

ПРЕДМЕТ

< ЕВАЛУАЦИЈА И ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ СЕРВИСА >

Предавање број 10

**< КАРАКТЕРИЗАЦИЈА И ДЕФИНИСАЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ ПРОБЛЕМА** **>**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Недеља | Наставна јединица | Тематске јединице | Резултат – знања или вештине које студент треба да добије |
| 10 | Карактеризација и дефинисање здравственог проблема | Исказивање здравственог проблема. Приоритети здравствених проблема. | Упознавање са начином исказивања и приоритетима здравствених проблема. |

Copyright © 2019 – Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу. Сва права задржана. Без претходне писмене дозволе од стране Факултета медицинских наука забрањена је репродукција, трансфер, дистрибуција или меморисање неког дела или читавих садржаја овог документа, копирањем, снимањем, електронским путем, скенирањем или на било који други начин.

Copyright © 2019 – Faculty of Medical Sciences of University of Kragujevac. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying,, recording, scanning or otherwise, without the prior written permission of Faculty of Medical Sciences.

**САДРЖАЈ**

[КАРАКТЕРИЗАЦИЈА И ДЕФИНИСАЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ ПРОБЛЕМА 3](#_Toc9112569)

[Исказивање здравственог проблема 3](#_Toc9112570)

[Дијаграми здравственог проблема 3](#_Toc9112571)

[Елементи узрочне теорије 3](#_Toc9112572)

[Примери 5](#_Toc9112573)

[Приоритети здравствених проблема 9](#_Toc9112574)

[Техника номиналне групе 9](#_Toc9112575)

[Основни систем оцењивања приоритета 10](#_Toc9112576)

Предавање бр. 10

**<** **КАРАКТЕРИЗАЦИЈА И ДЕФИНИСАЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ ПРОБЛЕМА** **>**

# КАРАКТЕРИЗАЦИЈА И ДЕФИНИСАЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ ПРОБЛЕМА

## Исказивање здравственог проблема

Подаци прикупљени за процену здравственог стања у заједници могу се организовати у различитим (Paronen & Oje, 1998), или дијагноза заједнице (Muecke, 1984). Без обзира који формат се одабере, процена здравственог стања у заједници треба да доведе до изјаве о ономе што је пронађено, формулисано на такав начин да заинтересоване стране, конституенти, чланови заједнице и мултидисциплинарни здравствени стручњаци могу да разумеју сваки идентификован здравствени проблем.

Не постоји ни један прави начин да се прикаже здравствени проблем, или да се направи његова јасна дефиниција, као што је видљиво у Водичу за превентивне услуге у заједници: Шта урадити да би промовисало здравље ? (Zaza, Briss, & Harris, 2005). Водич садржи поглавља о девет здравствених проблема. Свако од тих поглавља има концептуални оквир или модел здравствених проблема, али сваки модел изгледа другачије. Једина конзистентност у дијаграму је пажња на објашњење онога што узрокује проблем на такав начин да олакшава избор ефикасне интервенције.

### Дијаграми здравственог проблема

У планирању здравствених програма, разумевање онога што узрокује здравствени проблем и како узроци доводе до проблема приказани су на дијаграму или концептуалном моделу који организује кључне факторе на општој секвенцијалној временској линији, као и у писаној форми. Артикулисање проблема и визуелно и вербално може помоћи у добијању јасноћа о узроцима и могућим решењима проблема. Поред тога, и визуелни и вербални опис омогућава планеру да боље комуницира са онима који воле слике, али и са онима који воле текст.

Сваки здравствени проблем ће имати свој јединствени скуп прекурсора с обзиром на специфичан контекст. Модел здравственог проблема разликује се од логичког модела. Кључна разлика је у томе што се логички модел фокусира на организовање испоруке програма, док се модел здравственог проблема фокусира на разумевање узрока здравственог проблема. Анализа основног узрока обухвата распон могућих узрока проблема, али се не ослања на податке или редослед тих могућих узрока у смислу узрока и последице. Пажња о узроцима здравственог проблема је кључна ако планери програма одаберу најбољу тачку интервенције и одговарајуће интервенције за ту тачку. На овај начин, модел здравственог проблема доприноси не само развоју логичког модела, већ и кројењу програмске интервенције и дизајнирању евалуације ефеката програма.

### Елементи узрочне теорије

Модел здравственог проблема повезује, у визуелном приказу, кључне факторе који су идентификовани из процене здравственог стања у заједници као важан део здравственог проблема. Комбинација ових фактора треба да објасни или постави хипотезу о томе шта узрокује здравствени проблем. Из тог разлога, то се назива узрочном теоријом. За неке здравствене проблеме, постојећа узрочна теорија може бити применљива на тренутне околности. Ако не, мора се створити нова узрочна теорија. Одлука о томе шта ће се укључити у узрочну теорију и шта намерно искључити из те теорије носи последице кроз циклус планирања и евалуације програма: води избор интервенције, успоставља параметре за евалуацију програма, утиче на статистичке анализе података евалуације.

У овом тексту, исти приступ приказивања каузалне теорије (приказан на **Слици 5-1**) користи се ради илустрације. Сваки програм, који одражава јединствену перспективу својих интересних група, вероватно ће развити властити визуелни приступ који показује узрочну теорију. Образац који је представљен у овом поглављу је пажљиво осмишљен тако да укључује четири кључна елемента која треба узети у обзир у развоју било које узрочне теорије: постојећи фактори, узроци, фактори посредовања и фактори који утичу на ублажавање. Фактори, услови варијабле и елементи који могу постојати, али нису одмах релевантни за здравствени проблем или су толико сложени да нису кандидати за програмску интервенцију, нису укључени у узрочну теорију. Другим речима, процес развоја узрочне теорије је такође процес сужавања проблема и одређивања приоритета. Као и код свих процеса, стварање каузалне теорије је итеративно, еволутивно и процес који се не може завршити у једној краткој сесији.

Прекурсори се могу сматрати постојећим физичким или контекстуалним факторима као и узроцима здравственог стања. Потребни претходни фактори су они елементи који морају бити присутни да би здравствени проблем настао или су директни његови претходници. На пример, тражени фактори могу укључивати генетску предиспозицију, бити у право место и право време, пре излагања неком фактору и рањивости, или пре правног и политичког услова. Из перспективе активе, потребни фактори могу укључивати и варијабле као што је политичка моћ локалних представника или постојање економске зоне оснаживања. Предиспонирајући фактори модела коришћења здравствених услуга (Anderson, 1995; Anderson & Aday, 1978; Green & Kreuter, 1991) генерално улазе у потребну категорију претходних фактора.

Узрочни фактори су они елементи који утичу на то хоће ли се здравствени проблем манифестовати, с обзиром на присуство потребних претходника. У зависности од здравствених проблема, узрочни фактори могу бити изложеност опасним материјама по здравље, осетљивост, или вируленција опасних агенаса. Из перспективе ресурса, узрочни фактори могу укључивати и едукацију о здрављу, постојање избора здравих намирница у локалним продавницама, постојање загађивача животне средине, постојање карактеристика безбедности на путевима (светла на раскрсницама), или доступност услуга локалних здравствених и социјалних агенција. Ови узрочни фактори могу се такође назвати детерминантама проблема, с обзиром да су директно одговорни за исходе.   
 Последњих година, међутим, термин "детерминанта" се шире примењује како би обухватио мноштво друштвених и еколошких фактора који доводе до здравствених проблема. Да би се избегла конфузија и да буде више специфичан, термин “узрочни фактори” се користи у овом тексту да би се конкретно односио на факторе који су идентификовани из процене заједнице као директни узрочник здравственог проблема.

**Узрочна теорија**

**СЛИКА 5-1**  Генерички модел теорије узрока

Медијација механизама

Здравствени утицај

+/- Модераторски фактори

Здравствени проблем

Главни узрочни фактори здравственог проблема (детерминанте)

Потребни узрочни фактори

Узрочни фактори укључују, на пример, воду која одређује да ли ће семе ницати; рупу на броду која одређује да ли ће брод потонути; присуство калијума у ​​крви који одређује да ли ће се срчани мишић контраховати. Ипак, како ови конкретни примери сугеришу, ситуација укључује оба потребна фактори и фактори који су довели до тога да кажете „да, али. . . . ” Они ,,да, али ” фактори се могу разврстати у два типа: фактори модерације и посредни фактори.

Модераторски фактори су они елементи који имају потенцијал да преувеличају или смање присуство здравственог проблема. Опет, у зависности од здравственог проблема, ови фактори могу да се састоје од закона и политичке или социјалне подршке. Такви фактори углавном утичу на узрочне факторе. Постоје комплексни и међусобно повезани односи међу потребним претходницима, узрочним факторима и модераторским факторима. У моделу каузалне теорије, модераторски фактори су приказани као фактори који могу утицати на идентификоване каузалне факторе. По својој природи, модераторски фактори могу или повећати, појачати, претеривати, стимулисати или, алтернативно, смањивати и сузбијати присутност или снагу узрочних фактора. Фактори који би били класификовани као фактори који омогућавају и појачавају (Anderson, 1995; Anderson & Aday, 1978; Green & Kreuter, 1991) морају се поново проценити због њихове улогу у каузалној теорији, јер ће многи вероватно функционисати као фактори ублажавања.

Фактори медијације налазе се између узрока и исхода. У ствари, без посредног фактора, узроци неће резултирати здравственим исходом. Другим речима, без овог процеса или механизма, узрочни фактори не могу довести до здравственог исхода. У зависности од здравственог проблема, можда неће бити посредних фактора. На пример, ако појединац има генетску мутацију која изазива цистичну фиброзу појављује се болест - нема посредничке варијабле. Међутим, ако је здравствени исход дефинисани као дуговечност за особе са цистичном фиброзом, посредни фактори би укључивали квалитет здравствене заштите и индивидуални одговор на третмане. Насупрот томе, ако неко има мождани удар, и морбидитет и морталитет зависе од времена и квалитета одговора хитне медицинске помоћи, која представља посредни фактор.

### 

### Примери

**Табела 5-4** показује како подаци прикупљени током процене заједнице могу бити представљени у табеларном формату. Садржи примере информација за пет здравствених проблема идентификованих у процени заједнице имагинарног Layetteville.

Дати су потребни фактори, узрочни фактори, модераторски фактори и фактори посредовања који доводе до пет различитих здравствених проблема. Информације које су у табели као што је **Табела 5-4** и у дијаграму узрочне теорије засновани на подацима прикупљеним током процене здравственог стања у заједници, укључујући научну литературу која се односи на здравствени проблем. Ови хипотетички детаљи пет здравствених проблема се користе како би се показало како дијаграм узрочне теорије може изгледати користећи податке из табеле. Ових пет здравствених проблема се преноси кроз текст кроз фазе планирања и евалуације.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Табела 5.4 Постојећи фактори, модераторски фактори, кључни фактори узрока, посредни фактори и здравствени исход подељен на пет здравствених проблема | | | | | |
| **Неопходан претходни фактор или стање** | **Модераторски фактор или стање** | **Главни каузални фактори** | **Фактори медијације** | **Исход здравственог стања** | **Утицај на здравље** |
| Године, постојећа здравствена стања, патогени у окружењу | Свест о значају имунизације одраслих, пажња медија, квалитет здравствене неге | Мотивација за вакцинацију, страх од преношења заразних болести, осетљивост | Снабдевеност и дистрибуција вакцина, цена вакцина | Вакцинација | Превенира хоспитализацију |
| Године живота, доступност хране, врста запослења, генетика | Свест о значају фолне киселине, узимање витамина у току трудноће, генетско саветовање | Неадекватно узимање фолне киселине, квалитет пренаталне неге,генетско саветовање | Стање ухрањености пре трудноће, биолошки процеси | Присуство дефекта неуралне цеви | Стопа конгениталних аномалија |
| Психолошки развој, стадијум физичког развоја | Поруке медија, знање, подршка породице, методе контрацепције | Сексуална активност, сексуално самопоштовање, партнер и притисак | Примена метода контрацепције | Дијагностика трудноће | Стопа злостављања деце |
| Стадијум развоја, локална историја насиља, локални недостатак посла, државни закони о оружју | Надзор родитеља, школски програми против насиља, активности заједнице | Недостатак способности решавања конфликта, стопа напуштања школе, активности локалних банди,доступност оружја | Индивидуална прилагодљивост, неадекватан рад полиције, квалитет хитних здравствених мера | Смрт због рана нанетих ватреним оружјем | Стопа смртности адолесцената од рана нанетих ватреним оружјем |
| Генетска предиспозиција, старост, раса, безбедно место за вежбање | Знање о превенцији дијабетеса, подршка породице | Специфичне здраве навике (вежбање), квалитет медицинског надзора | Физиолошки процеси | Дијагностиковање дијабетеса типа II | Moрбидитет због хроничних болести |

Један од примера је здравствени проблем имунизације одраслих. Није изненађујуће да желимо повећати стопу имунизације одраслих. Стопа имунизације је заснована на појединцима који заправо примају вакцину. Узрок зашто одрасла особа старија од 55 година тражи имунизацију је мотивација. Међутим, чак ни мотивација појединаца није довољна, ако вакцина није доступна или ако је цена превисока. Ниво мотивације варира у зависности од знања особе о имунизацији одраслих, о количини медијске пажње посвећене важности вакцинације одраслих и квалитету медицинске неге у смислу пружања услуга које препоручују да се особа вакцинише. Срећом, Allsup, Gosney, Haycox, and Regan (2003) су утврдили да квалитет живота особа старости 65 до 74 године није нарушен вакцинацијом. Коначно, потреба за имунизацијом одраслих и степен мотивације се заснива на старосној доби особе, њеног здравственог стања и присуства патогена у околини.

Фактори наведени у **Табели 5-4** који се односе се на смртност у односу на стопе имунизације одраслих, стопе смртности адолесцената и стопе конгениталних аномалија приказане су као дијаграми узрочне теорије на **сликама 5-2, 5-3 и 5-4**. Ови примери користе хипотетичке податке, али су узети из литературе која је коришћена да поткрепи те податке: Hwang и Jaakkola (2003) су пронашли повезаност између излагања хлорисању и рођења деце са дефектима; и Calhoun, Dodge, Journel и Zahnd (2005) су користили полицијске податке и евиденцију продаје оружја као део њихове процене. Овде је важно узети у обзир поверење у прикупљање различитих података процене заједнице у кохерентан, систематски и научно обрадив начин.

**Узрочна теорија имунизације одраслих**

Свест о значају имунизације одраслих, пажња медија, квалитет здравствене неге

Снабдевеност и дистрибуција вакцина, цена вакцина

Стопа имунизације одраслих

Мотивација за вакцинацију, страх од преношења заразних болести, осетљивост

Смрт због рана нанетих ватреним оружјем

Индивидуална прилагодљивостнеадекватан рад полиције, квалитет хитних здравствених мера

Недостатак способности решавања конфликта, стопа напуштања школе, активности локалних банди,доступност оружја

Надзор родитеља, школски програми против насиља, активности заједнице

Стадијум развоја, локална историја насиља, локални недостатак посла, државни закони о оружју

Вакцинација

Године, постојећа здравствена стања, патогени у окружењу

**СЛИКА 5-4** Дијаграм теорије узрока / детерминанти током имунизације као допринос стопама имунизације зрелијег ставнивништва на примеру Layetteville

**Узрочна теорија смрти адолесцената од рана нанетих ватреним оружјем**

Стопа смртности адолесцената

**СЛИКА 5-4** Дијаграм теорије узрока / детерминанти за смрт од рана из ватреног оружја, као допринос стопама смрти адолесцената, коришћењем примера Laytteville

**Узрочна теорија настанка дефекта неуралне тубе**

Нутритивни статус пре трудноће, биолошки процеси

Године живота, доступност хране, врста запослења

Стопа конгениталних аномалија

Присуство дефекта неуралне цеви

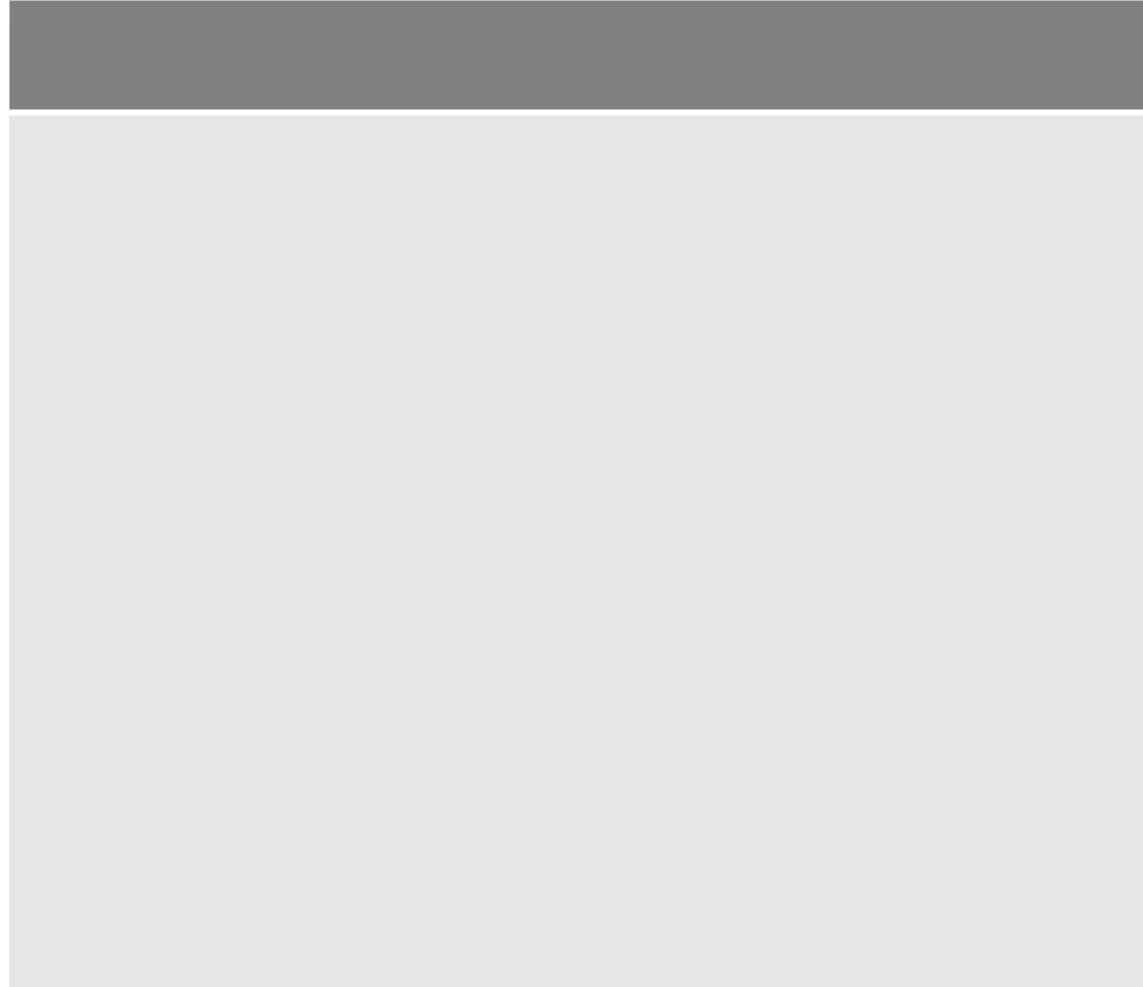
Неадекватно узимање фолне киселине, пренатална изложеност хлору, патернална експозиција органским растварачима

Свест о значају фолне киселине, узимање витамина у току трудноће, генетско саветовање

**СЛИКА 5-4** Дијаграм теорије узрока / детерминанти за дефекте неуралне цеви, као допринос стопама конгениталних аномалија, коришћењем примера округа Bowe

## Приоритети здравствених проблема

Коначни проблеми којима ће се програм бавити су они који се бирају из редова многих здравствених проблема идентификованих кроз процену потреба. Овде је приказан веома рационалан приступ одређивању приоритета, јер процес одлучивања обично почиње као рационалан приступ. Појединци са склоностима ка другим приступима планирању могу у складу с тим променити овај процес. Ипак, здравствени професионалци укључени у процену здравственог стања у заједници морају да имају вештине којима ће управљати процесом одлучивања на начин који не игнорише податке и који резултира планом највећег укупног потенцијала за побољшање здравственог статуса заједнице и циља заједнице.



Табела 5-5  Однос дефиниције проблема, дизајна програма и евалуације

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дијагноза | Проблем➔ | Програм ➔ | Евалуација |
| Ризик од: | Здравствени проблеми | Циљ програма | Исход променљиве |
|  | или стања |  |  |
| Између: | Ризична популација или | Примаоци | Интервенциона група |
|  | група, циљна публика |  |  |
| Приказан у: | Индикатори здравља | Циљеви програма | Исход и утицај |
|  |  |  | променљиве |
| Резултати узрочних | Специфични процеси, | Интервенције и | Евалуација исхода |
| фактора: | стања и фактори | третмани за |  |
|  |  | таргет популацију |  |
| Посредован са: | Фактори који морају | Могуће | Могуће контролне |
|  | бити присутни да би | интервенције | варијабле |
|  | се проблем појавио |  |  |
| Стања сортирана | Фактори који повећавају | Могуће | Могуће контролне |
| по: | или смањују моћ | интервенције | варијабле |
|  | узрочних фактора |  |  |
| Потребни су | Социодемографске | Прихватљивост | Контролне варијабле или |
| постојећи | карактеристике и социјално | критеријума | компаративне групе |
| фактори: | епидемиолошки фактори | програма |  |

### Техника номиналне групе

Техника номиналне групе није стриктно метод планирања здравља или одређивања приоритета, већ се више користи у процесима мале групе и у истраживању. Укључена је у приступ приоритетима јер се широко и лако користи и може се применити на заинтересоване стране које имају мало искуства. Техника номиналне групе коришћена је за широк спектар потреба за одређивањем приоритета, у распону од радне снаге компетенције (Davis, Turner, Hicks, & Tipson, 2008), на промене у околини у сврху утицаја на физичку активност (Lee, Altschuld, & White, 2007; Lees et al., 2007), у односу рангирање здравствених интервенција под ограниченим ресурсима (Makundi, Kapiriri, & Norheim, 2007), за развој здравствених програма (Annang, Hannon, Fletcher, Sykes, & Cornish, 2011).

Ова техника подразумева серију округлих гласова засновану на гласању и сужавању резултатата гласања. У суштини, процес почиње комплетном, обично дугом листом здравствених проблема идентификованих из здравствене процене заједнице. Сваком члану групе за планирање дају се три гласа која се користе за одабир проблема. Задржани су проблеми са највише гласова, а проблеми са најмање гласова су елиминисани. Затим се гласање понавља са сваким чланом групе за планирање која има само један глас. Здравствени проблем са највише гласова постаје проблем који треба решити. Резултати могу или не морају бити логични, али они често подстичу дијалог и дискусију о томе зашто је то највећи приоритетан проблем.

Да би номинални групни процес био успешан у избору и одређивању приоритета здравених проблема, учесници морају да се договоре пре гласања да ће резултати бити поштовани и као основа за напредак у планирању програма. Такође је важно дати групи адекватне основне информације како би их информисали о одлукама када дају своје гласове.

### Основни систем оцењивања приоритета

Систематичнији приступ развио је Hanlon (1973), чији модел се дуго користио и који је прилагођен напорима који се труде да формулишу здравствени план заједнице (New York Department of Health, 2006; Sogoric et al., 2005). Преглед овог процеса пружа неки почетни увид у дубину и ширину података који су потребни за израду одлуке о правцима програма. Ханлонов основни систем рангирања приоритета (BPRS) је сада један од неколико алата који се користе за утврђивање приоритета и један је од ретких алата којима се истиче објективан приступ. Током година, адаптабилност Ханлонове методе види се у малим варијацијама које су присутне у Ханлоновој методи која се прилагођава заједници приликом учешћа у процесу планирања важних локалних проблема (Niegler, Thackeray, & Fagen, 2011). На пример, Округ Мекленбург у Северној Каролини је додатно забринуо јавност и указао на хитност система бодовања (Mecklenburg County Health Department, 2011). Степен до којег је BPRS прилагођен у пракси наглашава корисност познавањa оригиналног система (Platonova, Studnicki, Fisher, & Bridger, 2010).

Ханлонов приступ планирања јавних здравствених програма је кодиран у једноставну формулу познату као основни систем бодовања приоритета (BPRS). Ова метода подразумева одређивање приоритета здравствених проблема на основу величине проблема, озбиљности или важности здравственог проблема и потенцијалне ефикасности интервенције. Кључни дeo процеса укључује додељивање вредности сваком од три фактора. Формула је:

**Основни приоритетни рејтинг = (А + 2B) × C**

где је А оцена за величину проблема, B је скор за озбиљност здравственог проблема, а C је скор за потенцијалну ефикасност интервенције. Нажалост, резултати који се односе на величину проблема, озбиљност и ефикасност интервенције (**Табела 5-6**) могу бити пристрасни личним преференцијама онима који су укључени у процес планирања. Пролазећи кроз групни процес како би дошли дo бодова за сваки фактор, чланови групе за планирање су присиљени да направе експлицитне претпоставке на којима се заснива њихова додела вредности. Ово разумевање, заузврат, помаже успостављању консензуса и конзистентности унутар групе.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Табела 5-6  Критеријуми за оцењивање проблема према основном приоритету**  **система рангирања** | | | | | | |
|  | **А** | **B** | | | | **C** |
| **BPRS фактор** | **Величина** | **Хитност** | **Озбиљност** | **Економске последице** | **Вољност укључивања других** | **Ефикасност интервенције** |
| Бодовна скала | 1(мало ) до 10 (ендемско) | 1(не уопште ) до 10 (екстремно ургентно) | 1( ниско) до 10 (високо) | 1(ниско ) до 10 (високо) | 1(ниско) до 10 (високо) | 1(ниско) до 10 (високо) |
| Фактори укључени у бодовање | Стабилност преваленце и инциденце током времена | Стопа ширења | Проценити који QALY и DALY су погођени; вирулентност здравственог проблема | Трошкови здравствене заштите; проценити који YLL и YPLL су погођени | Политичка подршка за решавање проблема; значај здравственог проблема | Прилагодљивост на промену коришћених фактора који доприносе проблему |

Табела 5-6  Критеријуми за оцењивање проблема према основном приоритету

Систем рангирања

Први фактор који треба одредити је величина здравственог проблема (А). Магнитуда се огледа у израженој потреби, као што је потражња и употреба услуга. То се такође показује кроз нормативне потребе - које здравствени професионалци сматрају као одступање од основног или нормално прихватљивог нивоа. Нормативна потреба се одражава у епидемиолошким мерама, као што су стопе морталитета и морбидитета, учесталост, преваленција и релативни ризик. То је једна од потешкоћа у коришћењу стопа смртности као јединог критеријума за одређивање величине здравственог проблема, подаци о смртности су медицински, што их чини мање корисним у планирању на које се фокусирају проблеми у понашању или социјалном здрављу. Поред тога, инвалидност, бол и квалитет живота су једнако важна разматрања као и смрт, као што смо видели у погледу QALY-а и DALY-a. Стога, величину здравственог проблема и факторе који доводе до његове манифестације треба посматрати из различитих углова и уградити различитим мерама и индикаторима.

Нису сви здравствени проблеми подједнако озбиљни (B), где озбиљност обухвата степен хитности за решавање проблема, степен озбиљности здравственог проблема, степен могућих економских губитака због здравственог проблема и степен до којег други могу бити мотивисани да се укључе. Сваки од ова четири елемента озбиљности може се оценити на скали од 1 (на најнижем крају) до 10 (на највишем крају). Поново су се користили специфични подаци који су изведени из процене заједнице бодовањем сваког елемента. Тежина здравственог проблема или стања такође је повезана са његовим вируленцом.

Озбиљност се најбоље одређује испитивањем информација од стране стручњака, научне литературе и доприноса кључних актера о дугорочним последицама здравственог проблема. Степен економског губитка се фокусира на индивидуалне губитке због инвалидности и смрти, али може укључивати и друштвене трошкове пружања неге и губитак прихода особа са инвалидитетом. Помоћне мере које обухватају преференције појединаца за различита здравствена стања такође играју улогу, имплицитно или експлицитно, у одређивању озбиљности.

Ефикасност интервенције (C) је трећи елемент у BPRS Оцењивање делотворности интервенција које се могу користити за решавање здравственог проблема користи и скалу од 1 до 10. Интервенције за које постоје значајни докази биле би оцењене највише, где “повољно” значи имати клинички и практично значајан утицај на здравствени проблем. Избор интервенције заслужује значајну пажњу, у смислу да ли и како она има потенцијал да утиче на каузалне или друге факторе (**Слика 5-5**). Ефикасне и повољније интервенције (јефтиније) могу се посматрати као допринос у мери у којој је могуће променити здравствено стање. Наравно, у тренутку када се одвија процес одређивања приоритета, планирање група можда неће имати потпуне податке о ефикасности интервенције. У овој ситуацији, можда ће бити потребно прикупљање података, уз накнадну ревизију.

Здравствени проблем:

A: величина

B: озбиљност

Главни узрочни фактори здравственог проблема

Фактори медијације

Модераторски фактори

Потенцијални ефективни путеви изабране интервенције

**СЛИКА 5-5** Теорија узрока / детерминанти са елементима BPRS скора: величина, озбиљност и интервенције