta de adult, cu complicațiile metabolice şi cardiovasculare pe care le presupune. În acelaşi timp, consecințele de ordin psiho-social ale supraponderii şi obezitâții la copil şi adolescent, nu pot fi neglijate. În spatele unei supraponderi se poate ascunde o ştimă de sine scăzută şi chiar suferință psihică.

Datorită particularităților legate de vârstă, modelarea atitudinii corecte față de alimentație și activitatea fizică este dificilă la copilul de vârstă școlară și la adolescent. Influența preponderentă a grupului de prieteni este semnificativă chiar și în determinarea comportamentului lor alimentar. În plus, preocuparea față de "siluetă" , în special a fetelor, duce la adoptarea de comportamente nasănătoase pentru controlul greutății corporale.

Cu toate că problemă obezității este dezbătută intens în această perioadă în toate țările lumii, prevalența obezității în populația generală a țării noastre nu este cunoscută. De asemenea , nu există studii care să furnizeze date legate de nivelul real al supraponderii și obezității la copii și adolescenți, deși este bănuit că există o incidență din ce în ce mai mare a acestora.

Conștienți fiind că datele nu pot fi extrapolate, ne-am propus să realizăm un program de combatere a supraponderii și obezității la copii și adolescenții dintr-o colectivitate școlară a municipiului BRAșov respectiv Colegiul Național "Dr. IOAN MEȘOTA" Brașov în anul școlar 2007/2008, realizând concomitent și un studiu care să evalueze prevalența supraponderii și obezității în aceeași colectivitate școlară. Dat fiind rolul important al malnutriției în determinismul obezității, am studiat comportamentul alimentar la acești copii și adolescenți, dorind să apreciem în ce măsură aportul alimentar dezechilibrat influențează starea de nutriție a acestora.

Ne-am propus, de asemenea, să identificăm eventualele comportamente psiho-sociale ale obezității la acești copii și adolescenți, dacă și felul în care ei resimț presiuni din partea mediului datorită greutății lor mărite.

Deşi complicaţiile obezităţîi apar cu preponderenţă la vârsta de adult, am dorit să cuatificăm tulburările clinice existente la copiii şi adolescenţîi cu suprapondere şi obezitate din această colectivitate şcolară. În majoritatea ţărilor dezvoltate din lume, datorită amplorii fenomenului, s-au pus la punct programe naţionale de nutriţie sănătoasă şi există o depistare precoce a copiilor cu risc la obezitate în care sunt implicăţi pediatrii, medici de familie şi medici şcolări.

Prin studiul făcut am dorit să oferim un fundament programului de combatere a obezităţîi. Gustul şi preferinţele influenţează alegerea alimentelor la orice vârstă, dar acestea pot evoluă cu timpul. În cazul copiilor, influenţa familiei este însă considerabilă în procesul de alegere a alimentelor. Se stabileşte astfel în cursul micii copilării un fel de ierarhie în selecţia alimentelor, puternic influenţată de atitudinea părinţilor, şi, în general, de mediul familial .

Disponibilitatea şi accesibilitatea la alimente sunt esenţiale; strategiile educative bazate pe sistemul pedeapsă - recompensă cu alimente poate avea efecte nefavorabile în dobândirea de către copil a unui comportament alimentar echilibrat. Alimentele interzise devin încă şi mai mult dezirabile, iar alimentele-recompensă au o valoare afectivă crescută. Un control foarte strict al părinţilor, destinat de exemplu ar favoriză consumul de fructe şi legume şi a limita consumul de dulciuri, poate avea efect invers celui scontat.

Este important că un copil să înveţe să îşi ajusteze aportul de alimente în funcţie de semnalele sale interne ale foamei şi săţietăţîi, adaptate necesităţilor sale. Să propună o alimentăţie sănătoasă şi diversificată este, deci,

responsabilitatea părinților, dar copilul trebuie să învețe să aleagă când poate mânca şi ce trebuie să mănânce. Regimul alimentar poate fi definit că o modificare intenționată şi, frecvent, temporară, a obiceiurilor alimentare în scopul pierderii în greutate.

Preocupările cu privire la greutate şi siluetă sunt extrem de curente în timpul adolescenței. Chiar dacă sunt expuşi la riscurile reale ale obezității şi ale unei rele alimentății, tinerii sunt preocupați de idealurile de frumusețe ale unei siluete slabe, irealiste, vehiculate de media. Din păcâte, această foarte mare importanță acordată slăbirii este interpretată de adolescenți că fiind echivalentă cu frumusețea, succesul şi sănătatea. Datorită media, adolescenții descoperă şi diferitele modalități de a pierde din greutate pentru a atinge acest ideal de slăbire. Sursele de înformație oferite despre sănătâțe şi nutriție sunt adesea dubioase şi puțîn valabile, motivate mai puțîn de către datele ştiințifice cât de tendințele modei şi interese financiare. Rezultă de aici că numeroşi adolescenți resimț presiunea socială de a fi mai slabi pentru a fi mai sănătoşi şi încearcă să realizeze acest obiectiv prin alegeri nutriționale greşițe sau chiar periculoase.

Comportamentele imputabile regimurilor alimentare pot fi foarte diferite. Pentru unii dintre adolescenți acestea pot să se suprapună peste recomandările unei vieți sănătoase : aport crescut de fructe, legume şi cereale integrale, efectuarea de exerciții fizice. În acelaşi timp, însă, un procent important de adolescenți, şi mai ales adolescente, adoptă comportamente nesănătoase pentru controlul greutății. Astfel, saltul peste mese, regimurile „ şoc” sunt folosite

în mod curent. De asemenea, unii adolescenți fumează pentru a-şi menține greutatea.

Regimul la adolescenți poate avea potențial negativ asupra sănătății. Carențe nutriționale, în special de fier şi calciu pot fi întâlnite pe termen scurt sau lung. La copiii şi adolescenții aflați în plină creştere o scădere chiar marginală a aportului energetic se poate asocia cu o decelerare a creşterii. De asemenea, o alimentație dezordonată, chiar în absența unei pierderi substanțiale în greutate se poate asocia cu cicluri menstruale neregulate.

Consecințele psihice pe termen scurt şi lung ale restricțiiolr alimentare sunt în mare parte necunoscute ; se pot bănui însă neatenția, iritabilitatea, tendința de a mânca prea mult. Aceste simptome pot avea repercursiuni la adolescenții imaturi care trăiesc un proces rapid de dezvoltare socială şi psihologică.

CONSUMUL DE DROGURI, ALCOOL, FUMATUL, CAFEAUA

Alcoolul, tutunul, cafeaua, drogurile sunt cele mai răspândite droguri în întreaga lume. Prin consumul acestora vreme îndelungată se produce o scurtare voită a vieții, o sinucidere lentă. Practică este tot mai alarmantă în rândul adolescenților de la vârste din ce în ce mai fragede. Fumatul, consumul de alcool, cafea, pepsi, pastile cofeinizate trebuie conbatute prin mjloace informaționale, prin proiecte, programe care să vizeze în primul rând adolescenții. De aceea informarea elevilor şi/sau adolescenților cu privire la aceste comportamente cu risc, la orele de educație pentru sănătate, duce la prevenirea apariției acestui flagel la adolescenți şi tineri.

Tutunul, alcoolul și cafeaua se mai numesc generic și „toxine de plăcere”. Consumul îndelungat, exagerat al acestor droguri poate creă dependentă și de cele mai multe ori favorizează sau se asociază cu experimentarea altor droguri cu mult mai periculoase mai ales în rândul adolescenților.

Obiceiul tot mai frecvent al adolescenților de a fumă, consumă alcool, cafea, obiceiuri care nu în rare situații se asociază chair și ocazional cu consumul de droguri, o realitate ce nu trebuie ascunsă ci combatuta prin toate mijloacele de care dispunem, iar apoi luată o decizie fermă în acest sens.

De acea, informarea elevilor și/sau adolescenților cu privire la marile pericole ale fumatului, consumului de alcool, cafea constituie o componentă importantă a educație pentru sănătate, prevenirea fiind chiar cheia acestei componente. Dar trebuie cunoscut și aspectul major și deloc de neglijat care ne arta că trebuie să cunoaștem efectele nocive ale acestor droguri asupra organismului pentru a avea un succes maxim în reușită și finalizarea unui „PROGRAM ANTIDROG” indiferent de tipul „drogului” consumat (fie el chiar cafea, alcool, tutun sau chair droguri că atare).

Multe din comportamentele de risc nu sunt distribuite în rândul populației la întâmplare, ci de cele mai multe ori ele sunt asociate unor modele sociale. Astfel se poate constată că o mare majoritate dintre adolescenții care fumează consumă și alcool. Cei care promovează diete ale unui anumit stil de viața sănătos sunt și activi și invers, cei care nu fac mișcare au tendința să consume alimente nesănătoase, abuz de cafea etc.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adoleșenții din Județul Brașov

Înțelegerea cauzelor care determină comportamentele de risc ale adolescenților şi nu numai, comportamente cu risc crescut pentru sănătate, ne duce pe tărâmul contextului social. Mediul social influențează comportamentul prin stabilirea de norme, aplicarea modelelor de control social (care pot fi de promovare, sau de agravare a sănătății), facilitarea sau implicarea angajării în unele comportamente şi în reducerea sau producerea factorilor de stress. Stresul determină unele persoane să se angajeze în comportamente neadecvate pentru depăşirea situației pe termen lung. în acest mod, fumatul, consumul exagerat de cafea, consumul de droguri sau consumul de alcool reprezintă doar o rezolvare de moment, care se complica de cele mai multe ori cu instalarea dependentei de care de cele mai multe ori respectivii adolescenți/adolescente nu mai pot scăpa. De multe ori se asociază şi o creştere a consumului acestor substanțe cu efecte dezastruoase asupra sănătății lor.

Mortalitatea, morbiditatea şi invaliditatea sunt scăzute la populația avantajată din punct de vedere economic de sute de ani. Cercetările au arătat că în determinarea stării de sănătate calitatea legăturilor sociale şi mărimea sprijinului social au un rol primordial. Aceste legături se manifestea la nivelul populațional prin modelul coeziunii sociale şi a capitalului social. Examinând relațiile sociale de la începutul copilăriei şi/sau adolescenței s-a demonstrat ulterior importantă unor legături profunde, pline de semnificație şi dragoste şi chiar afectivitate umană asupra relațiilor intime. Indivizii adolescenți cu modele relaționale pozitive (relații pozitive cu părinții în copilărie, relații bune între

soți la adulți) sunt supuși mai puțin la o încărcătură alostatica mare comparativ cu cei care au modele relațional negative.

De semenea forță relațiilor pare să ofere o protecție împotriva adversarilor și adversităților economice cumulate dar nu poate îmbunătăți întotdeauna starea de sănătate a persoanei respective. Conflictele sociale au demonstrat o creștere a superficialității la diferite infecții. Izolarea socială și însingurarea sunt asociate cu schimbări fiziologice ale presiunii arteriale, catecolaminelor, aspecte celulare și aspecte umorale ale funcțiilor umane.

Rețeaua socială este plasa relațiilor sociale cu durată și finalitatea ei caracteristică. Dovezi epidemiologice conștiente sprijină faptul că legăturile sociale, în special contactele sociale intime și sprijinul emoțional pe care îl poartă cu ele promovează o supraviețuire mai mare și un prornostic mai bun după infarct miocardic, sau diferite bolicardiovasculare grave. în general rețeaua socială este legată mai strâns de mortalitate decât de incidentă și debutul bolilor respectiv al îmbolnăvirilor.

Intervențiile trebuie să țină seamă de faptul că popualtia trăiește intr-un sistem economic, politic și social care își croiește comportamentul și accesul la resursele de care are nevoie pentru menținerea unei bune stări de sănătate. Medicul școlar trebuie să țină seamă de caracteristicile familiale, ecologice și socio-culturale ale elevilor și/sau adolescenților precum și de interatiunile acestora pentru controlul stării lor de sănătate.

Două din studiile privind comportamentele care au un risc pentru sănătate și s-au impus în ultimii ani au

debutat în Europa în perioadă anilor 1983 – 1984 şi altul în anul 1990 în Statele Unite ale Americii. Studiul European care se face sub egidă BIROULUI REGIONAL PENTRU EUROPA AL OMS şi se afla la a VI – a etapă, a pornit cu eşantioane naționale în cinci țări şi a ajuns la etapă a VI – a la 35 de țări participante.
ROMÂNIA NU A PARTICIPAT LA ACEST STUDIU EFECTUAT!

În anul 2000 „PROGRAMUL NAȚIONAL NR. 10" întroduce „Studiul Comportamentelor de risc la elevi" folosind chestionarul elaborat de CDC ATLANTA PENTRU STUDIUL DIN SUA. Acest studiu efectuat de americani la elevii de gimnaziu şi liceu din doi în doi ani începând cu anul 1990 a folosit chestionare „YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEY" şi chestionare „YOUTH RISK BEHAVIOR SEVERITY".

Ultima etapă de evaluare a comportamentelor cu risc pentru sănătate la elevii şi/sau adolescenții atât din SUA dar şi din ROMÂNIA a fost efectuat în anul 2000. În prezent implicarea ROMÂNIA în mişcarea internațională de control a comportamentelor cu risc pentru sănătatea realizată prin acțiunile legate de negocierile pentru aderarea la Uniunea Europeană, având toate drepturile ce se cuvin (pe aspecte de sănătate).

În acest fel începând cu anul 2003 ROMÂNIA a fost inclusă în grupul de țări în care se va realiza „GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY" cu asistenta şi sprijin din partea OMS şi CDC folosind testele de evaluare YRBSS.

6.1 FUMATUL

Din cei 215 milioane de fumători din Europa, 130 de milioane sunt bărbați. Numărul anual de decese atribuite fumatului este estimat la 1,2 milioane de decese (adică 19% din totalul deceselor). Din aceste decese 700 000 se produc în țările din Europa Centrală şi de Răsărit şi în statele desprinse din fostă URSS. O anchetă efectuată în 25 de țări europene care acoperă 60% din populația regiunii, media fumătorilor de sex masculin este de 34% în țările din Vestul Europei şi 47% în țările din Est.

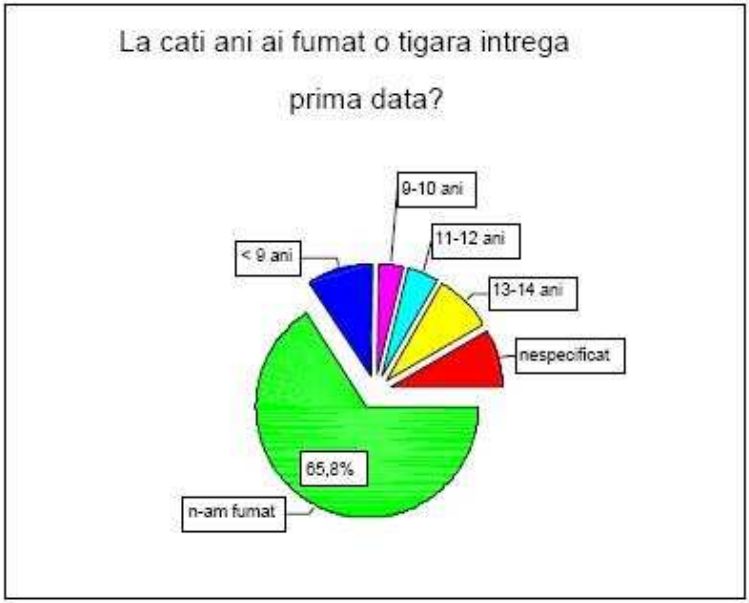
În rândul femeilor, prevalentă fumatului este de 25% pentru partea vestică şi 20% pentru cea estică. în 11 din țările investigate, prevalentă fumatului ajunge la peste 50%, doar 5 țări au o prevalentă sub 30% şi numai 3% prevalentă este sub 10%. Fumatul este un comportament bine stabilit şi la elevii şi tinerii din Județul Braşov, dar şi din întreaga țară, iar date disponibile nu arăta că proporția fumătorilor ar fi în scădere. în Europa luată că întreg, prevalentă fumatului la populația de 15-18 ani este estimată la circa 30% cu o ușoară tendința de creştere fără să arate o scădere a prevalentei acestui flagel în ultimii ani.

În ROMÂNIA 31,7% din adolescenți fumează în mod curent. Conform studiului național privind comportamentul cu risc pentru sănătate din anul 2003, prevalentă cea mai mare se înregistrează în Transilvania (32,7%) şi cea mai mică în Bănat (23,58%). Numărul liceenilor care fumează în mod curent creste de la 23,65% în clasa a IX – a la o valoare alarmantă e 40, 86% la cei din clasa a XII – a. în privința intensității

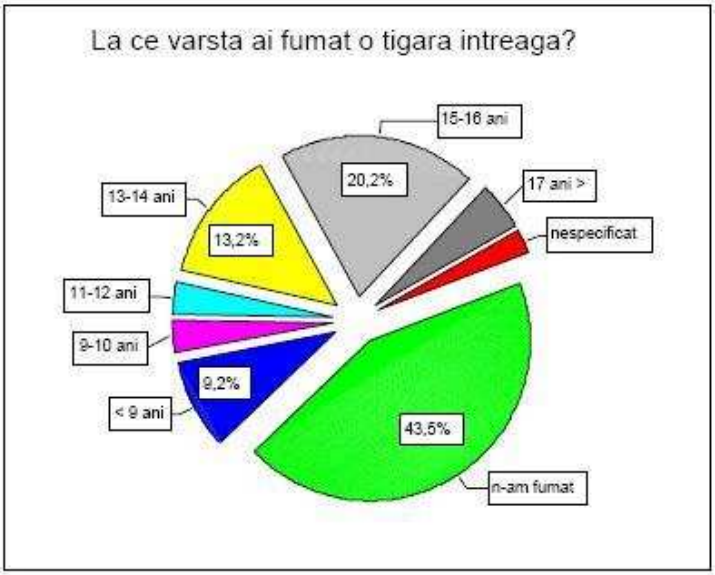
fumatului se constată că 6,29% din fumători declară că au fumat mai mult de 10 ţigări pe zi în lună care a precedat anchetă efectuată.

Pe primul loc în acest clasament se situează elevii din Muntenia (6,95%), iar pe ultimul loc se afla elevii din Bănat (3, 72%). Între 68,29% şi 85,26% din elevii de liceu

fumători, au fumat şi în clasele de gimnaziu (V-VIII). Din anul 2003 se constată o creştere liniară a frecventei elevilor fumători, astfel că de la 20,11% în 1999 s-a ajuns la o prevalentă de 31,7% în anul 2003 şi pe baza acestor date se prognozează că în anii 2006-2007 prevalentă să fie de 40,5-48% (poate chiar în jurul valorii de 50%).



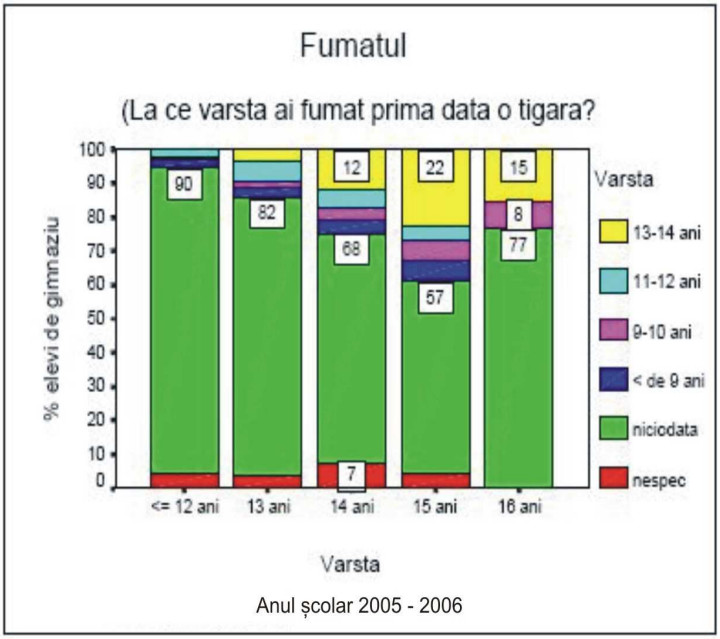
Graficul nr.18 Vârsta de debut a fumătorilor



Graficul nr. 19. Ponderea vârstei de debut a fumătorilor

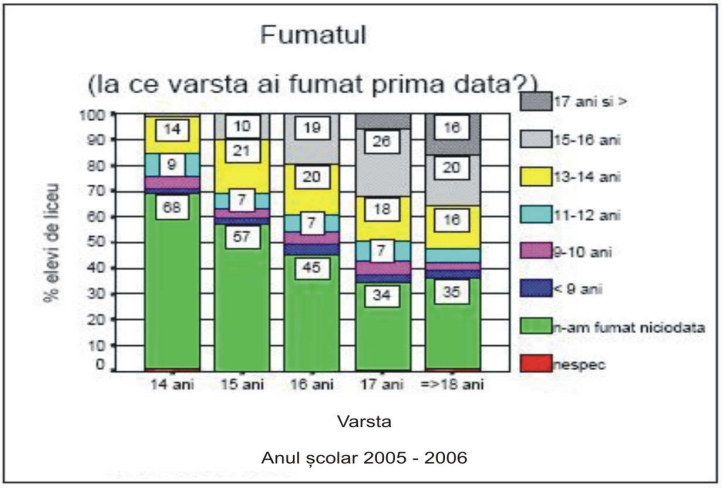
În studiul efectuat în Județul Brașov în anul școlar 2005-2006 am analizat acest factor de risc pentru sănătatea imediata și tardivă a elevilor din clasele gimnaziale și cele de liceu respectiv școli profesionale. Comparatia privind vârsta de debut a fumatului la cele două categorii de elevi, ne arăta că s-au produs unele modificări în privința procentului celor care încep să fumeze încă din școală. Astfel, în anul școlar 2000-2001 aproximativ 65,8% din elevii de gimnaziu (clasele V-VIII) au declarat că nu au fumat în timp ce elevii de liceu, doar 43,5% declară acest lucru. Fața de un procent de 9,2% de elevi de liceu care au început să fumeze înainte vârstei de 9 ani, nu constatăm modificări semnificative la elevii din ciclul gimnazial, dar faptul că cei care nu fumează este mai mare, se constituie intr-o

premisă de intervenție pentru păstrarea acestora în rândul nefumatorilor prin orice metode.

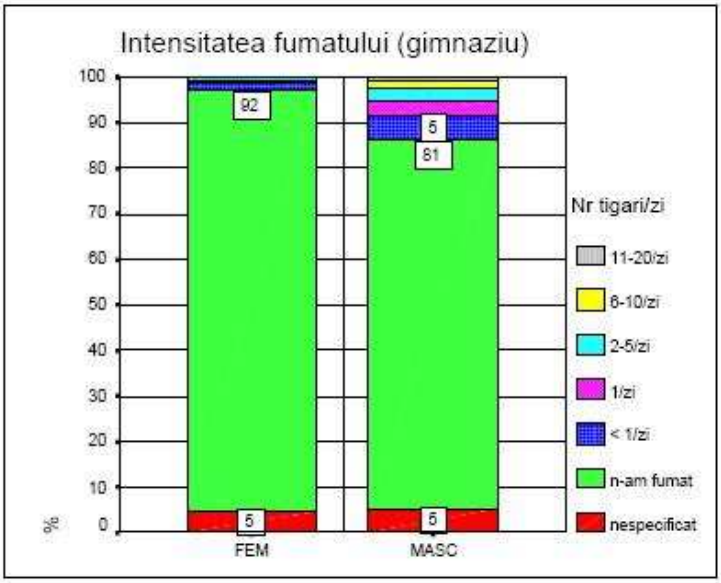


Graficul nr. 20 Aderenta la fumat – elevii de gimnaziu

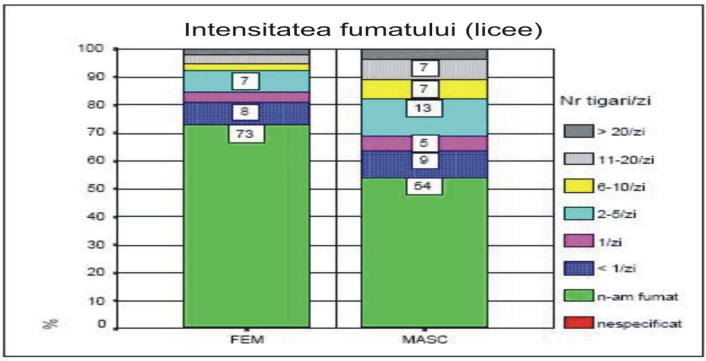
În privința intensității fumatului la elevii din liceu se constată că în anul şcolar 2005-2006 se produce o creştere a proporției fumătorilor la elevii celor două sexe proporția fumătorilor fiind de 33% fața de anul 2001 când elevii de liceu fumau în proporție de 27% iar elevii de liceu declarau o proporție de 46%. Această modificare este semnificativă pentru ambele sexe.



Graficul nr. 21. Aderența la fumat – elevii de liceu

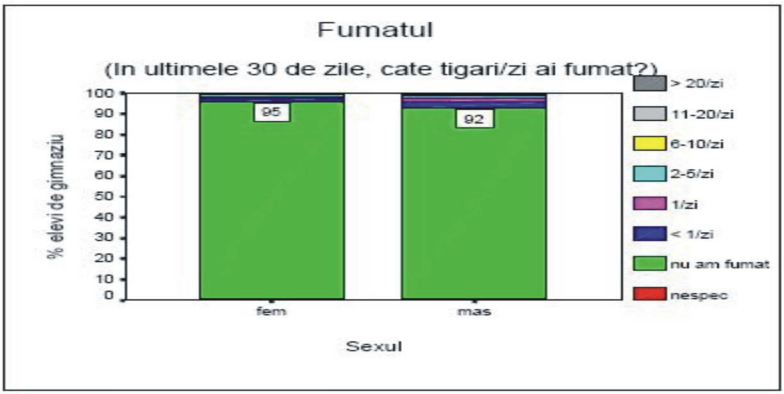


Graficul nr. 22. Intensitatea fumatului – elevii de gimnaziu

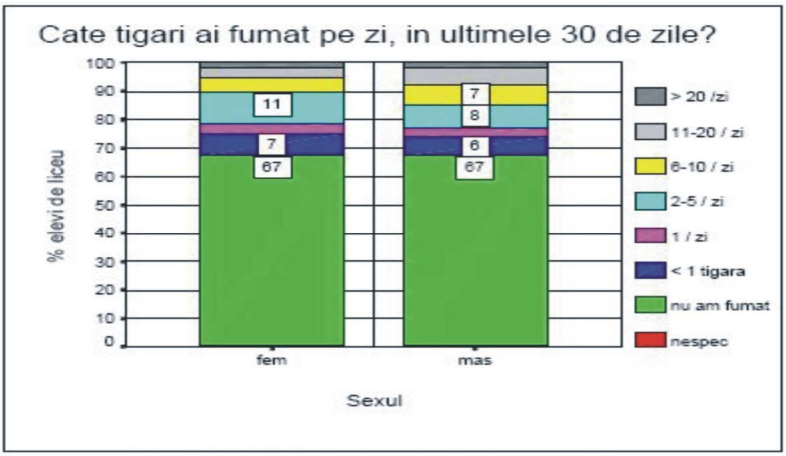


Graficul nr.23. Intensitatea fumatului – elevii de liceu

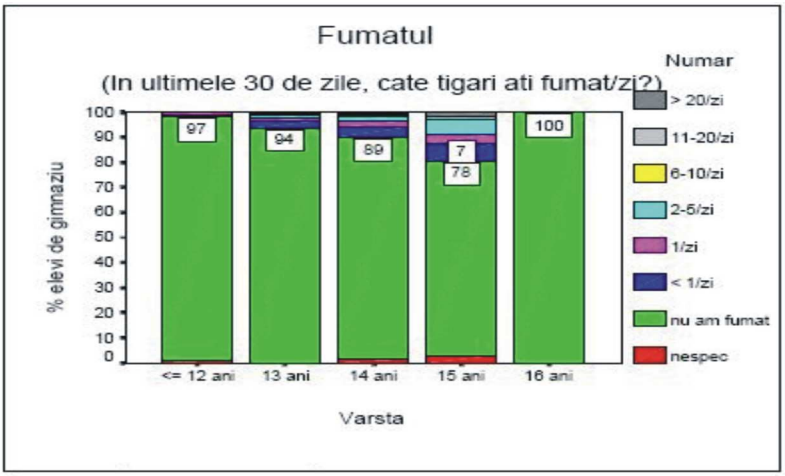
În anul şcolar 2005-2006 un procent de 24% din elevii de ambele sexe declară că fumează la şcoală, iar un procent de 35% dintre cei care fumează declară că au încercat sau încearcă să se lase de fumat. Un procent de 30% din elevi declară că fumează peste 7 țigări/zi, iar dintre aceştia peste jumătate fumează mai mult de 10 țigări/zi, unii ajungând să fumeze chiar şi un pachet/zi.



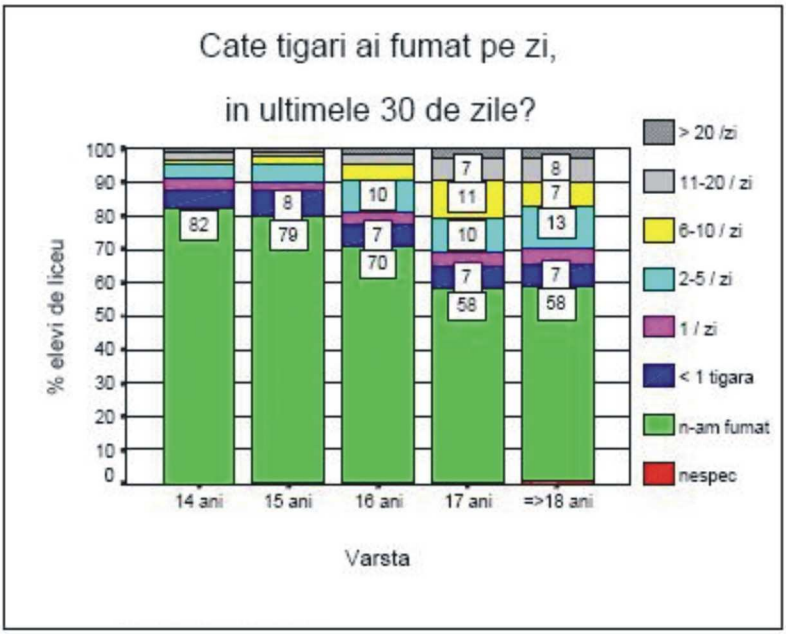
Graficul nr. 24. Intensitatea fumatului pe sexe – elevii de gimnaziu



Graficul nr. 25. Intensitatea fumatului pe sexe – elevii de liceu



Graficul nr. 26. Intensitatea fumatului în funcție de vârstă – elevii de gimnaziu



Graficul nr. 27. Intensitatea fumatului in functie de varsta – elevii de liceu

MĂSURI DE PREVENIRE ŞI COMBATERE A FUMATULUI LA ADOLESCENȚII ŞI ADOLESCENTELE DIN ROMÂNIA

Cercetările efectuate de Institutul de Pediatrie din Londra indică faptul că fumatul este asociat cu declinul inteligentei, puterii de concentrare. Cercetătorii au demonstrat că majoritatea fumătorilor au probleme de sănătate mai mari decât nefumtori sau chiar şi fața de foştii fumători. Fumatul este un factor extrem de nociv ce contribuie marcant la bolile cardiovasculare şi

arteroscleroza, îngustează arterele şi în acest mod duce la procesele de ischemie cerebrală şi coronariană. Ischemia cerebrală poate explica declinul inteligentei şi capacității de concentrare a adolescenților dar în general a tuturor fumătorilor.

Studiul realizat este unul din lungă serie de cercetări ce demonstrează impactul negativ pe care fumatul îl are asupra sănătății şi stării de bine a oamenilor (elevi, adolescenți, adulți), cu toate celelalte distrugeri provocate de fumat – incluzând bolile cardiovasculare, cancerul, empfizemul etc. – declinul inteligentei se adăugă la „listă neagră" de probleme de sănătate pe care fumătorii şi le produc singuri.

Consider că toate aceste studii sunt o veritabilă chemare la renunțarea la acest obicei şi acceptarea unui ajutor prompt şi profesionist pentru a fi sigur că el se şi întâmpla. Programele şcolare destinate combaterii fumatului şi a efectelor lui, trebuie să încurajeze elevii să nu experimenteze folosirea tutunului sub orice formă. Pentru cei care au încercat deja să fumeze sau au mestecat sau prizat tutun, sau pentru cei care sunt fumători obişnuiți, programele trebuie să urmărească încurajarea stopării imediate a consumului sub orice formă iar cei care nu pot trebuie ajutați, prin metode terapeutice la fel că în cazul altor droguri.

Includerea în PROGRAMUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ NR. 1 a supraveghereii comportamentelor cu risc pentru sănătate folosind YRBS (YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEY conceput de CDC) urmăreşte comportamentul specific fața de consumul de tutun prin seturi de chestionare/întrebări care pot stă la baza fundamentării şi evaluării programelor de intervenție

pentru modificarea comportamentului cu risc pentru sănătatea elevilor nu numai din Județul Braşov ci din întreaga țară.

Fumatul este singură cauza importantă de mortalitate prematură care se dezvolta la nivel mondial. Estimarea impactului fumatului asupra stării de sănătate în sud-estul Europei este îngreunat de lipsa datelor corecte. Cu toate acestea se apreciază că în anul 1995 la bărbații de 35-69 de ani din România şi Bulgăria şi intr-o oarecare măsură în fostă Iugoslavie, circa o treime din decese poate fi atribuită fumatului.

Evaluarea corectă a consumului de tutun este împiedicată şi de nivelul înalt al contrabandei cu țigări. Cu toate acestea se apreciază că în acesta zona geografică consumul de țigări pe cap de locuitor era mai mare decât în Uniunea Europeană cu aproximativ 35,2% în anul 1999. Studiile efectuate privind fumatul la tineri arăta un nivel al fumatului similar cu cel din cadrul Uniunii Europene.

Tendințele de evoluție ale acestui comportament la tineri arăta o creştere anumarului de fumători (mai ales adolescenți) în Croatia la ambele sexe. Statisticile disponibile, combinate cu schimbările produse în industria tutunului, sugerează că impactul asupra sănătății produs de fumat în această zona vor continuă să se înrăutățească în anii care vor veni şi că tutunul va constitui o amenințare majoră pentru sănătate dacă nu se iau măsuri pentru controlul consumului, mai ales la nivelul adolescenților.

Controlul efectiv al consumului de tutun necesită aplicarea unui set comprehensiv de măsuri care includ creşterea taxelor şi controlul contrabandei, informarea

consumătorilor asupra impactului fumatului, interzicerea completa a tuturor reclamelor de promovare, restrângerea fumatului în locurile publice şi asigurarea unor servicii eficiente pentru sprijinirea terapiei de renunțare la fumat. în pofida amplorarii problemelor economice şi de sănătate produse de tutun se constată că în această parte a Europei, fumatului i s-a acordat o importantă redusă că problemă de sănătate publică. Astfel în multe din țările din această zona lipsesc acțiunile conjugate intersectorial pentru controlul aceste epidemii, mai ales din cauza lipsei reglementărilor, slăbiciunii sistemului judiciar şi al politiei, dar şi din cauza ignorării de către putere (diferitelor guverne) a problemelor de sănătate publică şi neglijării combaterii crimei organizate care controlează contrabandă cu țigări, alcool, droguri. Se constată de asemenea că statul nu poate face fața factorilor care determină epidemia mondială de fumat, de aceea s-a recunoscut tot mai mult necesitatea unor strategii globale şi se susține un parteneriat extins pentru controlul consumului de tutun.

În acest sens în Europa, Uniunea Europeană joacă un rol important în dezvoltarea unei legislații supranaționale pentru controlul fumatului şi al consumului de tutun. Regiunea Europeană a OMS are la activ mai multe planuri de acțiune şi în anul 2002 a fost adoptată o „Convenție" pentru controlul asupra tutunului care poate avea o contribuție enormă la scăderea poverii bolilor produse de fumat, dar care a fost semnată în zona noastră geografică până în prezent doar în Bulgăria şi nu a fost ratificată încă de nici o țară semnatară. Pentru asigurarea unui control efectiv asupra consumului de tutun este necesară implicarea mai mult agenții

guvernamentale (ministerulu finanțelor, ministerul agriculturii, ministerul educației şi cercetării, ministerul sănătății, ministerul comertului, ministerul administrației publice şi internelor). În țările cu venit mediu, controlul consumului produselor de tutun este în general eficient că parte componentă a unui pachet de măsuri de baza de sănătate publică.

Recomandări care sintetizează strategia de intervenție eficientă a consumului de tutun în şcoli: Dezvoltarea şi impunerea politicilor privind fumatul în şcoli; Instruirea privind efectele negative pe termen scurt şi lung şi a consecințelor psihologice şi sociale ale fumatului, normelor de comportament fața de colegi şi modul de a refuză îndemnul la fumat;

Programul de educație pentru prevenirea fumatului şi a dependentei de nicotină va cuprinde toți copiii şi tinerii de la grădinițe până la ultima clasa de liceu şi/sau şcoală postliceală sau profesională. El trebuie să fie cel mai intens în gimnaziu când se constată că începe aderarea la acest tip de comportament şi apoi va fi consolidat în liceu;

Profesorii care se ocupă de acest program trebuie să fie instruiți în mod special; Toate programele de prevenire a fumatului din colectivitatile şcolare trebuie să fie sprijinite de familie; Elevii dar şi adulții din colectivitatile şcolare trebuie ajutați să se lase de fumat; Evaluarea la intervale regulate a programelor de prevenire a fumatului şi consumului de tutun.Pentru a avea o eficientă maximă programele de sănătate de prevenire a fumatului din colectivitatile şcolare trebuie planificate şi proiectate cu foarte mare grijă pornind de la realitățile locale;

Folosind experiența altor țări în acest domeniu vom avea posibilitatea aplicării celor mai eficiente măsuri cu costuri şi erori cât mai reduse. Programele şcolare de prevenire a fumatului pot sprijini strategia națională de reducere a poverii fizice, emoționale şi financiare provocate de fumat şi consumul de tutun în unitățile de învățământ din România.

FUMATUL IN ROMANIA PE GRUPE DE VARSTA		
GRUPA DE VARSTA	BARBATI (%)	FEMEI (%)
15 – 24 ANI	32,8%	17,4%
25 – 44 ANI	61,7%	25,0%
45 – 64 ANI	44,3%	10,5%
PESTE 65 ANI	20,6%	6,5%

Figura 12. Tabel – Fumatul în România pe grupe de vârstă.

CONSUMUL DE TIGARI PE ZI	
TIP DE CONSUM (cantitate)	PROCENT DIN TOTALUL ADOLESCENTILOR (%)
OCAZIONAL	5,5%
3 – 9 TIGARI / ZI	3,4%
10 – 15 TIGARI / ZI	9,7%
PESTE 20 TIGARI / ZI	9,4%

Figura 13. Tabel – Consumul de țigări pe zi în rândul adolescenților.

Problemele grave de sănătate cauzate de fumat sau/şi consumul de tutun la vârste din ce în ce mai fragede şi în cântați de cele mai multe ori crescute au

făcut că în contextul legislativ actual al României dar prin LEGEA NR. 348 din dată de 6 iunie 2002, lege privind prevenirea şi combaterea consumului produselor din tutun, lege care ulterior a fost completata prin ORDONANȚĂ NR. 13 din dată de 30 ianuarie 2003. Această ordonanță interzice complet fumatul în unitățile sanitare de stat sau private, precum şi în unitățile de învățământ din România.

Pentru a veni în sprijinul personalului medical (medici şi/sau asistenți medicali) se emite LEGEA NR. 90 din dată de 5 aprilie 2004, precum şi LEGEA NR. 553 din dată de 30 noiembrie 2004, care promovează proiecte, atitudini şi tipologii de programe legale care au că principal scop convingerea pentru a se renunță la acest viciu atât de nociv. Un studiu efectuat la nivelul şcolilor din România privind fumatul şi/sau consumul de tutun în rândul copiilor şi adolescenților a relevat faptul că în anul 2003 prevalentă consumului de tutun sub orice formă era de aproximativ 28%, lucaru care a ilustrat o creştere tfaa de anul 1999 cu circa 16%.

Pentru o reuşită deplină a acestor programe antitabac este necesar că toți participanții să cunoască amănunțit legislația în vigoare referitor la prevenirea şi combaterea efectelor consumului de tutun şi să promoveze prin diferite mijloace transmiterea acestui obiectiv la cât mai multe persoane. Un alt aspect program antitabac să cunoască dar în aceeaşi măsură să şi conştientizeze efectele nocive pe care le are consumul de tutun asupra sănătății fumătorului, dar şi asupra persoanelor din jurul lui. Este obligatoriu că un număr cât mai mare din participanții la acest program de combatere a fumatului să renunțe la fumat.

Fumatul pasiv este şi el nociv. Din păcate noțiunea de fumat pasiv constituie un subiect tabu în România, un subiect care, în general, nu prea este abordat şi, din cauza această, oamenii dau dovadă de un deficit educațional major. Noțiunea sau aspectul de „fumat sau fumător pasiv" se referă la fumatul involuntar al celor care sunt victime inocente ale fumătorilor activi, în diferitele activități cotidiene. în momentul în care cineva îşi aprinde o țigară, fumul ce se degajă are trei componente date de curentul direct pe care îl inhalează fumătorul aparte inevitabil, un curent lateral degajat de țigară atunci când arde, şi un al treilea curent poate cel mai nociv care este dat de expirația fumătorului.

Reprezentații Ministerului Sănătății Publice doresc să-i convingă pe adolescenți, dar în general pe toți românii, să se lase de fumat prin avertismentele şi pictogramele aplicate pe pachetele de țigări. începând de la 1 ianuarie, producătorii şi importatorii produselor de tutun sunt obligați să aplice pe fiecare pachet de țigări o „pictogramă avertisment" privind rolul nociv al fumatului.

Studiile efectuate au arătat o scădere fertilității la femeile fumătoare. Fumatul diminuează rezerva ovariană de ovocite, are un puternic efect antiestrogenic şi favorizează secreția de androgeni suprarenalieni. Rata de succes a fecundării în vitro (FIV) este mai scăzute la femeile fumătoare comparativ cu femeile nefumatoare. Femeile care fumează în timpul sarcinei contribuie la scăderea fertilității copiilor de sex masculin. Acest viciu afectează o genă din testicule care contribuie la formarea spermei, potrivit rezultatelor unui studiu realizat de cercetătorii britanici.

Cercetătorii de la Universitatea din ABERDEEN spun că fumatul afectează negativ s dezvoltarea gonadelor masculine (testiculelor). Cercetătorii ştiu de mai multă vreme că fumatul afectează fertilitatea viitorului copil, dar până rcent nu s-a ştiut că acest mecanism stă în spatele acestiu fenomen. Fumatul provoacă scăderea nivelului unei gene numite DHH, care joacă un rol cheie în dezvoltarea testiculelor şi a cantității de spermă. Tinerii chiar şi copiii care sunt expuşi la fumul de țigară (chiar şi în mod pasiv) ar putea fi mai predispuşi să sufere de anumite alergii, boli respiratorii. Este posibil că fumatul pasiv să declanşeze inflamarea căilor respiratorii ale tinerilor lucru care i-ar putea face sensibili la substanțele ce declanşează diferite alergii.

6.2 CONSUMURILE DE DROGURI ŞI ALCOOL

Acțiunea inițiată de Ministerul Sănătății, Inspectoratele şcolare şi Unitățile de învățământ privind combaterea şi prevenirea consumului de droguri şi alcool în rândul tinerilor a fost extinsă la aproape toate liceele din România. Inițial punctul de plecare a fost reprezentat de liceele Sectorului 2 Bucuresti. Cu acest prilej au fost distribuite materiale promoționale cu caracter informativ în scopul prevenirii şi combaterii consumului de stupefiante, alcool, s-a acordat consiliere, iar tinerii au purtat dialog deschis cu invitații prezenți la eveniment, dar şi cu foştii consumători. Specialiştii au fost din cadrul ASOCIAȚIEI ROMANE ANTIDROG ŞI ASOCIAȚIA MESAGERII TINEREȚII.

Astfel de întâlniri, ce au că scop menținerea, dezvoltarea şi promovarea unui cadru de viața sănătos pentru tânără generație trebuie să se desfăşoare pe parcursul întregului an şcolar. Acțiunile desfăşurate până în prezent în licee au că obiectiv implicarea activă a elevilor şi a cadrelor didactice în eradicarea acestui flagel, îndrumarea eventualilor consumători depistați către centrele medicale specializate, precum şi identificarea traficanților de droguri din jurul şcolilor, distribuitorilor sau comerciantilor de băuturi alcoolice din jurul unităților de învățământ.

Un număr tot mai mare de adolescenți consumă alcool sau alte substanțe toxice doar ocazional, dar chiar şi acest comportament poate fi considerat periculos, deoarece poate duce la dependentă şi la probleme secundare acesteia (consecințe ilegale, performante şcolare slabe, pierderea prietenilor din anturaj, izolare socială şi nu în ultimul rând probleme familiale). Abuzul de alcool şi substanțe toxice este o realitate în rândul adolescenților şi trebuie privită cu foarte multă seriozitate. Centrul de prevenire şi control al consumului de toxice ne arăta următoarele aspecte:

Aproximativ 10% dintre adolescenți fumează până la 15 țigări/zi, 20 de zile pe lună, procentul fiind în continuă şi alarmantă creştere. Tutunul are efecte nocive multiple pe termen lung şi crează de asemenea dependentă. Un adolescent care fumează de mai mult de 1 an, are o şansă de 80% să devină dependent;

Aproximativ 75% dintre liceeni au consumat alcool ocazional. Dintre aceştia 28% relatează episoade cu consum exagerat de alcool (mai mult de cinci băuturi țări, intr-un interval de câteva ore). Una din principalele

cauze de deces în rândul adolescenților sunt accidentele rutiere (auto) cauzate de consumul excesiv de alcool. Consumul de alcool scade inhibițiile specifice vârstei şi predispun adolescentului o viața sexuală necorespunzătoare (sexul neprotejat, sexul cu parteneri multipli) şi care creste riscul contractării unei boli cu transmitere sexuală (BTS) cum ar fi de exemplu HIV-SIDA, HEPATITELE B, C, D, E, diferitele forme de herpes, CHLAMIDYA etc., sau a unei sarcini nedorite.

Aproximativ 40% dintre adolescenți au încercat cel puțin o dată marijuana, în timp ce 22% dintre aceştia folosesc în mod frecvent acest drog. Marijuana este o opțiune des întâlnită în rândul adolescenților şi ea poate cauza pierderi de memorie, tulburări cognitive (de învățare) sau de atenție;

Aproximativ 9% dintre adolescenți au încercat cocaină, în timp ce 4% folosesc acest drog frecvent (cel puțin o dată pe lună). Cocaina este un drog care creează dependentă. El este un drog extrem de periculos, deoarece poate cauza aritmii cardiace (bătăi cardiace anormale) uneori fatale, infarct miocardic, crize pseudoepileptice sau accidente vasculare cerebrale.

Utilizarea drogurilor a devenit tot mai frecvența în ultimii ani în țară noastră, acest lucru face că problemele de sănătate, de ordin social şi familial legate de acest comportament să fie şi ele des întâlnite. Consumul de droguri poate cauza disfuncții cerebrale extrem de grave precum şi tulburări de dezvoltare şi comportament. Adolescenții care utilizează droguri au deseori o anumită dificultate în stabilirea propriei lor identități, a relațiilor interumane (inclusiv familiale), în dobândirea unei independente fizice şi psihice normale. Abuzul de

substanțe toxice poate de asemenea afecta și abilitățile cognitive ale adolescentului (procesul de învățare) care scad performantele școlare. De departe, cel mai periculos efect secundar al utilizării ocazionale a drogurilor este apariția dependentei, care duce în consecință la abuzul cronic de astfel de substanțe.

Există diferiți factori personali, familiali sau sociali care cresc intr-un fel sau altul riscul pentru consumul de substanțe toxice. în astfel de situații, utilizarea toxicelor duce la dependentă și abuz cronic pentru respectivă substanță. Uneori este destul de dificil pentru părinți sau membrii anturajului să identifice o problemă legată de consumul de toxice în rândul adolescenților.

Unii părinți suspectează eventuala utilizare a drogurilor, în cazul adolescenților care prezintă un comportament anormal (negativism, negare, izolare), cu toate că acest comportament poate fi considerat normal la această vârsta. Este destul de dificil să se identifice un posibil abuz de toxice și nu este recomandat un comportament. Specialiștii recomandă ca în momentul în care există suspiciunea unui eventual abuz de toxice sau consum exagerat/cronic de alcool în rândul adolescenților să se observe cu atenție anumite modificări comportamentale caracteristice pentru astfel de situații (modificări de comportament, schimbarea look-ului, alte atitudini fața de persoanele apropiate etc.).

6.2.1 CONSUMUL DE BĂUTURI ALCOOLICE

Europa joacă un rol semnificativ în producția, comercializarea și consumul băuturilor alcoolice, dar este și purtătoarea unei poveri sociale și economice

determinante de acest fenomen. Consumul actual de alcool este responsabil de circa 10% din povara totală a bolilor , creşte riscul cirozei hepatice, al unor cancere, al hipertensiunii arteriale, accidentelor vasculare cerebrale şi pe cel al malformațiilor congenitale. în plus el creşte riscul apariției multor probleme sociale cum sunt: dezintegrarea familială, absenteismul şcolar, probleme financiare, accidente de tot felul, violentă, viol, suicid, crimă. În fiecare an 55 000 de tineri europeni mor din cauza efectelor abuzului de alcool. Unul din patru decese la bărbații între 15 – 29 de ani are legătură cu consumul de alcool. Consumul de alcool şi în special intoxicația alcoolică acută pare să explice diferența considerabilă existentă între mortalitatea observată între partea de vest şi partea de est a regiunii europene şi cea existență între diferitele sexe.

Costurile sociale, asigurările, bunăstarea, serviciile de sănătate, impunerea prevederilor legale şi penale asociate cu consumul de alcool, precum şi costurile rezultate de pierderile de producție formează un cost societal ce reprezintă un procent de 1 – 3% din PIB.

Peste 90% din țările din Regiunea Europeană a OMS au un consum anual pe persoană mai mare de doi litri de alcool, nivel considerat a fi asociat cu cea mai mică mortalitate medie, dar este cel mai mare consum din lume, pentru că media care ajungea la 7,3 litri de alcool pur pe persoană în anul 1998 oscilează între 0,9 şi 13,3 litri/persoană. Supravegherea comportamentelor cu risc pentru sănătate efectuată în România în cadrul Programului Național de Sănătate Publică Nr. 1 a adunat informații relevante privind consumul de băuturi alcoolice în rândul elevilor şi/sau adolescenților.

Consumul de alcool, investigat în JUDEȚUL BRAȘOV în anchetă privind starea de sănătate a elevilor din mediu rural poate fi folosit ca model de investigație la nivel local. Cele două chestionare care se adresează celor două categorii de elevi (gimnaziu şi liceu) cuprind câte cinci întrebări specifice prin care se urmăreşte cunoaşterea vârstei la care au gustat pentru prima dată băutură alcoolică, durata consumului, consumul în ultimele 30 de zile, de câte ori au consumat alcool în şcoală, perioada în care au băut mai multe ore în şir, dacă consumă alcool singur sau în anturaj.

NR. CTR. INTREBARE	ÎNTREBARE ADRESATĂ ADOLESCENTULUI/ADOLESCENTEI	RASPUNS
1	VÂRSTA DE DEBUT (CÂND A BĂUT PRIMA DATA)	
2	DURATA CONSUMULUI ÎN ULTIMELE 30 DE ZILE	
3	PERIOADA ÎN CARE AU BĂUT MAI MULTE ORE ÎN ŞIR	
4	DE CÂTE ORI AU BÎUT ALCOOL ÎN ŞCOALĂ	
5	DACĂ CONSUMĂ ALCOOL SINGUR SAU ÎN ANTURAJ	

Figura 14. Tabel – Chestional evaluare pentru consum alcool la adolescenti.

În studiu s-au efectual investigații şi asupra felului băuturilor alcoolice consumate în mod obişnuit sau cu o frecvența mai mare (bere, vin, băuturi tari) şi în mod mai explicit dacă au băut aşa de mult încât s-au îmbătat cu adevărat, precum şi simptomele avute post ebrietate (exaltare, euforie, agresivitate, excitație etc). Este foarte îngrijorător şi faptul că elevii de ambele sexe consumă băuturi alcoolice în cadrul şcolii. Aceste declarații anonime se întâlnesc atât în ciclul gimnazial, cât şi în cel liceal.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolescenții din Județul Brașov

Cauzele consumului de alcool: Pentru identificarea cauzelor, factorilor, şi repercursiunilor pe care le are consumul de alcool la copii şi tineri s-au efectuat numeroase cercetări. Scopul lor a fost identificarea posibilităților de profilaxie, principalele cauze care stau la baza consumului şi abuzului de alcool în rândul copiilor şi tinerilor/adolescenților pot fi găsite în jocul diferiților factori genetici, mentali, sociali şi de stil de viața. Cele mai importante cauze cunoscute şi corelațiile lor sunt:

1) CATEGORIA SOCIALĂ:

Se constată tot mai frecvent o corelație între consumul şi/sau abuzul de alcool şi poziția socială. Apartenență la un grup defavorizat este privită că un factor defavorizant pentru consumul crescut de alcool. Studii efectuate în Olanda au demonstrat totuşi că această apartenență nu este valabilă pentru adolescenți, pentru că prezența consumului de alcool şi de droguri ilicite se întâlneşte în toate straturile sociale. În multe țări există diferențe de consum între cei care au declarat că au un statut social – economic ridicat şi cei cu statul socio – economic scăzut.

2) PĂRINȚII ŞI FAMILIA:

În ceea ce priveşte legătură dintre copii şi consumul de alcool, părinții şi familia au o foarte mare importantă. În cele mai multe cazuri inițierea consumui de alcool se face în familie cu ocazia unor evenimente festive cum sunt de exemplu sărbătorirea zilei de naştere, căsătoria unor membrii de familie etc. Continuarea

consumlui de alcool depinde apoi de factori cu efect favorizant şi protector faţa de acest consum. Studiile privind influenţa familiei asupra consumului de alcool au arătat că în general efectul se exercită mai ales în copilărie şi într-o oarecare măsură la adolescenţă determină afinitatea pentru alcool. Cercetările au arătat importanţa factorilor genetici, a modelelor de comportament şi a stilului de comunicare şi de educaţie în familie.

Ambele, afinitatea de a folosi substanţe psihoactive, că alcoolul şi riscul individual de dependentă sunt codeterminate intr-o oarecare măsură şi de profilul genetic individual al adolescentului. Consumul de alcool al părinţilor înşişi prin intensitatea şi frecvenţa sa este un codeterminant decisiv al consumului de alcool al copiilor şi/sau adolescenţilor. De exemplu acolo unde părinţii consumă alcool frecvent băuturile alcoolice sunt mai uşor accesibile, fiind prezente în cantităţi mari în gospodărie. De asemenea în aceste familii, ocaziile pentru consum sunt cu mult mai frecvente astfel copii şi/sau adolescenţii au mult mai multe ocazii să consume băuturi alcoolice. Influentele educative privind efectele negative ale consumului în familiile unde părinţii au tendinţa să consume băuturi alcoolice în exces au foarte puţine şanse de succes.

Ca o regulă, în astfel de familii comportamentul actual este acompaniat de o toleranţă crescută sau chiar de o ideologie de sprijin pentru consumul de alcool dar şi pentru alte substanţe psihoactive. Copiii învăţă de la o vârstă mică pentru ce sunt folosite diferite substanţe şi ce efect au ele. Chiar preşcolarii imită în jocurile lor cu roluri de-a propune un toast, de a vorbi că o persoană

turmentată sau de a merge „pe două cărări”. Cu timpul se va vedea, aceste aspecte ale jocului, care preced propriul consum, deoarece părinții sunt primul model pentru consumul pentru alcool.

Asigurarea unui stil de viața constructiv şi mai ales de comunicare în familie îl învăță pe copil/adolescent modul de rezolvare a conflictelor, acest mod devenind foarte util pentru rezolvarea problemelor proprii. Aceşti copii/adolescenți vor putea face față mai târziu la presiunea grupurilor care vor să îi determine să consume alcool, droguri, exces de cafea sau alte comportamente cu risc pentru sănătate şi le va permite părinților lor să aibă o influență asupra cercului lor de prieteni, împiedicând contactul cu cei ce „distribuie” substanțe care produc dependentă.

3) ŞCOALA:

Deşi consumul de alcool spre deosebire de fumat , nu prea se întâlneşte în şcoală, o serie de circumstanțe în relație cu şcoală pot fi recunoscute, că având o influență clară asupra acestuia. Frecvența şi intesitatea consumului de alcool este independentă de inteligență şi rezultatele şcolare. Totuşi, unele studii arată o relație foarte clară între consumul de alcool şi rezultatele şcolare. Un studiu efectuat în GERMANIA arată că şi fumatul dar şi consumul de alcool pot fi prezise a fi experimentate de cei cu rezultate slabe la învățătură. În acest sens/context, alcoolul serveşte la început pentru compensarea stresului emoțional legat de aceste rezultate mai ales pentru că nu pot împlini speranțele părinților, sau pentru a depăşi conflictele familiare care urmează. Apoi se intră intr-un

cerc vicios care înrăutățește situația și crește consumul până la dependență sau eșec/abandon școlar. Că instituție, școala are o influența mare asupra comportamentului elevilor. În afară de familie, de grupul de prieteni, școala este locul unde copiii și/sau adolescenții își petrec o mare parte din timp. Școală este cel mai important loc de socializare și de aceea atmosfera socială și etică din această instituție nu trebuie neglijată, ci trebuie tratată că o „unitate socială cu comportament specific".

Studiul comportamentului cu risc pentru sănătate la elevi și adolescenți (HBSC) constată o disociere între frecvența „îmbătrânirilor" și stresul școlar, dar cele mai puternice asociații au fost evidențiate cu mediul școlar reflectat de starea de spirit a elevilor/adolescenților. Astfel un mediu școlar plictisitor se corelează pozitiv cu o frecvență mare de ebrietate în timp ce un mediu școlar plăcut arată o corelație negativă a acestor stări ale elevilor.

Este interesant că elevii de 13 – 15 ani declară mai puține stări de ebrietate acolo unde în mediul școlar sunt aplicate corect regulamentele școlare. Percepția unor regulamete școlare prea stricte se dovedește a fi un predictor al unor episoade frecvente de ebrietate la fel că acolo unde profesorii cer mult prea mult de la elevii lor. În mod surprinzător factorii care descriu relațiile sociale dintre elevi nu au efect asupra frecvenței consumului de alcool, la fel ca și încercarea părinților de a-și ajuta copiii/adolescenții în dificultate care arată o corelație slabă sau chiar nulă cu frecvența stărilor de ebrietate.

4) DISPONIBILITATEA PUBLICĂ ŞI RESTRICȚIILE LEGALE:

Autoritățile naționale şi locale controlează consumul de alcool prin intermediul a trei metode:

• Reglarea disponibilității băuturilor alcoolice stabilind cui, unde şi cum se vor vinde aceste băuturi alcoolice;
• Prețul diferitelor băuturi alcoolice;
• Taxele pentru băuturile alcoolice.

Numeroasele studii arăta că taxele ridicate şi deci prețurile mari ale băuturilor alcoolice au o influență decisivă asupra cantității şi tipului de băutură alcoolică consumată. Acolo unde alcoolul se găseşte doar în câteva locuri, disponibilitatea lui este limitată şi se bea mai puțin. Creşterea vârstei minime la care o persoană poate cumpăra alcool reduce semnificativ frecvența accidentelor legate de consumul lui la adolescenți.

Controlul strict al vânzărilor băuturilor alcoolice, reduce de asemenea consumul de alcool. Legi stricte pot schimba normele sociale şi toleranța societății fața de consumul băuturilor alcoolice. Măsură şi gradul în care se aplică reglementările oficiale depinde de la țară la țară. În privința vârstei de la care adolscentii pot cumpăra băuturi alcoolice ce oscilează între 15 ani în Danemarca, 16 ani în Austria, Belgia, Franța, Ungaria, 18 ani în restul țărilor din Europa cu excepția Greciei şi Portugaliei unde nu există restricții pe acest gen. În SUA vârsta legată este de 21 de ani.

Ca şi fumatul, consumul regulat de băuturi alcoolice este afecatat de prețul produselor. În acest context, contează nu numai prețul ci şi puterea de

cumpărare a adolescenților la fel că și la cumpăratul țigărilor. Proporția adolescenților care consumă băuturi alcoolice reflectă aparent dezvoltarea industrială a țării, dar trebuie adăugați și factori legați de reclame în care în multe țări nu sunt, sau sunt foarte puțin restricționate. Cu toate acestea efectele sunt conjugate și țintesc toate verigile legate de acest control privind comercializarea și consumul băuturilor alcoolice.

RISCURILE PENTRU SĂNĂTATE

Consumul băuturilor alcoolice de către copii și tineri va determină la aceștia în primul rând consecințe sociale, pentru că cele organice au nevoie de o perioadă îndelungată de acțiune pentru a se manifestă în analiză „râului social" trebuie clasificata expresia de „consumul de alcool" care în alte cuvinte subliniază ideea de cauzalitate în analiză efectelor sociale negative.

Atunci când se spune sau se face mențiunea că alcoolul este „în relație", „asociat cu", „legat de" unele comportamente sau acțiuni sociale, acest termen poate fi interpretat ca indicând o cauzalitate, dar nu poate semnifica mai mult decât că totuși atunci când alcoolul este prezent într-un anumit eveniment acest comportament sau acțiune tinde să se producă și este departe de a declara ferm că el a fost cauzat de alcool.

În unele cazuri acoolul este implicat direct cum este cazul în accidentele de circulatie. Dar chiar în astfel de cazuri sunt o serie de factori care contribuie la producerea accidentelor că de exemplu manevrarea bruscă a vehiculului în mers, apariția bruscă a unui nor de ceață, o defecțiune tehnică, porțiuni de polei pe sosea, la care un șofer „treaz" reacționează adecvat stăpânit.

Că substanță chimică alcoolul are efecte cunoscute şi previzibile. El are efecte caracteristice asupra funcțiilor metabolice ale organismului uman. Consecințele sale asupra comportamentului cuprind: efecte psihomotorii care influențează precizia mişcărilor, viteza de reacție, procesele de cunoaştere, vigilență etc., ce sunt responsabile de multe din consecințele sociale ale consumului de alcool. Cu toate acestea, ele nu sunt suficiente pentru a prezice şi explica aceste consecințe. Deteriorările produse de alcool au şi alte consecințe decât cele produse asupra sănătății. Ele sunt determinate de afectarea proceselor de cunoaştere şi de comportament care stau la baza unor fenomene negative individuale şi/sau colective în societate, determinând ceea ce se numește riscul creşterii reacțiilor negative.

Consecințele sociale ale consumului de alcool sunt diferite în funcție de contextul social în care s-a produs consumul, de loc, dar şi de cantitatea de alcool consumată. Specialiştii au constatat că efectele sociale sunt diferite la aceeaşi cantitate consumată şi că reacțiile la consum sunt diferite la societățile consumătoare de alcool fața de cele care nu consumă deloc alcool.

Prietenii fac parte din medul social în care tinerii învăța cum şi cât să bea, cum să se comporte după ce au consumat băuturi alcoolice. Influența este mutuală: tinerii sunt aleşi că prieteni ai celor ce beau în funcție de comportamentul şi atitudinea lor fața de alcool, ei se selectează şi ca adulți în funcție de preferințele de consum. Cu toate acestea, acest proces de selecție este mascat cu eticheta „presiunea colegilor” şi formează o temă repetată de conflicte, dispute între obligațiile familiale ale adolescentului şi cele de a bea cu prietenii.

Atunci când alcoolul determină stilul și conținutul vieții, el devine un determinant major al rețelei de prieteni. Calitatea prieteniei și efectele alcoolului asupra ei nu trebuie judecate în întregime după valorile clasei de mijloc.

Femeile în special adolescentele se expun la riscuri deosebite dacă fac parte din astfel de grupuri de prieteni de pahar. În multe societăți, o femeie care bea pare să semnaleze că este ușor abordabilă și pentru o parte din bărbați o astfel de femeie este prin definiție abordabilă și destul de ușor disponibilă sexual. Asfel de concepte stau la baza agresiunilor sexuale și ale violurilor care se petrec din cauza avansurilor sexuale mediate de consumul de alcool.

Mai recent în licee și universități se observă un comportament în care consumul de alcool pare de nestăpânit în rândul unor „prieteni" care vor avea în viitor probleme prin consecințele consumului exagerat. Se crede că anumite comportamente anormale sunt considetate că fiind acceptabile dacă se petrec sub influența consumului de alcool dar studiile efectuate au arătat că majoritatea populației generale nu scuză aceste ieșiri. Cu rare excepții, legislația din țările Europei de Vest nu absolvă de vină o persoană care a produs o cirmă sau o altă faptă penală, dacă aceasa fapta a fost comisa sub influența consumului de băuturi alcoolice.

Alcoolul este legat de violentă, în special de violență domestică și contribuie la vădită deteriorare a relațiilor dintre soț și sotie și la destrămarea familiei. Cele mai frecvente victime în aceste situații sunt copiii și/sau adolescenții. Alcoolismul părinților poate afecta grav dezvoltarea copilului și modul de acțiune al lui însă,

dar acest lucru nu se cunoaşte decât parțial. în mod special în aceste familii abuzul, neglijentă, izolarea şi insecuritatea sunt inconştientă comportamentului parental sunt foarte frecvente. în aceste familii riscul transmiterii între generații a problemelor legate de consumul de alcool este de 2,5 – 10 ori mai mare decât în restul familiilor unde nu există acest obicei.

Alcoolul are un impact dublu asupra educației. în primul rând părinții care beau cresc riscul performantelor scăzute la învățătură, a absentelor nemotivate sau motivate de la şcoală şi mai rău a abandonului şcolar printre copii şi/sau adolescenți. în foarte multe cazuri copiii mamelor băutoare au frecvent tulburări de atenție şi instabilitate de tip psihomotor. Dar în cazul părinților care abuzează de consmul de alcool sau abilități reduse de creştere educare a copiilor şi adolescenților pe care îi au în familie. în plus elevii mari consumători de băuturi alcoolice, sau cei care provin din astfel de familii au rezultate şcolare slabe la învățătură şi de multe ori pregătirea lor profesională se opreşte la un nivel scăzut.

În societatea modernă, alcoolul a fost considerat o cauza majoră a tulburărilor de comportament care variază de la simple nereguli la adevărate amenințări la adresa siguranței şi ordinei publice şi este recunoscut în prezent de toate autoritățile centrale dar şi de cele locale din toate sistemele: sănătate, politie şi ordine publică, sistemul judiciar, asigurări sociale, primării, consilii municipale şi/sau județene etc. care susțin controlul consumul şi comercializarii prin mijloace legale adecvate şi foarte stricte.

Costul social se ridică la peste 3% din PIB prin cheltuieli directe legate de sistemul judiciar, de sănătate

și securitate socială, dar și de pierderi materiale și de cheltuieli indirecte datorate deceselor premature și excesului de morbiditate și mortalitate.

MĂSURI DE PREVENIRE ȘI COMBATERE

Măsurile de prevenire și combatere pot fi descrise din două mari perspective: Măsuri care se adresează consumătorului individual; Măsuri care se adresează colectivitatilor.

A) MĂSURI INDIVIDUALE:

Următiți consumul de alcool și cantitatea consumată; Recomandați consumătorilor să ceară sprijinul familiei, prietenilor, specialiștilor! Se recomandă că înainte de masă să se consume una sau mai multe băuturi nealcoolice. Se recomandă să se amâne consumul de alcool în timpul zilei. Dacă totuși se consumă alcool, să se consume în porții mici și cu concentrație alcoolică redusă. Cei care consumă alcool trebuie sfătuiți să se angajeze în alte activități atunci când doresc să bea (atunci când sunt plictisiți sau stresați). Este bine că înainte de a se consumă băuturi alcoolice să se mănânce; Nu trebuie refuzat ajutorul grupului de prieteni. Trebuie redus considerabil timpul cu prietenii care sunt mari consumători de alcool, precum și barurile, cafenelele sau alte locuri și localuri unde se consumă alcool. Progresul pe calea reducerii consumului de alcool trebuie urmărit cu foarte mare atenție.Trebuie cerut de urgență sprijinul specialiștilor dacă apar fenomene de sevraj sau se impune internarea în centre specializate (dezalcolizare).

B) MĂSURI COLECTIVE:

Aceste măsuri se adresează colectivitatii şi comunității. Motivele pentru care oamenii consumă băuturi alcoolice sunt foarte variate şi mulți dintre cei care beau alcool au inclus acest comportament în viața socială. Râul făcut de alcool se extinde dincolo de persoană consumătorului, familie şi comunitate la întreaga populație. Se estimează că băuturile alcoolice sunt responsabile aşa cum s-a arătat din diferitele chestionare/statistici de aproximativ 9% din povara totală a bolilor din regiune. Alcoolul este legat de accidente şi violentă şi are o pondere mare în reducerea speranței de viața în țările unde consumul de alcool este crescut.

În consecință una din măsurile de sănătate publică care poate îmbunătăți calitatea vieții este reducerea consumului de alcool de orice fel. Globalizarea comertului şi publicității formează tot mai mult percepția, preferințele şi comportamentul copiilor şi/sau adolescenților. Astăzi mulți dintre ei dispun de bani şi au mai multe ocazii să dea curs acestor presiuni, motiv pentru care sunt mult mai vulnerabili în fața tehnicilor de marketing care au devenit mai agresive în promovarea consumului diferitelor substanțe printre care tutunul, alcoolul, drogurile, cafeaua sunt cele mai periculoase. în acelaşi timp, liberalizarea piețelor a erodat dramatic siguranță rețelelor de sănătate publică în multe țări şi a slăbit structura socială a generației tinere. Tranziția economică şi socială rapidă, sărăcia, lipsa de locuințe şi izolarea au crescut probabilitateaca tutunul, alcoolul, cafeaua, drogurile să joace un rol major şi distructiv în

viața multor copii şi adolescenți, lucru care reiese din diferitele chestionare completate de aceştia în timpul orelor de dirigenție, biologie, sau de educație pentru sănătate, acestea din urmă intrând în atribuția medicului şcolar.

Principalele tendințe în privința consumului de alcool la copii şi tineri sunt creşterea ponderii celor care experimentează consumul de băuturi alcoolice a modului de consum exagerat şi de teribilism şi/sau „beție" în special la adulții tineri, precum şi de melanj a alcoolului cu alte substanțe psihoactive (folosirea drogurilor). Studiile arăta că în prezent, la tineri se constată legături clare între folosirea alcoolului, tutunului, cafelei, drogurilor ilicite. Costul consumului de băuturi alcoolice în rândul copiilor şi tinerilor este destul de mare şi în permanentă creştere.

În prezent nu există o limita sigură care să garanteze inocuitatea consumului de alcool în special pentru copii şi tineri, de aceea politicile care se adresează tineretului trebuie să facă parte din răspunsul general al societății adulte. Copiii şi tinerii sunt o resursă pentru dezvoltarea durabilă a societății şi ei pot contribui în mod pozitiv la rezolvarea problemelor legate de alcoolism.

În acest scop, declarația 2001 privind tineretul şi alcoolul stabileşte pentru anul 2006, următoarele ținte: Reducerea substanțială a numărului de copii şi tineri care încep să consume alcool; Creşterea vârstei de deut a consumului de alcool la copii şi tineri; Reducerea substanțială a apariției şi frecventei alcoolismului la copii şi tineri; Asigurarea şi/sau extinderea alternativelor la consumul de alcool şi droguri şi creşterea pregătirii profesionale a personalului specializat care lucrează cu

aceşti copii şi tineri; Creşterea nivelului cunoştinţelor legate de consumul de alcool la această categorie de populație; Scăderea presiunilor comerciale asupra copiilor şi tinerilor prin controlul tehnicilor de marketing; Creşterea accesibilității la asistenta şi îngrijiri de sănătate pentru cei afectați de alcoolism direct şi/sau indirect.

Procesul de aplicare a acestor strategii şi măsuri trebuie să fie extinse la nivel național şi să includă reducerea consumului şi efectele negative la diferite segmente de copii şi tineri, dar mai ales evaluarea progresului către toate țintele stabilite.

6.2.2 CONSUMUL DE DROGURI ILICITE

De-a lungul istoriei, oamenii au folosit substanțele psihoactive în scop medical şi/sau medicinal, social, recreațional şi religios. Astăzi, varietatea substanțelor psihoactive continuă să fie folosită în larg sens în aceleaşi scopuri, dar de dată această fiind sancționate social. Deşi folosirea drogurilor ilicite pare să fi scăzut în ultimul rând în SUA, epidemia se deplasează pe suprafață globului acolo unde găseşte condițiile favorabile pentru distribuirea substanțelor.

În țările cu economie în curs de tranziție cum este şi România se constată o creştere alarmantă a consumului intern şi a tranzitului drogurilor către destinații tradiționale din Europa de Vest. Impactul produs de folosirea acestor substanțe asupra societății este considerabil. El este direct şi indirect. Din cele prezentate în statisticile cu privire la consumul de tutun şi alcool, dimensiunea impactului social este extrem de îngrijorătoare pentru că este rezultatul unor activități

legale şi organizate care folosesc tehnicile moderne de management pentru optimizarea activităților de distribuire şi de creştere a profitului.

Cei mai mari producători aparțin unor companii multinaționale care nu prea pot fi controlate la nivel național şi care îşi pot permite să-şi mute sediile şi făbricile în statele sărace care nu dispun de o legislație restrictivă sau nu o pot aplica.

CAUZELE CONSUMULUI DE DROGURI ILICITE

Drogurile ilicite sunt folosite de mulți oameni în exces, în mod necontrolat, în situații care nu sunt acceptate social de public, în circumstante care au efecte dăunătoare asupra sănătății sau comportamentului. Toți acești subiecți sunt considerați a avea tulburări determinate de consumul de droguri. Cauzele acestui consum de substanțe psihoactive ilicite sunt foarte complexe şi implică factori sociali, psihointelectuali, genetici, farmacologici, specifici tipului şi/sau varietății de substanțe folosite. Recunoaşterea abuzului şi tipul de substanță psihoactiva consumată.

Diagnosticul corect este de multe ori complicat din cauza consumului şi/sau abuzului atât de către pacienți cât şi de familiile acestora din cauza fricii de cosecintele legale sau sociale. Medicul poate recunoaşte dependentă şi/sau abuzul de substanțe psihoactive dacă:

Cunoaşte farmacokinetica şi parmacodinamica substanțelor psihoactive; Este capabil să identifice prezența acestor substanțe în ciuda efortului pacientului de a negă folosirea lor; Cunoaşte tratamentul în cazul intoxicației acute şi în fază de deprivare; Ştie

posibilitățile de tratament și reabilitare pe termen scurt și lung; Este conștient de unele efecte negative ale atitudinii sale fața de pacientul dependent de droguri.

RISCURILE PENTRU SĂNĂTATE

Factorii care determină o susceptibilitate individuală fața de tulburările produse de consumul de droguri nu sunt bine înțelese nici în prezent cu toate investigațiile efetuate și în pofida progreselor făcute. Aceste studii au indentificat mulți factori care adăpostesc dezvoltarea și continuarea consumului de droguri printre care pot fi incluși: factori genetici, de mediu, profesionali, socio-economici, culturali, de personalitate, de stil de viața și din cauza stresului, factori biologici, factori de învățare socială și comportamentala, factori de comorbiditate.

Contribuția relativă a acestor factori variază între indivizi și până în prezent nu a fost identificat doar un singur factor răspunzător de totalitatea efectelor. Influența factorilor genetici a fost studiată mai ales în privința alcoolismului, s-a stabilit astfel că alcoolismul este o tulburare familială. Copii alcoolicilor, în special cei de sex masculin devin la rândul lor alcoolici de câteva ori mai frecvent decât copiii proveniți din familii normale. Riscul crescut pentru alcoolism, există indiferent dacă aceşti copii sunt crescuți de părinți biologici sau de părinți adoptivi nealcoolici. De asemenea concordantă pentru alcoolism la gemenii univitelini (identici) este de două ori mai mare decât la gemenii bivitelini (frați). în responsabilitatea predispoziției genetice sunt incluse rață metabolismului etanolului și a acetaldehidei, diferențe în electrofiziologia

creierului, diferențe subiective de sensibilitate la efectele toxice ale alcoolului şi modificarea proprietăților membranelor celulare.

Pentru a avea efecte psihoactive, substatele trebuie să afecteze procesele neuronale. Modul în care acționează aceste substanțe la locul dorit este cunoscut că un proces farmacodinamic. Majoritatea substanțelor psihoactive cum sunt stimulentele, sedativele, anxiolitiale şi halucinogenele se leagă de receptori, acestea fiind componente celulare specifice. Sarcina principală a medicului în prezența unui consumător sau dependent de substanțe nu se rezumă doar la depistarea şi confirmarea diagnosticului ci şi la stabilirea unei relații efective de tratament.

În acest context medicul trebuie să efectueze o anamneză detaliată, să efectueze un examen fizic şi psihic complet, să solicite examenele paraclinice, de laborator necesare, să le interpreteze, să cunoască foarte bine familia pacientului de la care să culeagă informațiile suplimentare care să permită implicarea ei în procesul de diagnostic şi tratament.

Evaluarea şi tratamentul pacienților care au tulburări mintale şi care consumă droguri este complexa pentru că efectele fizice, comportamentale şi sociale ale consumului de substanțe, sunt similare cu tulburările psihice, sau pot mască simptomele afecțiunilor psihice. Asocierea agravează starea pacientului, de aceea nu se va trece la stabilirea unui diagnostic psihiatric până la precizarea rolului substanțelor consumate. Investigațiile efectuate în rândul elevilor de gimnaziu şi liceu din mediul urban şi rural ne pot contura dimensiunea şi

gravitatea comportamentului cu risc pentru starea de sănătate a adolescenților și elevilor din țară noastră.

Consumul de droguri, se asociază în multe țări cu consumul de alcool și ridică în toate țările probleme serioase între care merită să amintim: violul, violentă, accidentele rutiere, ciriminalitatea, bolile cu transmitere sexuală între care o problemă din ce în ce mai importantă o constituie infecția HIV – SIDA.

Descrierea și diagnosticarea consumului de substanțe psihoactive este foarte complicata de ambiguitatea limbajului folosit pentru descrierea comportamentului. Se pune problemă din ce în ce mai acută dacă acest comportament este o problemă medicală sau ea constituie o problemă morală. în abordarea aceşti probleme OMS şi APA (Americam Psychiatric Association) consideră că avem de-a face cu o problemă medicală şi în acest sens s-au definit criteriile când folosirea acestor substanțe psihoactive constituie o afecțiune medicală, dar fără a neglijă și omite și aspectul moral al problemei.

Deprivarea de substanțe psihotrope produce un sindrom specific ce se dezvolta că urmare a încetării sau reducerii administrării dozei regulate de substanță psihoactiva. Au fost specificate şi alte tulburări de genul tulburărilor de afectivitate, gândire, cunoaştere, somn, funcții intelectuale, performante şcolare, alterări ale funcțiilor sexuale asociate cu consumul de substanțe psihoactive (că de exemplu anxietatea indusă de droguri, depresia de diferite grade sau psihoză).

Din nefericire acest „flagel alb” (consum de droguri) este intr-o extindere alarmantă la nivelul întregii țări şi se pare că legislația în vigoare este încă pe alocuri

permisivă pentru a nu se aplică drastic măsuri dure de prevenire a traficului şi consumului de droguri mai ales dacă persoana este minoră.

STATISTICI CONSUM DROGURI ÎN JUDEȚUL BRAŞOV

Nu dispunem de date privind situația la nivel național, dar investigățîi efectuate în diferite județe şi în capitală publicate în mass-media arătă cifre îngrijorătoare. Analiza datelor la elevii de liceu din mediul rural în trei localități din județul Brașov (Bran, Feldioara şi Prejmer) au scos în evidență modul în care a evoluat şi evoluează adresarea la acest tip de comportament cu implicățîi foarte grave asupra stării de sănătâțe a tinerilor de astăzi şi a adulților de mâine.

Prima constatare estea aceea că atacul distribuitorilor de droguri a devenit mai puternic în prezent şi se adresează vârstelor mici. Deşi 99% din elevii din localitatea Bran de exemplu nu au încercat încă un drog, iar la Feldioara după declarația lor nici unul, în localitatea Prejmer situația este apropiată de declarățiile elevilor din municipiul Braşov (95% în Braşov, respectiv 93% în Prejmer).

Deşi acest fenomen al creşterii cu vârsta nu este surprinzător, constatăm o egalizare a proporției celor care au încercat un drog pentru prima dată la elevii din clasa a IX a din cele două medii de reşedință şi în ambele cauzuri există elevi care declară că au încercat un drog înainte de a împlini vârsta de 9 ani. Această echivalează cu extinderea sau pătrunderea distribuitorilor şi în mediul rural care până acum părea exclusă pentru vârstele mici.

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolesenții din Județul Brașov

Elevii din clasa a IX a au cunoștințe în ceea ce înseamnă consumul de droguri şi de faptul că au pătruns în aceste localități acum 5 (cinci) ani, adică în 1995. o analiză a vârstei la care au încercat drogurile pentru prima dată, pe clase de şcolarizare, ne arătă că cei din clasa a XII-a din mediul urban încearcă de la 13-14 ani (1 caz), 15-16 ani (8 cazuri), 17 ani şi mai mult (10 cazuri) în timp ce în mediul rural se prezintă astfel 9-10 ani (1 caz), 11-12 ani (2 cazuri), 13-14 ani (4 cazuri), 17 ani şi mai mult (5 cazuri). Folosind această logică înseamnă că au încercat acum 8-9-10 ani deci anul accesului la primele droguri diind anul 1992-1993.

Analiză fenomenului la elevii celor două sexe din mediul rural şi urban, aşa cum au arătat chestionarele aplicate în şcolile din județul Braşov ne arătă că fetele din mediul rural au procentul de aderență cel mai mic (1,2%) apoi urmează cele din mediul urban care sunt în procent de 6%. La băieții din mediul rural, 9 elevi declară că au încercat un drog pentru prima dată (4,5%).

Față de fetele din mediul rural creşterea absolută este de peste două ori, dar că proporție este mai mare de 3,75 ori. Saltul la băieții de liceu din Braşov se face în cifre absolute la 22 de elevi care reprezintă 8,1% din totalul elevilor de sex masculin din eşantionul din Braşov, o creştere procentuală de 1,8 ori față de băieții din mediul rural.

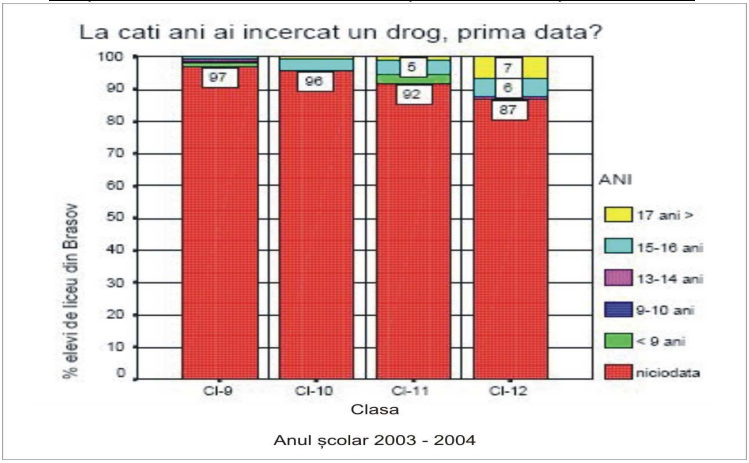
Saltul cel mai mare (de 5 ori) se face de la fetele din mediul rural (1,2%), la cele din mediul urban (6%). Se estimează că 99% din elevele de liceu din mediul rural declară că nu au consumat nici un drog niciodată. Creşterea la elevele de liceu din Braşov este de 3%.

Această creștere se regăsește și la băieții din Brașov și are același ordin de mărime.

Diversitatea consumului este mai mare la băieți decât la fete, dar nu sunt mari diferențe între elevii din mediul rural și cei din cel urban (Brașov). Este îngrijorător faptul că sunt elevi care declară că au consumat droguri de 100 de ori și chiar mai mult. Acest lucru nu poate fi considerat o bravadă în declarății pentru că se regăsește la elevii din ambele medii, rural și urban.

Prezența consumului de droguri în ultimile 30 de zile ne arată situația dependenței și poate sugeră modul de funcționare al procurării/aprovizionării drogului. Atât în Prejmer, cât și în Brașov, există câte un elev care declară că s-a drogat în ultimile 30 de zile de 20-39 de ori, respectiv 40 ori și mai mult, ceea ce presupune deja dependența, și nu mai constituie doar curiozitate pentru consumul de droguri.

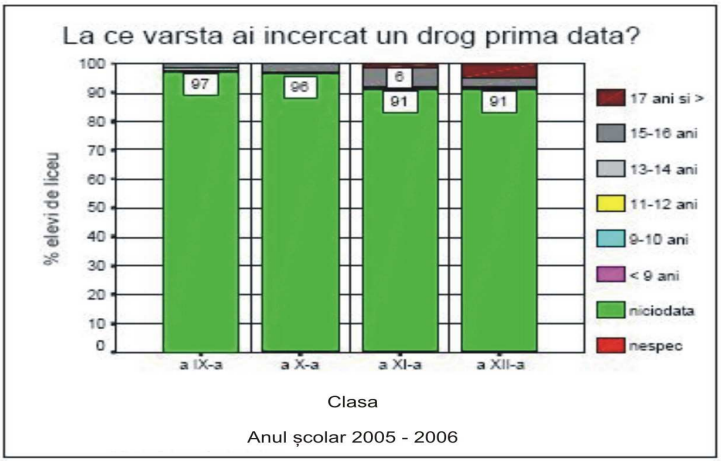
În Brașov, situația este destul de gravă, activitatea distribuitorilor este semnalată de peste 6% din elevii care au fost chestionați. În cifre absolute această înseamnă 33 elevi care răspund afirmativ la întrebare, plus un elev din clasa a IX a care refuză să răspundă, probabil de teamă. Răspunsurile afirmative provin din absolut toate clasele de liceu, ceea ce înseamnă că distribuitorii încearcă să stabilească o legătură cu consumătorii posibili din toate acestea.



Graficul nr. 28. Varsta de debut privind consuml de droguri – elevii de liceu

În graficele care urmează sunt prezentate date care arătă data debutului consumului de droguri declarat de elevii de liceu în anii şcolari 2003 – 2004 şi 2005 – 2006. Astfel vom observa o oarecare reducere a ponderii în anul şcolar 2005 – 2006 la elevii de clasele a IX – a şi a XII – a în timp ce la clasele a IX – a şi a X – a situația rămâne neschimbată, în ambele cazuri 3% respectiv 4% din elevi declarand că au încercat deja un drog ilicit.

Ponderea elevilor care se droghează la şcoala oscilează conform declarațiilor lor în jurul a 2-3% şi pare să scadă în anul şcolar 2005 – 2006 fața de anul 2003 – 2004 când proporția lor era de 4 – 6 %, adică dublă. Având în vedere ponderea mare a elevilor care declară că au consumat și consumă alcool, pericolul aderării la consumul de droguri rămâne la fel de periculos pentru că afectează grav comportamentul şi integritatea socială.



Graficul nr. 29. Varsta de debut privind consuml de droguri – elevii de liceu



Figura 15. Droguri – moartea albă

MĂSURI DE PREVENIRE ŞI COMBATERE

Problema consumului de droguri a fost ignorată şi neglijată că şi cea a consumului de alcool şi a fumatului. Din discuțiile cu directorii de unități de învățământ din județul Braşov s-a constatat că cei mai mulți refuză să creadă şi să accepte că în unitățiile pe care le conduc se întâmplă asemenea lucruri. Situația relevată de această primă anchetă infirmă aceste lucruri.

Cele trei lucruri determină dependența şi sunt strâns legate între ele, dar în timp fumatul şi alcoolul au nevoie de o perioadă de timp mai îndelungată, consumul de droguri determină dependență foarte rapid, după puține încercări şi posibilitățiile de renunțare sunt extrem de dificil de realizat pentru că necesită internare şi tratament medical.

Soluția optimă rămâne prevenirea care trebuie să fie unitară pentru toate substanțele care determină dependență: tutun, alcool, cafea, droguri. Efortul trebuie îndreptat către păstrarea unui număr cât mai mare de adolescenți neaderați către acest viciu. Sănătatea se apară cu deprinderi sănătoase, prin întreținerea şi promovarea ei cu ajutorul acestora.

Renunțarea la deprinderile nesănătoase cu risc pentru sănătâțe este costisitoare şi are randament scăzut. Prevenția nu este uşoară aşa cum facil se spune, ci este mai ieftină în comparație cu tratamentul. Prevenția nu trebuie însă să rămână ceva formal, declarativ, adăugat la sfârşițul fiecărui program de sănătâțe şi de cele mai multe ori fără finanțare insuficientă pentru că în acest fel chiar nu dă nici un rezultat.

Prevenția trebuie făcută în echipe multidisciplinare şi nu este apanajul exclusiv al sectorului sanitar. Începută odată cu prima socializare a copiilor are şanse reale să se fixeze în deprinderile sănătoase persistente, de aceea pentru a creşte o generație cu deprinderi sănătoase, trebuie să începem promovarea sănătății cu părinții copiilor şi/sau adolescenților pe care dorim să îi abordăm. Ea trebuie începută şi terminată, cu educarea educatoriilor.

Că şi în cazul englezilor, ne vor trebui şi nouă câteva generații că să putem determină o schimbare semnificativă, iar fiecare an de întârziere, înseamnă încă o generație scăpată de sub control.

CONSIDERAȚII OMS PENTRU SĂNĂTATEA ADOLESCENȚIILOR

Organizația Mondială a Sănătății estimează că 2,3 miliarde de copii peste 15 ani vor deveni obezi până în anul 2015. În acest sens patru organizații internaționale ale consumatoriilor cer guvernelor statelor membre ale Uniuni Europene să adopte Codul Internațional al mâncării sănătoase, evitării băuturilor răcoritoare carbogazoase cu un conținut ridicat în aditivi/conservanți alimentări, reducerii şi evitării alimentației hipercalorice, hiperlipemiante, excesului de glucide, consumul de dulcuri rafinate. În felul acesta se încarcă implementarea şi promovarea unei strategii împotriva excesului ponderal, boli de obezitate, precum şi a bolilor colaterale apărute din cauza unor diete total nesănătoase.

Multe structuri internaționale din diferite domenii de activitate cer insistent interzicerea reclamelor de radio,

TV, presei promovarea tuturor alimentelor nesănătoase. Tot aceste instituții mai solicită că marketingului alimentar de tip fâşt-food, alimentația „la minut" să nu mai fie promovate prin orice mijloc de comunicare. Specialiștii şi experții care fac studii legate de obezitate cer cu vehemență o totală interzicere a promovării, comercializării şi distribuirii acestor tipuri de alimente în şcoli.

Alimentația dezechilibrată există sub diverse forme în toată lumea, indiferent de dezvoltarea economică a statului respectiv. Acest lucru se manifestă atât printr-o alimentație redusă, exprimate de cele mai multe ori în consumuri insuficiente de produse alimentare necesare pentru satisfacerea nevoilor energetice sau apetitului nutritiv-biologic al organismului ceea ce duce la o gestionare proastă a sănătății adolescentului (viitorului adult), printr-o alimentație excesivă, total irațională şi neadecvată din punct de vedere al consumului energetic-necesar caloric. Atât la nivelul tarilor sărace, cât şi la nivelul tarilor bogate se pune din ce în ce mai pregnant problemă cuantumului aporturilor energetice şi biologice în regimurile nutriționale mai ales pentru copii şi adolescenți dar fără a exclude din observație şi persoanele adulte.

Pentru că măsurile pentru asigurarea sănătății şi promovarea unui stil de viața sănătos să dea rezultate maxime, se impune o cunoaştere profundă a „obiceiurilor alimentare nesănătoase" şi posibilităților de influențare, organizare şi dirijare a organismului prin intermediul unei alimentații echilibrate.

Schimburile care au generat situații de foamete, supraalimentație şi aportul necorespunzător de

microelemente au fost de cele mai multe ori corelate cu modificările obiceiurilor alimentare, pe măsură ce alimentația tradițională este înlocuită din ce în ce mai mult cu alternative alimentare mai puțin hrănitoare cum ar fi înlocuirea obişnuitei şi vechii practici a hrănii bebeluşilor prin alimentarea la sân cu aşa-zisele alternative „moderne", creşterea semnificativă a consumului de sare, grăsimi, zahăr, cafea, alcool fața de nivelurile anterioare, reducerea consumului de glucide complexe şi a cerealelor intergrate în favoarea cerealelor prelucrate, globalizarea şi promovarea culturii alimentației de tip fast-food dincolo de granițele țărilor industrializate.

Toate chestionarele cercetătorilor şi studiile științifice ne arăta că în prezent predomină tendința de a mânca aproape exclusiv „după plac", situație la care au contribuit foarte mult şi controversele între specialişti privitoare la factorii de risc, evaluarea condițiilor de mediu şi importantă componentelor esențiale, factorii esențiali rămân însă cei soci-economici, psihologici, culturali, religioşi, socio-profesionali, instruire/cunoştințe de igienă alimentară, etc.

Pornind de la politicile nutriționale şi alimentare trasate la nivel global, pe plan național se impune adaptarea unor pachete de măsuri, realizarea unor proiecte şi programe complexe în vederea identificării, analizei, prevenirii şi contracarării aspectelor ce pun în pericol alimentația elevului/adolescentului suficientă şi nutriția echilibrată. în această direcție politicile nutriționale şi alimentare, precum şi metodele şi instrumentele cu care operează organismele abilitate în aplicarea acestora trebuie fundamentate şi susținute

științific, precum și orientate ferm către conștientizarea de către operatorii economici și populație a tuturor aspectelor relației ALIMENTAȚIE – NUTRIȚIE – SĂNĂTATE – BOLI CRONICE.

Unul din cinci copii din Europa este supraponderal, iar anual 400 de mii de copii devin supraponderali iar apoi oboezi, așa cum reiese din datele prezentate la Conferință Ministerială Europeană organizată cu sprijinul și colaborarea Organizației Mondiale a Sanatatatii. Conform statisticilor Organizației Mondiale a sănătății alimentația deficitară și activitatea fizica insuficientă sunt la originea a 6 din cei 7 factori principali care implică apariția excesului supraponderal și ulterior a obezității ce apare în Europa. Multe stiluri de viața își au originea în perioadă copilăriei. în consecință este mult mai probabil că acești copii și/sau adolescenți care sunt învățați și inițiați despre importantă unei alimentații sănătoase și cum să facă alegeri adecvate în privința acesteia, în mod sigur vor duce un regim de viața echilibrat din punct de vedere alimentar și că viitori adulți.

Prin educație primim un regim de viața sănătos din punct de vedere alimentar se urmărește formarea unei personalități în concordantă cu cerințele și obiectivele societății dar și ale individului. Educația permanentă devine o necesitate a societății contemporane, reprezentând un principiu teoretic și actional care necesită să ordoneze o realitate specifică secolului nostru privind stilul de viață.

În ceea ce privește fumatul, numeroasele măsuri de control al acestui viciu sunt de natură transnațională și nu pot fi implementate intr-un context național decât

dacă se atinge un nivel de cooperare internațională. Se impune o bună cooperare care să vizeze eliminarea discrepantelor dintre politicile de control a tutunului din diferitele țări, să coordoneze politicile de taxare a tutunului, să combata contrabandă, să controleze publicitatea peste granita prin telecomunicații globale, să monitorizeze și contracareze tacticile adoptate de către marile firme transnaționale de tutun, dar în acelaşi timp să evalueze extinderea pandemie tabacice și a implementării politicilor de control al tutunului la nivelul întregii regiuni.

Se constată de asemenea că statul singur nu poate face fața factorilor care determină epidemia mondială de fumat, de aceea s-a recunoscut tot mai mult necesitatea unor strategii globale și se susține un parteneriat extins pentru controlul consumului de tutun. în acest sens în Europa, UE joacă un rol important în dezvoltarea unei legislații supranaționale pentru controlul fumatului și al consumului de tutun.

În acest sens în Europa, UE și OMS au o extraordinar de mare responsabilitate pentru implementarea cât mai rapidă a unor programe, proiecte, politici antitabac. Regiunea europeană a OMS are deja la activ mai multe planuri de acțiune, iar începând cu anul 2002 a fost adoptată un plan strategic de control asupra consumului de tutun. La nivel mondial, OMS a adoptat o Convenție pentru controlul asupra tutunului care poate avea o contribuție enormă la scăderea poverii bolilor produse de fumat, dar care a fost semnată în zona noastră geografică doar de bulgăria și nu a fost ratificată încă de nici o țară semnatară.

Raționamentul acestor măsuri are la baza faptul că sănătatea şi bunăstarea sunt drepturi fundamentale ale ființei umane. Protejarea şi promovarea sănătății, a unui program şi stil de viața sănătos în rândul copiilor şi tinerilor constituie de câțiva ani tema centrală a Convenției ONU privind drepturile copilului şi/sau adolescentului şi o parte vitală a cadrului politicilor OMS „HEALTH 21" şi misiunii UNICEF.

În concepția actuală, mişcarea, educația fizica şi sportul căpăta două aspecte fundamentale: utilitatea practică şi luptă împotriva oboselii, plăcerea de necontestat a exercițiilor fizice şi mişcării în aer liber. Obişnuirea treptată a elevilor, adolescentiilor cu practică sistematică a exercițiilor fizice şi a mişcării înseamnă modelarea, conştientizarea şi participarea activă. Astfel educația fizica şi sportul căpăta un puternic caracter proiect-informativ susținut de Organizația Mondială a Sănătății care împreună cu ceilalți factori educativi urmăresc acelaşi tel – TINERI SĂNĂTOŞI ŞI FRUMOŞI din punct de vedere fizic, moral şi intelectual.

CONCLUZII

Conştientizarea unei alimentații sănătoase, renunțarea la fumat, consumul de alcool, cafea, droguri ilicite şi mai ales înțelegerea efectelor nocive ale acestor factori asupra stării de sănătate a elevului şi/sau aolescentului este o problemă gravă şi de actualitate a societății noastre şi ar trebui să se implice mult mai multe organizații, instituții şi persoane în găsirea de soluții şi rapida lor implementare pentru atenuarea riscurilor generate de abuzul în utilizarea acestor noxe şi dacă nu

vom reuși eradicarea lor, măcar generațiile care vor urma să fie ferite de acest flagel. Nu este imposibil, trebuie doar să ne dorim cu adevărat și să ne implicăm mai mult în problemele societății noastre.

Părinții trebuie să înțeleagă importanța și limitele confidențialității actului medical și legilor ce îl guvernează. Medicul de medicină școlară trebuie să-l informeze asupra unor probleme mai ales dacă adolescentul este expus unor riscuri cu toate inconvenientele care derivă din aceste practici medicale.
În anumite cabinete medicale școlare se oferă ore de consultație special pentru elevi și/sau adolescenți la ore convenabile acestora, în timpul pauzei de masă sau după orele de curs avute în școală.

Prezentarea se poate face fără programare iar uneori consultațiile durează mai mult. Este absolut necesar și important ca la nivelul cabinetului medical școlar să existe materiale de educație sanitară actualizate și special concepute și adaptate pentru gradul de înțelegere și percepție al elevului/adolescentului.

În sala de așteptare și în cabinetul medical trebuie afișate postere care să le atragă atenția despre screening-ul bolilor sexuale, consumului de alcool, cafea, droguri ilicite, fumatului, despre testele de sarcina gratuite, despre organizațiile nonguvernamentale de suport și consiliere.

Fetele (adolescentele) sunt mai receptive la problemele de sănătate comparativ cu băieții (adolescenții). Sănătatea copiilor și tinerilor nu mai este privită cu interes de managerii sistemului sanitar. Această optică trebuie schimbată dacă se dorește ameliorarea

asistentei medicale preventive şi promovarea sănătății şi generațiilor actuale şi viitoare.

Starea de sănătate a copiilor şi tinerilor (adolescentiilor) din colectivitatiile de învățământ prezintă o crescută morbiditate dominată de grupa de boli de nutriție şi metabolism, boli respiratorii şi cardiovasculare, boli ale ochiului, tulburări comportamentale şi de adaptare şcolară.

Intervențiile pentru controlul acestor afecțiuni trebuie înscrise intr-un program amplu şi comprehensiv care să abordeze comportamentele de risc, folosind toate mijloacele şi procedurile medico-legale. Este absolut necesară mărirea numărului de ore de educație fizica şi sport la absolut toate clasele la cel puțin 225minute/săptămână.

Este necesară introducerea obligatorie a disciplinei de promovare a stării de sănătate la toate clasele cel puțin o oră pe săptămână şi integrarea ei şi în celelalte discipline şcolare pentru o promovare a sănătății individuale şi colective este o învestiție eficientă în dezvoltarea durabilă a sănătății. Instruirea şi perfecționarea profesorilor pentru a face educație pentru sănătate este opțională şi această a început în anul şcolar 2004-2005.

În ultimii ani, Ministerul Sănătății, cu sprijinul unor colective de specialişti în domeniul medicinei preventive, a elaborat o serie de norme de igienă şi sănătate publică privind colectivitatiile de copii şi tineri. Nerespectarea normelor de igienă şi sănătate publică în instituțiile de copii şi tineri/adolescenți intra sub incidența măsurărilor corective şi a legislației în vigoare.

De aici reiese cu claritate necesitatea că atât cadrele medicale din cabinetul medical şcolar (medicul şcolar, asistenta medicală şcolară) precum şi conducătorii unitatiilor de învățământ, cât şi cadrele didactice (indiferent de gradul şi profilul unității de învățământ) să cunoască foarte bine prevederile legislative pentru a nu se ajunge în situația neplăcută de a fi în culpă şi de a suporta în cosecinta măsurile coercitive drastice pe care le prevede legislația în vigoare.

În România încă suntem departe de aplicarea în practică în mod eficient a pregătirii elevilor pentru o viața sănătoasă şi de însuşirea din partea acestora a unor programe/proiecte capabile să promoveze un stil de viața sănătos din toate punctele de vedere.

ATITUDINEA MEDICILOR:

Bilanțul medical este îngrijorător atât datorită numărului destul de mare de copii bolnavi, cât şi al afecțiunilor, multe dintre ele consemnate doar la persoane cu vârste înaintate. În această situație, toți elevii depistați cu afecțiuni acute cu vădită probabilitate de cronicizare trebuie foarte atent monitorizați până când situația din punct de vedere al sănătății lor se stabilizează, apoi ar trebui făcute controale periodice şi organizate întâlniri cu părinții, în care să se discute în amănunt aceste chestiuni.

Problemă este intr-adevăr extrem de vulnerabilă sau/şi delicată pentru că înglobează mai mulți factori pe de o parte, părinții trebuie să fie cei mai atenți cu copii lor, însă o misiune la fel de importantă o au şi cadrele didactice (educatorii, învățătorii, profesorii), cu care

elevii petrec o mare parte din zi. De remarcat că şi medicii, cu precădere medicii din rețeaua şcolară au rolul lor în această ecuație a sănătății la fel şi ministrul tutelar, care ar trebui să se ocupe mai îndeaproape de copii, nu doar să furnizeze detalii despre bilanțuri.

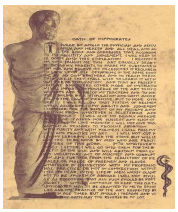
PĂRERE PERSONALĂ

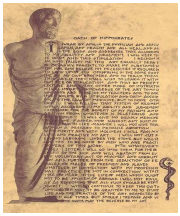
În condițiile actuale ale țării noastre consider că nu este recomandabilă o politică demografică explicită şi directă care să susțină creşterea rapidă a natalității, ci o politică mai degrabă socială bazată pe patru direcții principale:

Minimizarea pierderilor cantitative şi calitative în rândul populației (şi în special în segmentul de copii şi tineri). Creşterea calității copilului, prin asigurarea unei dezvoltări normale.

Stimularea „natalității de calitate" şi această în toate structurile de populație, inclusiv în rândul populației sărace sau cu indice de instruire scăzut.

Prima şi cea mai simplă sursă de date privind evaluarea calității vieții şi îmbunătățirea indicatorilor demografici este o riguroasă înregistrare şi analiză a datelor primite din teritoriu (cabinete şcolare, cabinete medicale private, medici de familie, spitale, serviciul informatizat de evidență a populației, primării, prefecturi)





BIBLIOGRAFIE

Dr. Vasile Moldovan, MEDICINA ŞCOLARĂ, Vol I, Editura Universității „Transilvania", Braşov, 2005
Dr. Sorin M. Radulescu, SOCIOLOGIA SĂNĂTĂȚII ŞI A BOLII, Editura Nemira, Bucureşti, 2002
Gheorghe Eugeniu Bucur, EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE ÎN FAMILIE ŞI ŞCOALĂ, Editura „Fiat Lux", Bucureşti, 2006
Octavian Popescu, COPILUL SĂNĂTOS ŞI BOLNAV, Editura „Fiat Lux", Bucureşti, 2004
Mircea Gelu Buta, BIOETICA ÎN PEDIATRIE, Editura Eikon, Cluj, 2008
Petru Armean, MANAGEMENTUL CALITĂȚII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE, Editura CNI Coresi, Bucureşti, 2007
Petru Armean, NAGEMENTUL SANITAR. NOȚIUNI FUNDAMENTALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, Editura CNI Coresi, Bucuresti, 2007
Prof. Univ. Dr. Libiu Vulcu, SĂNĂTATE PUBLICĂ. Editura Universității „Lucian Blaga", Sibiu, 2005
Traian Comsa,, ŞEDINȚELE CU PĂRINȚII ÎN GIMNAZIU, Editura „Polirom", Iaşi, 2008
Ross Campbell, COPIII NOŞTRI ŞI DROGURILE, Editura „Curtea Veche", Bucureşti, 2001
Margareta Dinca, ADOLESCENȚA ÎNTR-O SOCIETATE ÎN SCHIMBARE, Editura „Paideia", Bucureşti, 2004
M. Biddiss, BOLILE ŞI ISTORIA, Editura „All", Bucureşti, 2006

Michel Montignac, MĂ HRĂNESC SĂNĂTOS, Editura „Forum”, Bucureşti, 2000

Ion Moleavin, METODE EPIDEMIOLOGICE ÎN SĂNĂTATEA PUBLICĂ, Editura Universităţii „Transilvania”. Braşov, 2006

Dr. Eugen Blaga, POLITICI SOCIALE PENTRU SĂNĂTATE, Editura „Omega Ideal”, Bucureşti, 2006

Alina Mungiu-Pippidi, POLITICI PUBLICE. TEORIE ŞI PRACTICĂ, Editura „Polirom”, Iaşi, 2002

Dr. Eugenia Blaga, CONFIGURAŢIA SOCIALĂ A ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE, Editura „Pinguin Book”, Bucureşti, 2005

Dr. Vasile Moldovan, RAPORT PRIVIND STAREA DE SĂNĂTATE A COPIILOR ŞI TINERILOR DIN UNITĂŢILE DE ÎNVĂŢĂMÂNT DIN JUDEŢUL BRAŞOV; Ad. Nr. 969/30.11.2005, Ig. Sc/09.12.2005

Cristian Vlădescu, MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE, Editura Expert, Bucureşti, 2000

Aurel Teodor Moldovan, TRATAT DE DREPT MEDICAL, Editura „ALL Beck”, Bucureşti, 2002

Gheorghe Goldis, ETICA MEDICALĂ ÎN PRACTICA PEDIATRICĂ, Editura „Aius”, Craiova, 2008

Colectia de reviste MEDIC.RO, 2007-2008

Colectia de reviste MEDICAL UPDATE, Septembrie 2005, August 2006, Iulie 2007, Februarie 2008, Martie – Aprilie 2009

Ziarul VIATA MEDICALA , Ianuarie – Mai 2009

10. ANEXE (grafice, tabele)

Tabel 1. CONTINUT CALORIC PRODUSE LACTATE

PRODUS LACTAT	PROTEINE %	LIPIDE %	GLUCIDE %	CALORII LA 100 gr
LAPTE DE VACA INTEGRAL	3,5	3,5	4,5	65
LAPTE DE VACA NORMAL	3,5	1,7	4,9	50
LAPTE DE OAIE	6,0	7,5	4,6	113
LAPTE DE CAPRA	3,5	3,7	4,5	67
LAPTE DE VACA BATUT	3,2	2,9	5,5	63
IAURT DIN COMERT	3,2	2,6	4	59
LAPTE PRAF	27	24	40	498
BRANZA GRASA DE VACA	13	9,0	4,5	155
BRANZA DIETETICA DE VACA	18	-	4,0	90
BRANZA DE BURDUF	27,4	27,4	0,5	369
TELEMEA DE OAIE	18,9	24	1,0	305
CASCAVAL	25,0	19,0	1,0	283
BRANZETURI TOPITE	7,0	36,0	0,9	366

Tabel 2. CONTINUT CALORIC CARNE SI PRODUSE DIN CARNE

PRODUS DIN CARNE	PROTEINE %	LIPIDE %	GLUCIDE %	CALORII LA 100 gr
CARNE VACA SLABA	20,4	2,2	-	104
CARNE DE VACA GRASA	12,0	24,5	-	277
CARNE DE PORC SLABA	20,4	6,3	142	238
CARNE DE PORC GRASA	15,0	30,0	-	340

CARNE DE OAIE	17,0	13,0	-	181
CARNE DE MIEL	18,0	20,0	-	260
CARNE DE GAINA	21,0	6,0	-	142
CARNE DE PUI	20,1	10,2	-	177
CARNE DE CURCA	24,5	8,5	-	179
SALAM DE SIBIU	26,5	43,9	-	512
MUSCHI TIGANESC	21,6	26,3	-	333

Tabel 3. CONTINUT CALORI OU

PRODUSUL	PROTEINE %	LIPIDE %	GLUCIDE %	CALORII LA 100 gr
OU DE GAINA INTEGRAL	7,0	6,0	0,6	171
GALBENUS DE OU	16,0	32,0	0,3	364
ALBUS DE OU	13,0	0,2	0,5	57
OU DE RATA	7,0	8,0	0,2	104

Tabel 4. CONTINUT CALORIC LEGUME PROASPETE

PRODUSUL	PROTEINE %	LIPIDE %	GLUCIDE %	CALORII LA 100 gr
ARDEI GRAS VERDE	1,1	0,2	2,5	17
ARDEI GRAS ROSU	1,3	0,4	7,3	39
CARTOFI NOI	1,7	0,2	17,4	80
CARTOFI MATURI	2,0	0,15	19,0	88
CASTRAVETI	1,3	0,2	2,9	19
CEAPA VERDE	1,0	0,2	3,5	20
CEAPA USCATA	1,5	0,2	8,5	40
CIUPERCI	5,0	0,5	2,3	35
CONOPIDA	2,8	0,3	3,9	30
MORCOVI	1,5	0,3	8,8	45
ROSII	1,2	0,2	4,8	27
TELINA RADACINI	1,4	0,3	5,9	33
USTUROI	7,2	0,2	26	137
VARZA ROSIE	1,9	0,2	5,6	33
VARZA ALBA	1,8	0,2	5,8	33
RIDICHI LUNA	0,6	0,1	3,8	19
RIDICHI IARNA	1,3	0,1	4,9	26
SPANAC	3,5	0,3	2	25

Tabel 5. CONTINUT CALORIC FRUCTE PROASPETE

PRODUSUL	PROTEINE %	LIPIDE %	GLUCIDE %	CALORII LA 100 gr
BANANE	1,3	0,6	13,4	66
CAISE	1,0	-	13,0	57
CAPSUNI	1,0	1,	9,0	50
CIRESE	1,0	0,3	18,0	81
COACAZE	1,5	0,6	10,2	54
FRAGI DE PADURE	1,3	1,0	9,8	54
GREPFRUIT	0,5	0,2	6,5	30
GUTUI	0,5	05	14,5	65
LAMAI	0,9	0,7	6,2	36
MANDARINE	0,8	0,1	8,7	40
MACESE	4,1	1,2	21,8	117
MERE	0,3	1,5	15,0	67
MURE	1,5	1,4	14,1	77
PEPENE GALBEN	0,5	0,1	5,0	23
PEPENE VERDE	0,5	0,1	5,4	25
PIERSICI	1,0	-	16,0	79
PORTOCALE	0,8	0,2	10,1	47

Tabel 6. CONTINUT CALORIC GRASIMI

PRODUSUL	PROTEINE %	LIPIDE %	GLUCIDE %	CALORII LA 100 gr
SMANTANA PREAMBALATA	2,5	30	3,1	302
SMANTANA VARSATA	2,5	29,5	3,0	297
UNT	6,0	74	2,0	721

UNTURA DE PORC	0,2	99,6	-	927
ULEI DE FLOAREA SOARELUI	-	100	-	930
ULEI SOIA	-	100	-	930
ULEI FLOAREA SOARELUI + SOIA	-	100	-	930
ULEI GERMENI DE GRAU	-	100	-	930
MARGARINA	-	82,5	-	767

Tabelul 7. CLASIFICAREA OBEZITATII

CATEGORIE	IMC (Kg/m2)	TIPUL OBEZITATII
SUBPONDERAL	<18,5	-
NORMAL	18,5 – 24,9	-
SUPRAPONDERAL	25 – 29,9	-
OBEZITATE GR I	30÷34,9	GRADUL I
OBEZITATE GR II	35÷39,9	GRADUL II
OBEZITATE GR III	>40	MORBIDA

Tabelul 8. NECESARUL DE ELEMENTE MINERALE PENTRU COPII SI ADOLESCENTI

ELEMENTE MINERALE					
GRUPA DE VARSTA	CALCIU mg	FOSFOR mg	MAGNEZIU mg	FIER mg	IOD mg
COPII					
0-12 LUNI	800	400	70	7	40
1-3 ANI	900	400	125	8	60

4-6 ANI	900	500	180	9	80
7-9 ANI	1.100	700	220	10	100
10-12 ANI	1.100	800	270	12	120
BAIETI					
13-15 ANI	1.200	1.000	320	13	190
16-19 ANI	1.300	1.100	360	16	150
FETE					
13-15 ANI	1.100	900	310	15	130
16-19 ANI	1.200	1.000	310	18	140

Tabelul 9. MEDICAMENTE CE PRODUC OBEZITATE

MEDICAMENTE CE FAVORIZARE CASTIGUL PONDERAL
ANTIDEPRESIVE TRICICLICE (AMITRIPTILINA, IMIPRAMINA)
ANTIEPILEPTICE (CARBAMAZEPINA, VALPROAT)
ANTIPSIHOTICE (HALOPERIDOL, CLORPROMAZINA)
CORTICOSTEROIZI
BLOCANTI BETA-ADRENERGICI
ANTAGONISTI SEROTONINERGICI (MEGESTEROL)
UNELE CONTRACEPTIVE STEROIDIENE
INSULINA, SULFONILUREICELE, TIAZOLIDINDIONELE

Tabelul 10. PREVELENTA OBEZITATII IN ANUL SCOLAR 2007-2008

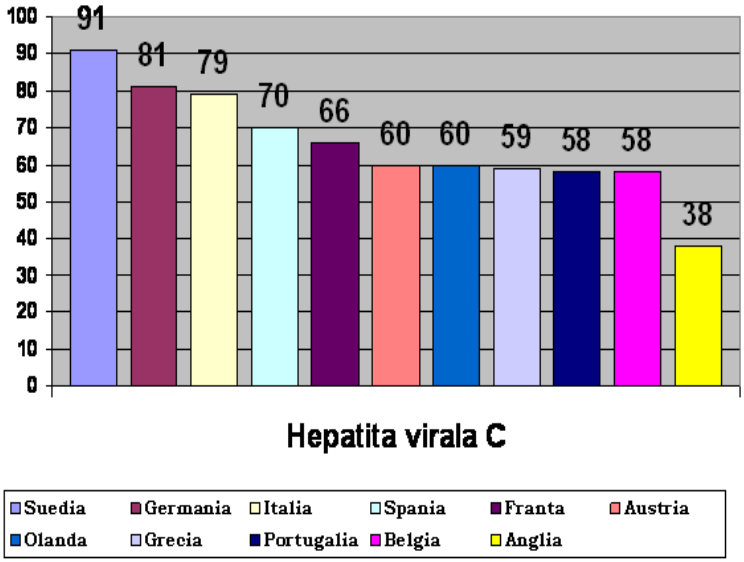
VARSTA	BAIETI	FETE	TOTAL
7-10 ANI	4,54%	9,63%	7%

11-14 ANI	3,25%	1,4%	2,35%
15-18 ANI	8,21%	2,77%	5,23%
TOTAL	5,8%	3,55%	4,64%

Tabelul 11. VARSTA DEBUT OBEZITATE

PERIOADA	FETE	BAIETI	TOTAL
INAINTE DE 6 ANI	58,8%	34,6%	44%
6-10 ANI	23,4%	23%	23%
DUPA 10 ANI	17,8%	42,4%	33%

Graficul 1. COMPARATIE PROCENT HEPATITA C IN TARILE U.E.



CUPRINS

PRECUVÂNTARE / 4
IN LOC DE PROLOG / 6
CLARIFICĂRI / 12
ÎN LOC DE PREFAŢĂ / 14
INTRODUCERE / 18
CAPITOLUL I / 22
UNELE DATE STATISTICE CU PRIVIRE LA CAUZELE □I RISCURILE ÎMBOLNĂVIRII ADOLESCEN□ILOR CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 16-18 ANI / 22
IDENTIFICAREA FACTORILOR DE ÎMBOLNĂVIRE / 25
PROBLEME ALE SĂNĂTĂŢII GENERATE DE ACŢIUNEA ACESTOR FACTORI / 32
COMPORTAMENTUL ALIMENTAR /
TABAGISMUL / 36
CONSUMUL DE BĂUTURI ALCOOLICE / 39
CATEGORIA SOCIALĂ / 40
PĂRINŢII ŞI FAMILIA / 40
ŞCOALA / 41
COLEGII ŞI SUBCULTURA / 42
CONSUMUL DE DROGURI / 45
DATE STATISTICE / 46
ANALIZE COMPARATIVE CU ALTE STATE DIN UNIUNEA EUROPEANĂ / 51
CAPITOLUL II / 59
POLITICI PUBLICE DE SĂNĂTATE PENTRU PREVENIREA, PROFILAXIA ŞI MONITORIZAREA BOLILOR ADOLESCEN□ILOR / 59

2.1 EXPERIENȚE ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ REFERITOARE LA ACESTE POLITICI DE PROMOVARE / 59
PROFESIONIŞTI DENSITATEA MEDIA ÎN DOMENIU LA ANUL SĂNĂTĂȚII 10 000 CADRUL UE /68
2.2 BAZA JURIDICĂ A POLITICILOR DE SĂNĂTATE / 69
2.3 TIPOLOGIA POLITICILOR PUBLICE / 77
2.4 PROMOVAREA POLITICILOR PUBLICE DE SĂNĂTATE / 81
CAPITOLUL III / 85
IMPLEMENTAREA POLITICILOR PUBLICE DE SĂNĂTATE ŞI IMPACTUL ACESTORA SUPRA PROCESULUI DE PREVENIRE A ÎMBOLNĂVIRII / 85
3.1 STRATEGII UTILIZATE ÎN PROMOVAREA POLITICILOR PUBLICE REFERITOARE LA PREVENIREA ÎMBOLNĂVIRILOR LA ADOLESCENȚI / 85
3.2 ROLUL ŞI LOCAȚIA CABINETULUI MEDICAL ŞCOLAR / 88
3.3 IMPACTUL APLICĂRII POLITICILOR PUBLICE ŞI ASISTENȚEI MEDICALE ŞCOLARE ASUPRA ADOLESCENȚILOR / 94
CAPITOLUL IV / 96
PERCEPEREA CALITĂȚII VIEȚII DE CĂTRE ADOLESCENT / 96
MANAGEMENTUL CALITĂȚII SERVICIILOR DE SĂNĂTATE / 96
PERCEPȚIA CALITĂȚII VIEȚII LA ADOLESCENT INDICATORI AI CALITĂȚII VIEȚII / 101
4.4 EVALUAREA CALITĂȚII VIEȚII / 106
PARTEA SPECIALĂ / 112

Menagementul programelor de promovare e unui stil de viață sănătoasă la adolescenții din Județul Brașov

PREZENTAREA PROIECTULUI / 112
MOTIVAȚIA ALEGERII TEMEI / 118
BENEFICIARII PROIECTULUI DE SĂNĂTATE / 125
ETICĂ MEDICALĂ PEDIATRICĂ / 129
ALIMENTATIA ADOLESCENTULUI / 133
5.1 OBIECIURI ALIMENTARE NESĂNĂTOASE / 135
SFATURI PRACTICE / 145
PACIENȚII HIPERTENSIVI / 147
PACIENȚII DIABETICI / 147
C) PACIENȚII CU AFECTARE LOCOMOTORIE SAU RESPIRATORIE SEVERĂ / 147
ACTIVITATEA FIZICA. SFATURI PRACTICE / 147
5.2 MANAGEMENTUL CLINIC AL OBEZITĂȚII / 160
CONSUMUL DE DROGURI, ALCOOL, FUMATUL, CAFEAUA / 169
6.1 FUMATUL / 172
MĂSURI DE PREVENIRE ŞI COMBATERE A FUMATULUI LA ADOLESCENȚII ŞI ADOLESCENTELE DIN ROMÂNIA / 181
6.2 CONSUMURILE DE DROGURI ŞI ALCOOL / 189
6.2.1 CONSUMUL DE BĂUTURI ALCOOLICE / 192
1) CATEGORIA SOCIALĂ / 195
2) PĂRINȚII ŞI FAMILIA / 195
3) ŞCOALA / 197
4)DISPONIBILITATEA PUBLICĂ ŞI RESTRICȚIILE LEGALE / 199
RISCURILE PENTRU SĂNĂTATE / 200
MĂSURI DE PREVENIRE ŞI COMBATERE / 204
A)MĂSURI INDIVIDUALE / 204
B) MĂSURI COLECTIVE / 205
6.2.2 CONSUMUL DE DROGURI ILICITE / 207

CAUZELE CONSUMULUI DE DROGURI ILICITE / 208
RISCURILE PENTRU SĂNĂTATE / 209
STATISTICI CONSUM DROGURI
ÎN JUDEȚUL BRAŞOV / 2012
MĂSURI DE PREVENIRE ŞI COMBATERE / 217
CONSIDERAȚII OMS PENTRU SĂNĂTATEA
ADOLESCENȚIILOR / 218
***CONCLUZII** / 223*
ATITUDINEA MEDICILOR / 226
PĂRERE PERSONALĂ / 227
BIBLIOGRAFIE / 228
ANEXE (grafice, tabele) / 230