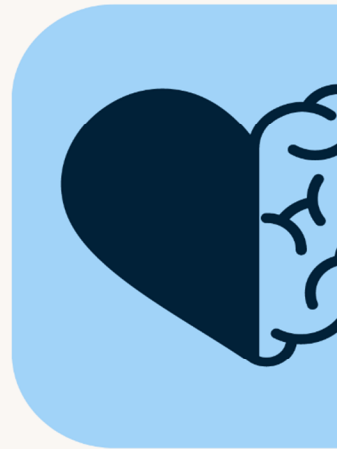




UNIVERSITATEA  
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA

Coordonator: **Sorin Ursoniu**



# Promovarea Sănătății și Educație pentru Sănătate

Pentru Asistenții Medicali



*Editura „Victor Babeș”  
Timișoara, 2024*





UNIVERSITATEA  
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„VICTOR BABEȘ“ DIN TIMIȘOARA

# Promovarea Sănătății și Educație pentru Sănătate

## Pentru Asistenții Medicali

**Coordonator:**

Sorin Ursoniu

**Autori:**

Adina-Ioana Bucur

Constantin Caraion-Buzdea

Virgil Ciobanu

Adrian-Cosmin Ilie

Mădălin-Marius Margan

Dan-Alexandru Surducan

Costela-Lăcrimioara Șerban

**Timișoara, 2024**

**Editura „Victor Babeș”**

Piața Eftimie Murgu nr. 2, cam. 316, 300041 Timișoara

Tel./Fax: 0256 495 210

e-mail: [evb@umft.ro](mailto:evb@umft.ro)

[www.umft.ro/ro/organizare-evb/](http://www.umft.ro/ro/organizare-evb/)

**Director general: Prof. univ. dr. SORIN URSONIU**

**Colecția: HIPPOCRATE**

**Referent științific: Prof. univ. dr. ANDREI MOTOC**

**Indicativ CNCSIS: 324**

© 2024

Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate. Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.

**ISBN 978-606-786-422-9**

# **Autori**

*Coordonator*

## **SORIN URSONIU**

**Medic primar Sănătate Publică și Management Sanitar,**

**Medic primar Dermato-Venerologie**

**Doctor în Medicină**

**Prof. univ. habil., Disciplina de Sănătate Publică, UMF „Victor Babeș“ Timișoara**

## **ADINA-IOANA BUCUR**

Medic primar Sănătate Publică și Management Sanitar

Doctor în Medicină

Șef Lucrări, Disciplina de Sănătate Publică, UMF „Victor Babeș“ Timișoara

## **VIRGIL CIOBANU**

Medic primar Sănătate Publică și Management Sanitar

Doctor în Medicină

Șef Lucrări, Disciplina de Sănătate Publică, UMF „Victor Babeș“ Timișoara

## **CONSTANTIN CARAION-BUZDEA**

Medic primar Sănătate Publică și Management Sanitar

Doctor în Medicină

Asist. univ., Disciplina de Sănătate Publică, UMF „Victor Babeș“ Timișoara

## **ADRIAN-COSMIN ILIE**

Medic primar Sănătate Publică și Management Sanitar

Doctor în Medicină

Conf. univ. habil., Disciplina de Sănătate Publică, UMF „Victor Babeș“ Timișoara

## **MĂDĂLIN-MARIUS MARGAN**

Medic rezident Sănătate Publică și Management Sanitar

Medic specialist Obstetrică-Ginecologie

Doctor în Medicină

Asist. univ., Disciplina de Sănătate Publică, UMF „Victor Babeș“ Timișoara

## **DAN-ALEXANDRU SURDUCAN**

Medic specialist Sănătate Publică și Management Sanitar,

Medic primar Recuperare, Medicină fizică și Balneologie

Doctor în Medicină

Asist. univ., Disciplina de Sănătate Publică, UMF „Victor Babeș“ Timișoara

## **COSTELA-LĂCRIMIOARA ȘERBAN**

Medic primar Sănătate Publică și Management Sanitar

Medic primar Genetică Medicală

Doctor în Medicină

Conf. univ. habil., Disciplina de Sănătate Publică, UMF „Victor Babeș“ Timișoara

# Cuprins

<b>1. Introducere. Starea de sănătate și factorii care o influențează.....</b>	<b>6</b>
<i>Sorin Ursoniu, Virgil Ciobanu</i>	
<b>2. Disparitățile și starea de sănătate.....</b>	<b>22</b>
<i>Costela-Lăcrimioara Șerban</i>	
<b>3. Teorii privind comportamentul față de sănătate.....</b>	<b>34</b>
<i>Adrian-Cosmin Ilie</i>	
<b>4. Promovarea sănătății și reducerea riscurilor. Carta de la Ottawa.....</b>	<b>58</b>
<i>Sorin Ursoniu</i>	
<b>5. Educația pentru sănătate: definiție, scop, obiective, metode și mijloace, canale de comunicație.....</b>	<b>76</b>
<i>Adrian-Cosmin Ilie, Virgil Ciobanu</i>	
<b>6. Stilul de viață sănătos.....</b>	<b>104</b>
<i>Costela-Lăcrimioara Șerban</i>	
<b>7. Evaluarea nevoilor de sănătate și dezvoltarea unor intervenții potrivite....</b>	<b>121</b>
<i>Constantin Caraion-Buzdea, Sorin Ursoniu</i>	
<b>8. Strategii preventive: strategia riscului crescut și strategia ecologică.....</b>	<b>144</b>
<i>Adina-Ioana Bucur</i>	
<b>9. Strategii, modele și teorii de comunicare în sănătate.....</b>	<b>151</b>
<i>Adina-Ioana Bucur</i>	
<b>10. Marketingul social.....</b>	<b>166</b>
<i>Sorin Ursoniu</i>	
<b>11. Locuri în care se poate desfășura promovarea sănătății.....</b>	<b>182</b>
<i>Dan-Alexandru Surducan, Mădălin-Marius Margan</i>	
<b>12. Problematică populației vârstnice. Îmbătrânirea sănătoasă.....</b>	<b>197</b>
<i>Mădălin-Marius Margan, Dan-Alexandru Surducan</i>	
<b>13. Principii de nutriție. Relația dintre alimentație și boală sau sănătate.....</b>	<b>212</b>
<i>Costela-Lăcrimioara Șerban</i>	
<b>14. Importanța activității fizice în promovarea sănătății.....</b>	<b>227</b>
<i>Costela-Lăcrimioara Șerban</i>	

**Capitolul 1**

**INTRODUCERE.**  
**STAREA DE SĂNĂTATE ȘI FACTORII CARE O INFLUENȚEAZĂ**

---

*Sorin Ursoniu, Virgil Ciobanu*

***Obiective educaționale:***

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili:*

- *să definească conceptele de educație pentru sănătate, promovarea sănătății și starea de bine și să le compare;*
- *să înțeleagă în mod critic diferite definiții ale stării de sănătate;*
- *să aplice concepte de promovare a sănătății atunci când lucrează cu pacienții, familiile sau comunitățile pentru a promova sănătatea;*
- *să explice de ce promovarea sănătății este o parte esențială în practica îngrijirii pacienților.*

Deși din cele mai vechi timpuri oamenii au căutat modalități de a se menține sănătoși și lipsiți de boli, conceptul actual de promovare a sănătății și educație pentru sănătate este relativ nou, datând doar de la mijlocul secolului al XIX-lea.

Ca urmare a schimbărilor recente și anticipate legate de reforma în domeniul sănătății, asistenții medicali sunt în măsură să asiste sistemele naționale de sănătate în tranziția de la un sistem orientat spre boală la un sistem orientat spre sănătate.

Asistenții medicali constituie de fapt cel mai mare grup de lucrători din domeniul sănătății; prin urmare, ei sunt esențiali în crearea unui sistem de furnizare a îngrijirii sănătății care va satisface nevoile orientate spre sănătate ale oamenilor.

Consiliul Internațional al Asistenților Medicali (2010) a definit asistența medicală ca „*incluzând promovarea sănătății, prevenirea bolilor și îngrijirea persoanelor bolnave, cu dizabilități și aflate pe moarte*” [1]. Advocacy (pledoarie), promovarea unui mediu sigur, cercetarea, participarea la modelarea politicilor de sănătate și a sistemelor de sănătate sunt, de asemenea, descrise ca roluri cheie ale asistentului medical.

Indiferent de definițiile folosite pentru a defini nursingul, asistentul promovează sănătatea indivizilor, familiilor și comunităților prin educarea lor cu privire la necesitatea unor modificări ale stilului de viață și susținerea unor condiții care să favorizeze sănătatea.

## Promovarea sănătății sau educație pentru sănătate?

În literatura de specialitate și în practică, termenii de *promovare a sănătății* și *educație pentru sănătate* au fost folosiți în mod eronat ca și concepte interschimbabile. În realitate, educația pentru sănătate și promovarea sănătății sunt activități distincte. Conceptul de promovare a sănătății, care se concentrează pe determinanții socio-economici și de mediu ai sănătății și implicarea participativă, include conceptul mai restrâns de educație pentru sănătate.

Educația pentru sănătate se poate defini ca fiind un sistem ce include: conștiința stării de sănătate; procesul de predare/învățare; participare [2]. Ea implică informarea și învățarea indivizilor și comunităților cum să obțină o sănătate mai bună, un rol obișnuit al asistenței medicale. Există mai multe definiții ale educației pentru sănătate. Mackintosh o definește ca fiind acele „*activități care ridică conștientizarea unui individ, oferindu-i individului cunoștințele de sănătate necesare pentru a-i permite să decidă asupra unei anumite acțiuni de sănătate*” [3]. Whitehead a definit educația pentru sănătate ca fiind „*activități care urmăresc să informeze individul asupra naturii și cauzelor sănătății/bolii și asupra nivelului personal de risc al individului asociat cu stilul său de viață. Educația pentru sănătate urmărește să motiveze indivizii să accepte un proces de schimbare a comportamentului prin influențarea directă a valorilor, credințelor și atitudinilor*” [4]. În schimb, promovarea sănătății „*implică schimbări sociale, economice și politice pentru a se asigura că mediul este favorabil sănătății. . . necesită ca un asistent medical să educe un individ despre nevoile sale de sănătate, dar solicită și ca asistentul să joace un rol în încercarea de a aborda problemele sociale și de mediu mai largi care afectează negativ sănătatea oamenilor*” [3].

Whitehead, totuși, a susținut că există de fapt o tensiune între educația pentru sănătate centrată pe boală și conceptul mai larg de promovare a sănătății, care include un accent pe factorii de mediu, determinanții educaționali, culturali și sociopolitici ai sănătății [5]. Același autor a explicat că asistentele care lucrează în unități sanitare cu paturi folosesc mai degrabă modelul biomedical, concentrându-se într-o mai mare măsură pe educația pentru sănătate, mai degrabă decât pe promovarea sănătății [5].

Modelul biomedical, este reduționist, vede corpul și mintea ca fiind separate și promovează o perspectivă a bolii, nu o perspectivă de promovare a sănătății.

Deși asistentele medicale raportează că sunt implicate în activități de promovare a sănătății, ele desfășoară adesea educație pentru sănătate comportamentală, orientată spre stilul de viață sau orientată spre risc [6]. Whitehead a sugerat că asistenții medicali trebuie să-și extindă activitățile în domeniul promovării sănătății, implicându-se mai mult în reforma legislativă, împuternicirea comunităților, acordând atenție disparităților de sănătate etnice/rasiale sau economice, facilitând conștientizarea publicului, adoptând un rol de un avocat politic pentru persoanele defavorizate care nu pot face lobby pentru ele însele și care influențează dezvoltarea politicilor legate de sănătate [6].



Mai mulți autori [7-8] au susținut că educația pentru sănătate este o componentă a promovării sănătății. Desigur, educația pentru sănătate, cu un rol tradițional pentru asistentul medical, este o parte integrantă și esențială a promovării sănătății. Cu toate acestea, atingerea sănătății optime nu înseamnă doar să fii educat sau antrenat pentru a-ți schimba comportamentul de către un furnizor de asistență medicală. Deseori, pacienții au încercat să-și modifice un comportament legat de sănătate înainte de a discuta cu un furnizor de asistență medicală. În aceste situații, este vital să se vorbească cu pacientul și să se dezvolte o înțelegere cuprinzătoare a ceea ce se vrea să schimbe, a ceea ce a încercat anterior și care au fost barierele în calea schimbării.

Sănătatea este influențată de potențialul de adaptare, capacitatea perceptivă, stresul mediului și resursele de adaptare [9]. Prin urmare, promovarea sănătății include împuternicirea indivizilor și comunităților și implementarea unor intervenții sociopolitice mai mari menite să promoveze sănătatea [5]. Aceste aspecte suplimentare ale promovării sănătății fac posibil ca asistentele medicale să joace un rol în reformarea sistemelor de furnizare a asistenței medicale, în abordarea nevoilor de sănătate ale comunităților locale și în îmbunătățirea sănătății societății în general. De aici și importanța introducerii promovării sănătății în spitale, temă ce va fi abordată detaliat în capitolul 11.

Sănătatea fiecăruia este influențată de situația lui familială, comunitatea, mediul și climatul politic în care trăiește. De fapt, factorii socio-economici au adesea un impact mai mare asupra sănătății unei persoane decât comportamentele individuale de menținere a sănătății [10]. Din acest motiv, promovarea sănătății trebuie să includă educația pentru sănătate plus intervențiile legale, economice, de mediu, educaționale, legislative și organizaționale aferente necesare pentru a facilita sănătatea [11]. Aceasta nu înseamnă că un asistent trebuie să fie un lobby-ist, un senator sau un deputat, un epidemiolog, un organizator la nivelul comunității, un asistent medical comunitar sau să lucreze la Institutul Național de Sănătate Publică pentru a facilita promovarea sănătății.

Toți asistenții se pot implica în promovarea sănătății. Harm a sugerat că asistenții care lucrează în unități spitalicești aglomerate care doresc să se angajeze în promovarea sănătății trebuie să integreze o perspectivă holistică în practica lor [12]. Promovarea sănătății necesită personalizarea îngrijirii pentru a se potrivi nevoilor pacientului și familiei; evaluarea factorilor economici, socioculturali, politici și organizaționali care modelează sănătatea; implicarea pacienților în planificarea îngrijirii; conectarea acestora cu resursele comunității; servind într-un rol de advocacy; și promovarea continuității îngrijirii la pacienții internați și la cei tratați în ambulatoriu sau prin îngrijirile comunitare.

Larsson și colaboratorii au subliniat că frecvența și intensitatea necazurilor din viața de zi cu zi afectează sănătatea [13]. Sărăcia aduce cu ea o povară de stres cronic și predispune oamenii să facă alegeri nesănătoase în ce privește stilul de viață, inclusiv fumatul; consumul de droguri sau băutură; lipsa exercițiilor fizice; domicilierea în zone nesigure; și consumul de alimente care sunt accesibile, ușor disponibile și, de obicei, bogate în calorii. În plus, mulți indivizi nu au acces la

asistență medicală preventivă obișnuită sau la mediul educațional pentru a înțelege pe deplin ceea ce furnizorii de servicii medicale încearcă să le comunice. Prin urmare, o componentă a promovării sănătății este acordarea atenției cuvenite cunoștințelor în materie de sănătate ale pacienților, problemelor de acces la îngrijire și barierele legate de sărăcie care împiedică indivizii și comunitățile să se implice în activități de promovare a sănătății.

Promovarea sănătății necesită evaluarea atentă a situației, provocările și punctele forte ale pacientului și determinarea a ceea ce dorește să schimbe, modul în care intenționează să-și modifice stilul de viață, modul în care învață cel mai bine și de ce ajutor are nevoie de la asistentul medical. Este esențial să identificăm punctele forte și succesele din trecut pe care indivizii și comunitățile le-au avut în îmbunătățirea sănătății lor. Pacienții trebuie să fie participanți activi, să simtă că sunt parteneri cunoscători a căror contribuție este respectată și luată în considerare și să participe la luarea deciziilor cu privire la sănătatea lor.

De exemplu, este important să evaluăm modul în care un pacient a slăbit în trecut, atunci când discutăm despre cum își va începe programul actual de slăbire. Trebuie să discutăm ce a interferat cu programul lui de slăbire și ce a funcționat pentru el în trecut.

Când vorbim cu un pacient care trebuie să scadă cantitatea de sare din alimentația sa, este foarte util să se evalueze dacă există membri ai familiei sau prieteni care îl vor ajuta la modificarea stilului de viață. Există situații, în care pacientul mănâncă la restaurante fast-food, ceea ce nu-l va face să consume mai puțină sare. Înțeleg pacientul și familia de ce este important să mănânce mai puțină sare? Se angajează pacientul și familia să-și schimbe comportamentul cumpărând alimente cu conținut scăzut de sare? Au resursele financiare necesare pentru a-și modifica dieta? Sunt alimente proaspete disponibile în comunitatea lor? Știu ei care alimente conservate, congelate și preparate sunt cele mai bogate în sare? Există preferințe culturale care le influențează obiceiurile alimentare?

## **Definiția sănătății**

Preocupări pentru definirea sănătății au existat din cele mai vechi timpuri. Astfel, în secolul I î.Hr. împăratul chinez Wen-Tzu definea sănătatea în felul următor: *“Trupul este templul vieții. Energia este forța vieții. Spiritul este guvernatorul vieții. Dacă unul dintre ele este în dezechilibru toate trei vor avea de suferit. Când spiritul preia comanda, trupul îl urmează în mod natural și această suită este benefică pentru toate cele Trei Comori. Dacă însă trupul este cel care conduce, spiritul i se supune, fapt care dăunează celor Trei Comori” [14].*

O altă definiție care poate fi considerată un model ideal este următoarea: *„Sănătatea este libertate față de durere și o senzație de bine; libertate față de pasiune, care duce la o stare pozitivă de pace și seninătate; libertate față de egoism, care duce la limpezimea gândirii și percepția adevărului [15].”*

Definiția sănătății a evoluat de-a lungul timpului. Definiția timpurie, clasică a sănătății de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a stabilit o tendință de a descrie sănătatea în termeni sociali, mai degrabă decât în termeni medicali. Într-adevăr, OMS a definit sănătatea ca „o stare de bine completă din punct de vedere fizic, mental și social și care nu se limitează doar la absența bolii sau a infirmității” [16].

Sănătatea cuprinde deci mai multe aspecte:

*Sănătate mintală*: a fi capabil să gândești clar și să te adaptezi la diferite situații și să fii rezilient pentru a face față.

*Sănătate emoțională*: capacitatea de a recunoaște, exprima și gestiona emoții precum furia și frica

*Sănătate socială*: capacitatea de a forma și menține relații.

*Sănătate fizică*: să ai energie și vitalitate și să te simți bine.

*Sănătate spirituală*: să fi capabil de a fi în pace cu tine însuși și să-ți găsești calmul.

Componenta socială înseamnă „a trăi împreună în grupuri organizate sau agregate apropiate similare sau legate de aceasta” [17] și se referă la grupuri de oameni din comunități care interacționează unul cu celălalt. „Sănătatea socială” desemnează vitalitatea comunității și este rezultatul interacțiunii pozitive între grupurile din cadrul comunității, cu accent pe promovarea sănătății și prevenirea bolilor.

La mijlocul anilor 1980, OMS a extins definiția sănătății pentru a sublinia recunoașterea implicațiilor sociale ale sănătății. Astfel, sănătatea este: măsura în care un individ sau un grup este capabil, pe de o parte, să-și realizeze aspirațiile și să-și satisfacă nevoile; și, pe de altă parte, să schimbe sau să facă față mediului. Sănătatea este, așadar, văzută ca o resursă pentru viața de zi cu zi, nu ca obiectiv al vieții; este un concept pozitiv care pune accent pe resursele sociale și personale și capacitățile fizice.

Definiția OMS ia în considerare mai multe dimensiuni ale sănătății. Acestea includ percepții fizice (structură/funcție), sociale, de rol, mentale (emoționale și intelectuale) și generale asupra stării de sănătate. De asemenea, conceptualizează sănătatea dintr-o perspectivă macro, ca o resursă care trebuie folosită mai degrabă decât un scop în sine [18].

Întrucât puțini dintre noi suntem într-o stare completă de bunăstare fizică, mentală, socială și emoțională în orice moment, definiția OMS ne oferă un obiectiv care să ne motiveze să creștem într-o multitudine de moduri. Gândiți-vă pentru un moment la ce provocări fizice, construcții mentale, obligații sociale sau sentimente emoționale vă împiedică să vă simțiți bine în timp ce vă continuați studiile de asistență medicală generală.

Următorul studiu de caz despre Maria ilustrează modul în care Facultatea de Asistență Medicală Generală i-a afectat starea de bine. Maria a fost încântată când a fost admisă la facultate, dar avea o îngrijorare persistentă că nu va face față. Stresul de a-și face griji cu privire la examene

Învățatul noaptea târziu a împiedicat-o să doarmă atât de mult cât îi cerea corpul. Era atât de ocupată cu munca de la facultate încât se simțea izolată de familia și prietenii ei. Maria s-a îngrășat 5 kilograme într-un semestru doar datorită gustărilor consumate târziu în timpul nopții în săptămânile dinaintea examenelor. Ea a intrat la fiecare examen crezând că va lua cea mai mică notă dintre colegi și va fi umilită. Ce altceva ați vrea să știți despre Maria înainte de a începe o conversație despre promovarea stării de bine și a sănătății ei? Ce bariere ar putea interfera cu obiectivele de promovare a sănătății în cazul Mariei?

Cum poate fi transformat stresul în boală? Stresul reprezintă o cascadă complicată de răspunsuri fizice și biochimice la stimuli emoționali puternici. Fiziologic, emoțiile sunt ele însele descărcări electrice, chimice și hormonale ale sistemului nervos uman. Emoțiile influențează – și sunt influențate de – funcționarea organelor noastre majore, integritatea apărării noastre imunitare și funcționarea numeroaselor substanțe biologice circulante care ajută la guvernarea stărilor fizice ale corpului. Când emoțiile sunt reprimite, această inhibiție dezarmează apărarea organismului împotriva bolii. Reprimarea – disocierea emoțiilor de conștientizare și alungarea lor în tărâmul inconștient – dezorganizează și confuzează sistemele noastre de apărare fiziologice, astfel încât, la unii oameni, aceste mecanisme de apărare nu mai funcționează normal, devenind distrugătorii sănătății mai degrabă decât protectorii ei.

*“Între materia vie și mediul înconjurător, între o ființă vie și alta s-a desfășurat un schimb reciproc, încă din zorii vieții din oceanele preistorice”,* a scris Hans Selye în *The Stress of Life* [19]. Interacțiunile cu alte ființe umane – în special, interacțiunile emoționale – ne afectează funcționarea biologică în nenumărate și subtile moduri aproape în fiecare moment al vieții noastre. Aceștia sunt determinanți importanți ai sănătății.

Unii au numit acest nou domeniu *psihoneuroimuno-endocrinologie* pentru a indica faptul că aparatul endocrin sau hormonal este, de asemenea, o parte a sistemului nostru de răspuns al întregului corp. Cercetările inovatoare descoperă în prezent cum funcționează aceste legături până la nivel celular [20].

Literatura din domeniul nursingului conține multe definiții variate ale sănătății.

De exemplu, sănătatea a fost definită ca „o stare de bine în care persoana este capabilă să folosească răspunsuri și procese intenționate și adaptative din punct de vedere fizic, mental, emoțional, spiritual și social” [21]; „realizarea potențialului uman prin comportament orientat către obiective, îngrijire de sine competentă și relații satisfăcătoare cu ceilalți” [22]. Varietatea tuturor acestor definiții ale sănătății ilustrează dificultatea în standardizarea conceptualizării acestei noțiuni.

Alte definiții ale sănătății includ: (1) starea capacității optime de a îndeplini roluri și sarcini sociale; (2) o atitudine plină de bucurie față de viață și o acceptare a propriilor responsabilități; și (3) capacitatea de a-ți menține echilibrul și de a fi fără durere, disconfort, dizabilități sau limitare a acțiunii, inclusiv capacitatea socială [23].

## Determinanți ai sănătății și ai bolii

Starea de sănătate este asociată cu o serie de factori, cum ar fi accesul la îngrijirea sănătății, condițiile economice, problemele sociale și de mediu, practicile culturale, caracteristicile individuale și comportamentele și este esențial pentru asistentul medical să înțeleagă factorii determinanți ai sănătății și să recunoască interacțiunea factorilor care duc la boală, deces și dizabilitate. De fapt, îngrijirile de sănătate influențează starea de sănătate doar în proporție de 11% [24].

Contextul vieții oamenilor le determină sănătatea și, prin urmare, învinovățirea indivizilor pentru sănătatea precară sau aprobarea lor pentru sănătatea bună este inadecvată. Este puțin probabil ca indivizii să poată controla în mod direct mulți dintre factorii determinanți ai sănătății. Acești determinanți – sau lucruri care îi fac pe oameni sănătoși sau nu – includ factorii de mai sus și mulți alții [25]:

- *Venitul și statutul social* - veniturile și statutul social mai mari sunt legate de o sănătate mai bună; cu cât decalajul dintre cei mai bogați și cei mai săraci este mai mare, cu atât diferențele de sănătate sunt mai mari.
- *Educația* – nivelurile scăzute de educație sunt legate de sănătatea precară, mai mult stres și o încredere mai scăzută în sine.
- *Mediul fizic* – apă potabilă și aer curat, locuri de muncă sănătoase, case sigure, comunități și drumuri toate contribuie la o sănătate bună.
- *Ocuparea forței de muncă și condițiile de muncă* – oamenii angajați sunt mai sănătoși, în special cei care au mai mult control asupra condițiilor lor de muncă
- *Rețelele de sprijin social* – un sprijin mai mare din partea familiilor, prietenilor și comunităților este legat de o sănătate mai bună.
- *Cultura* - obiceiurile și tradițiile, precum și credințele familiei și comunității, toate influențează sănătatea.
- *Genetica* - moștenirea joacă un rol în determinarea duratei de viață, a sănătății și a probabilității de a dezvolta anumite boli.
- *Comportamentul personal și abilitățile de a face față* – alimentația echilibrată, menținerea activă, fumatul, băutul și modul în care facem față stresului și provocărilor vieții influențează sănătatea.
- *Serviciile de sănătate* – accesul și utilizarea serviciilor de prevenire și tratare a bolilor influențează sănătatea
- *Genul* - bărbații și femeile suferă de diverse tipuri de boli la vârste diferite.

Potrivit unor studii, comportamentele individuale sunt responsabile pentru aproximativ 50% dintre toate decesele premature din Statele Unite [26]. Într-adevăr, biologia și comportamentele individuale influențează sănătatea prin interacțiunea dintre ele și cu mediile sociale și fizice ale individului. Astfel, politicile și intervențiile pot îmbunătăți sănătatea prin abordarea factorilor defavorabili sau nocivi legați de indivizi și de mediul lor.

Determinanții sociali ai sănătății cuprind condițiile economice și sociale care influențează sănătatea oamenilor și a comunităților. Aceste condiții sunt modelate de poziția socio-economică, de venit, puterea și resursele de care dispun oamenii, toate acestea fiind influențate de factori socio-economici și politici (de exemplu, politici, cultură și valori ale societății). Poziția socio-economică a unui individ poate fi modelată de diverși factori, cum ar fi educația, ocupația sau venitul acestuia. Toți acești factori (determinanți sociali) influențează sănătatea și bunăstarea oamenilor și a comunităților cu care interacționează.

În continuare sunt enumerați mai mulți factori implicați în starea de sănătate [27]:

- Cum se dezvoltă o persoană în primii câțiva ani de viață (dezvoltarea în perioada timpurie a copilăriei)
- Câtă educație obține o persoană și calitatea educației respective
- Capacitatea de a obține și păstra un loc de muncă
- Ce fel de muncă face o persoană
- A avea hrană sau a putea obține hrană (securitate alimentară)
- Accesul la serviciile de sănătate și calitatea acestor servicii
- Condiții de viață, cum ar fi starea locuinței, siguranța publică, apă curată și lipsa poluării
- Câți bani câștigă o persoană (venit individual și venit pe gospodărie)
- Norme și atitudini sociale (discriminare, rasism și neîncredere în guvern)
- Segregarea rezidențială (separarea fizică a raselor/etniilor în diferite cartiere)
- Suport social
- Limbă și grad de alfabetizare
- Cultura (obiceiuri și credințe generale ale unui anumit grup de oameni)
- Accesul la mass-media și tehnologiile emergente (telefoane mobile, internet și rețele sociale).

Toți acești factori sunt influențați de circumstanțele sociale. Desigur, mulți dintre factorii din această listă sunt influențați și de ceilalți determinanți ai sănătății.

Abordarea determinanților sociali ai sănătății este una importantă pentru atingerea echității în sănătate. Echitatea în sănătate există atunci când toată lumea are oportunitatea de a atinge potențialul complet de sănătate și nimeni nu este „dezavantajat în atingerea acestui potențial din cauza poziției sale sociale sau a altor circumstanțe determinate social” [28]. Echitatea în sănătate a fost, de asemenea, definită ca „absența disparităților sistematice de sănătate între și în cadrul grupurilor sociale care au niveluri diferite de avantaje sau dezavantaje sociale subiacente – adică poziții diferite într-o ierarhie socială” [29]. Determinanți sociali ai sănătății, cum ar fi sărăcia, accesul inegal la asistență medicală, lipsa educației, stigmatizarea și rasismul sunt factori de bază, care contribuie la inechitățile în materie de sănătate.

OMS a creat Comisia pentru determinanții sociali ai sănătății [30] pentru a aborda determinanții sociali ai sănătății. Comisia folosește următoarele trei principii pentru a-și ghida activitatea de eliminare a inechităților în materie de sănătate pentru comunitățile și națiunile locale și din întreaga lume:

- îmbunătățirea condițiilor vieții de zi cu zi – circumstanțele în care oamenii se nasc, cresc, trăiesc, muncesc și îmbătrânesc.
- abordarea distribuției inechitabile a puterii, banilor și resurselor - elemente structurale ale condițiilor de viață cotidiană - la nivel global, național și local.
- măsurarea problemei, evaluarea acțiunii, extinderea bazei de cunoștințe, dezvoltarea unei forțe de muncă care este instruită în privința determinanților sociali ai sănătății și creșterea gradului de conștientizare a publicului cu privire la determinanții sociali ai sănătății [30].

Boala reprezintă o deviere de la starea de sănătate datorită unor modificări ale mediului intern sau acțiunii unor agenți din mediul extern.

Boala este, de asemenea, o experiență subiectivă, adică reprezintă felul în care se simte o persoană, iar semnele și simptomele pot fi sau nu validate științific prin diagnostic medical obiectiv sau starea bolii poate fi negată (nici o boală nu este diagnosticată în ciuda experienței subiective de a se simți bolnav). De asemenea, persoanele se pot simți bine cu sau fără boală.

Literatura anglo-saxonă folosește trei termeni pentru a defini dimensiunile bolii: illness, disease, sickness.

**Illness** – se referă la realitatea subiectivă a bolii, la ceea ce simte, percepe bolnavul.

**Disease** – se referă la realitatea biofizică a bolii, respectiv boala așa cum este ea definită din punct de vedere medical.

**Sickness** – se referă la a treia dimensiune a bolii, respectiv la realitatea socio-culturală a bolii (rolul social al bolnavului, atribuirea etichetei de bolnav persoanei respective etc.).

Potrivit lui Downie [31], sănătatea pozitivă presupune două componente:

#### **Bunăstare fizică, psihică și socială;**

**Fitness** – forma fizică optimă, cu cei patru S (în limba engleză):

- *strenght* – forță fizică;
- *stamina* – vigoare (rezistență fizică);
- *suppleness* – suplețe fizică;
- *skills* – îndemânare (abilitate) fizică.

Asistenții medicali ar trebui să înțeleagă aceste concepte și să aprecieze că sănătatea și boala sunt influențate de o rețea de factori, unii care pot fi modificați (de exemplu, comportamente individuale, cum ar fi consumul de tutun, dieta, activitatea fizică) și alții care nu pot fi schimbați (de exemplu, genetică, vârstă, gen). Alți factori (de exemplu, mediul fizic și social) pot necesita schimbări care vor trebui realizate din perspectivă politică.

Fiecare asistent medical trebuie să reflecteze individual asupra conceptelor incluse în definiția OMS (bunăstare fizică, mentală, socială și emoțională) și să le aplice într-o manieră individualizată în practica lor zilnică [32]. Asistenții trebuie, de asemenea, să se gândească la factorii organizaționali, de mediu, economici și socioculturali care influențează sănătatea pacienților, familiilor, comunităților și populațiilor.

### **Factorii organizaționali care afectează sănătatea**

Luarea în considerare a factorilor organizaționali care influențează sănătatea este un aspect important a ceea ce fac asistenții medicali atunci când promovează sănătatea pacienților lor.

Nu rareori o persoană a trebuit să aștepte mult timp pentru o programare pentru asistență medicală sau să încerce să se programeze pentru o consultație la un medic specialist într-un moment care era cu adevărat dificil pentru ea/el sau să încerce să înțeleagă ce spunea de fapt un furnizor de asistență medicală care era ocupat.

Gândiți-vă la introducerea dosarelor medicale electronice, la utilizarea codurilor de bare pentru eliberarea medicamentelor în spitale sau pentru etichetarea probelor biologice recoltate de la pacienți. Cum au afectat acele schimbări organizaționale sănătatea pacienților și volumul de muncă al asistentelor care îngrijesc acești pacienți? Care sunt avantajele și provocările asociate acestor schimbări?

### **Factorii de mediu care afectează sănătatea**

Este necesar ca asistenții medicali să ia în considerare factorii de mediu care influențează sănătatea înainte de a lucra cu pacienții.

De exemplu, Marcela locuia într-un apartament mic împreună cu alte trei surori și cu mama ei. Datorită bugetului lor limitat, mama ei cumpăra în mod obișnuit alimente care erau bogate în calorii, deoarece erau convenabile și accesibile.

Asistenta de la cabinetul școlar i-a tot spus Marcelei că are 10 de kilograme în plus față de greutatea ideală, așa că ar trebui să facă mișcare și să-și schimbe alimentația. Ce altceva ar fi putut face asistenta școlară pentru a-i fi cu adevărat de ajutor Marcelei?



## **Factorii economici care afectează sănătatea**

Factorii economici au un impact major asupra sănătății și activităților de promovare a sănătății. De exemplu, uneori, pacienții vârstnici cu venituri limitate trebuie să decidă care dintre medicamentele prescrise să și le cumpere. Alteori, pacienții vârstnici iau doar jumătate din medicamentele prescrise deoarece nu își permit să achiziționeze întreaga rețetă.

Gândiți-vă la o situație în care un asistent medical comunitar care făcea vizite la domiciliu, era în mod constant frustrat de lipsa magazinelor alimentare care vindeau fructe și legume proaspete într-o comunitate izolată. El a încercat să facă educație pentru sănătate despre nutriție cu câteva familii și a auzit de fiecare dată că magazinele locale vând doar alimente preparate, țigări și alcool. Majoritatea familiilor aflate în grija sa nu dețineau o mașină și aveau dificultăți în a călători 10 kilometri până la cel mai apropiat magazin alimentar de unde puteau să se aprovizioneze cu fructe și legume.

## **Factorii socio-culturali care afectează sănătatea**

Factorii socio-culturali pot avea un impact major asupra convingerilor de sănătate, practicilor de sănătate, comunicării în domeniul sănătății și încrederii pe care o au pacienții în furnizorii de servicii medicale.

Să luăm în considerare, de exemplu, perspectiva lui Ion despre luarea medicamentelor. Ion era un bărbat în vârstă de 45 de ani, internat la spital pentru o tensiune arterială de 215/110 mmHg. Medicul său de familie i-a prescris un spectru de medicamente pentru tensiunea arterială în doze tot mai mari în ultimele luni, fără a observa nicio modificare a tensiunii arteriale. Când Ion a fost internat la secția de cardiologie, asistenta sa a urmat instrucțiunile scrise din fișa sa, care se bazau pe informațiile furnizate de pacient referitoare la ultimele doze de medicamente pentru tensiune arterială pe care acesta le-ar fi luat potrivit recomandărilor medicului său de familie. La treizeci de minute după ce asistenta medicală i-a dat medicamentele, tensiunea arterială a lui Ion a scăzut atât de dramatic încât a trebuit să primească un bolus de lichide pentru a-l aduce înapoi în limite normale. S-a constatat ulterior că pacientul nu a luat medicamentele prescrise de medicul de familie pentru că împărtășea o părere comună printre cei din comunitatea căreia îi aparținea potrivit căreia era prea tânăr pentru a fi nevoit să ia medicamente zilnic pentru tot restul vieții.

## **Factorii comportamentali care afectează sănătatea**

O varietate de factori comportamentali influențează modul în care pacienții respectă tratamentele prescrise. Uneori, lipsa conformității sau a aderării la îngrijirea prescrisă se bazează pe experiențele negative anterioare ale pacientului în interacțiunea sa cu sistemul de sănătate. Să analizăm cazul Elenei, o femeie de 120 de kilograme, în vârstă de 84 de ani, care a suferit o

intervenție chirurgicală la șold în anul precedent. În timpul acelei spitalizări, a suferit o cădere de pe targă atunci când a fost mutată în pat. Coloana vertebrală a fost afectată și a necesitat numeroase injecții dureroase pentru a gestiona fractura și durerea asociată. Când Elena a părăsit spitalul după acea operație, a promis să nu se mai întoarcă niciodată la niciun spital. Un an mai târziu, prietena ei a sunat la telefon și a observat că Elena era confuză. După ce a ajuns la ea acasă, prietena a sunat la 112 pentru că Elena era dezorientată și avea febră de 39°C.

Când ambulanța a ajuns la ea acasă, Elena a refuzat să meargă la spital. În cele din urmă, după aproape 30 de minute, prietena ei a convins-o pe Elena să meargă la unitatea de primire a urgențelor pentru a fi verificată și ea a consimțit. La spital s-a stabilit că Elena avea o infecție severă a tractului urinar. După o zi în spital, Elena a insistat să fie externată. Temperatura ei coborâse la 37°C și starea ei psihică se ameliorase. Când Elena a ajuns acasă, a primit un telefon prin care era anunțată că prietena ei cea mai bună tocmai murise. Din cauza unei încurcături la farmacie a trecut o zi și jumătate până să-și poată primi rețeta de antibiotice. Când a sunat prietena Elenei, ea i-a spus că din cauza senzației de greață nu poate mânca și nu poate să-și ia antibioticele. Elena a spus: „Când viața nu mai este distractivă, nu există niciun motiv să mai fii prin preajmă”.

După cum ilustrează studiile de caz menționate, promovarea sănătății necesită împuternicire la nivel comunitar, colaborare cu alte sectoare de activitate și participare din partea pacientului. Uneori, promovarea sănătății necesită intervenție la nivel comunitar, pentru a fi îndeplinite în mod eficient obiective din domeniul sănătății. Promovarea sănătății poate cere, de asemenea, asistentului să-și asume un rol activ în promovarea schimbărilor de mediu, organizaționale sau sociale la nivel local, regional sau național [33].

### **Importanța unei forțe de muncă instruite pentru promovarea sănătății**

Unii autori susțin transformarea promovării sănătății într-o practică și o profesie specializată.

Cei care susțin acest punct de vedere cred că alte profesii decât asistentul medical ar trebui instruite în practicile de promovare a sănătății. Ei susțin necesitatea identificării competențelor de promovare a sănătății, a standardelor de acreditare pentru promovarea sănătății și a dezvoltării standardelor profesionale de practică.

OMS, în Declarația de la München, a cerut implicarea activă a asistenților în dezvoltarea politicilor de sănătate [34].

Dar, așa cum a subliniat Whitehead [35], asistenții se luptă adesea să găsească timpul și să aibă abilitățile necesare pentru a avea un rol activ în modelarea politicii de sănătate. După cum au comentat Smith și colaboratorii [36], situația imediată în majoritatea instituțiilor spitalicești deturneză asistenții de la participarea la intervenții la nivel comunitar, la evaluări de mediu și la dezvoltarea politicilor de sănătate. Majoritatea politicilor de sănătate au loc cu o contribuție

redușă din partea asistenților, chiar dacă politica de sănătate are o influență profundă asupra practicii asistenței medicale [35].

O serie de asistenți medicali care lucrează în comunitate în domeniul sănătății publice sunt implicați în dezvoltarea și evaluarea politicilor de sănătate. Cu toate acestea, mulți asistenți medicali care lucrează în mediile aglomerate ale spitalelor nu văd promovarea sănătății ca fiind o parte a rolului lor. Activități precum implicarea politică, dezvoltarea politicilor de sănătate și advocacy comunitar nu sunt de obicei ușor de realizat într-un cadru spitalicesc [37]. În plus, în literatura de specialitate sunt prezentate prea puține exemple despre modul în care asistenții medicali din spital s-ar putea implica în aceste activități extinse care fac parte din promovarea sănătății.

Mai mulți autori au început să descrie modul în care asistenții medicali din spitale ar putea îndeplini unele dintre aceste roluri mai ample orientate spre promovarea sănătății. Wilson-Barnett [38] a sugerat că asistenții medicali trebuie să vadă promovarea sănătății ca fiind orientată spre advocacy, implicare participativă, sprijin social sporit și îngrijire individualizată. Casey [39] a fost de acord că, implicându-se într-o ascultare activă, discutând cu pacientul și/sau familia, stimulând implicarea pacientului în planificarea îngrijirii și îngrijirea zilnică, precum și individualizarea îngrijirii pe baza priorităților pacientului, asistenții medicali se angajează în îngrijirea participativă, o componentă importantă a promovării sănătății. Deoarece dezvoltarea unei relații terapeutice asistent-pacient necesită participarea pacientului, acest lucru face și el parte din promovarea sănătății. Intervențiile de asistență medicală care încurajează sprijinul social, reduc barierele în calea îngrijirii și îmbunătățesc auto-eficacitatea promovează, de asemenea, sănătatea. Determinarea nevoilor percepute ale pacientului și familiei pe baza poziției lor în societate, împreună cu dezvoltarea de obiective realiste și modalități de monitorizare a progresului, sunt o parte vitală a promovării sănătății [40]. Prin medierea și promovarea drepturilor sau nevoilor unui pacient cu alți profesioniști din domeniul sănătății sau organizații comunitare, în special în timpul activităților zilnice sau de planificare a externării, asistenții îndeplinesc roluri mai ample orientate spre promovarea sănătății [37].

Cu toate acestea, Whitehead [40] a avertizat că asistenții medicali ocupați pot ignora complexitatea care stă la baza comportamentului sănătos, oferind o educație prea simplistă pacientului, fără a explora barierele în calea schimbării comportamentului sau a influențelor de mediu/culturale.

El a susținut că asistenții trebuie să exploreze de ce pacienții adoptă un anumit stil de viață, ce ar putea funcționa pentru ei și cum să-i implice pe pacienți în stabilirea unor obiective realiste.

**Implementarea** promovării sănătății și educației pentru sănătate poate să cuprindă următoarele trei modele [41]:

- asistentul medical ca agent de schimbare a comportamentului;
- asistentul medical ca facilitator de împuternicire (acțiune la nivel individual și comunitar);
- asistentul medical ca practician strategic în promovarea sănătății.

### Mesaje cheie:

Serviciile medicale curative influențează doar în mică măsură starea de sănătate. Practica promovării sănătății și educației pentru sănătate se bazează pe presupunerea că un comportament benefic pentru sănătate va rezulta dintr-o combinație de oportunități de învățare planificate, consecvente și integrate. Această ipoteză se bazează pe evaluările științifice ale programelor de educație pentru sănătate în școli, la locurile de muncă, în mediile medicale și prin intermediul mass-media.

### Bibliografie:

1. American Nurses Association (2010). *What is nursing?* <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/StudentNurses/WhatisNursing.aspx>
2. Ciobanu, V., Nistor, F. (1996). *Ghid în educația pentru sănătate*-ed. 2. Editura Mirton, Timișoara.
3. Mackintosh, N. (1996). *Promoting health: An issue for nursing*. Dinton, Nr. Salisbury, Wilts, Quay Books.
4. Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: Advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 311–320.
5. Whitehead, D. (2003). Health promotion and health education viewed as symbiotic paradigms: Bridging the theory and practice gap between them. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 796–805.
6. Whitehead, D. (2006). Health promotion in the practice setting: Findings from a review of clinical issues. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(4), 165–184.
7. Robertson, A. (2001). Biotechnology, political rationality, and discourses on health risk. *Health*, 5, 293–309.
8. Tones, K. (2000). Evaluating health promotion: A tale of three errors. *Patient Education and Counseling*, 39, 227–236.
9. King, P. M. (1994). Health promotion: the emerging frontier in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 209–218.
10. Williamson, D. L., Carr, J. (2009). Health as a resource for everyday life: Advancing the conceptualization. *Critical Public Health*, 19(1), 107–122.

11. Tones, K., Tilford, S., Robinson, Y. (1990). *Health education effectiveness and efficiency*. London, UK: Chapman & Hall.
12. Harm, T. (2001). Patient education in Estonia. *Patient Education and Counseling*, 4, 75–78.
13. Larsson, G., Starrin, B., Wilde, B. (1991). Contributions of stress theory to the understanding of helping. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 5, 79–85.
14. Ursoniu S. (2000). *Istoria medicinei universale*. Ed. de Vest, Timisoara
15. Vithoulkas G. (2012). *Principiile de bază ale homeopatiei*. Ed. Brumar, Timișoara
16. World Health Organization [WHO]. (1948). *Preamble to the constitution of the WHO*. Official records of the WHO (No 2, p. 100).
17. *American Heritage College Dictionary* (1997). ed 3. New York: Houghton Mifflin.
18. Saylor C. (2004) The circle of health: a health definition model. *J Holist Nurs.*;22:98–115.
19. Selye H. (1956). *Stress of life*. McGraw-Hill
20. Maté G. (2021). *Când corpul spune nu. Costul stresului ascuns*. Curtea Veche
21. Murray R.B, Zentner J.P, Yakimo R. (2009) *Health promotion strategies through the life span*. ed 8. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
22. Pender N.J, Murdaugh C.L, Parsons M.A. (2001). *Health promotion in nursing practice*. Ed 6. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
23. Goldsmith, S. (1972). The status of health indicators. *Health Service Reports*, 87, 212–220.
24. Determinants of health <https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/>
25. WHO determinants of health <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>
26. Orleans C.T, Cassidy E.F.(2011). *Health and behavior*. în: Kovner A.R, Knickman J.R, eds. *Health care delivery in the United States*. ed 10. New York: Springer Publishing.
27. Centers for Disease Control and Prevention <https://www.cdc.gov/socialdeterminants/index.htm>
28. Brennan Ramirez LK, B.E., Metzler M. (2008). *Promoting Health Equity: A Resource to Help Communities Address Social Determinants of Health*. Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services: Atlanta, GA
29. Braveman, P., S. Gruskin, (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4): p. 254-258.
30. WHO Commission on Social Determinants of Health <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/commission-on-social-determinants-of-health>
31. Downie, R. S., Fyfe, C. and Tannahill, A. (1991) *Health Promotion: Models and Values*. Oxford Medical Publications, Oxford.
32. Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 56, 123–136.
33. Maben, J., Macleod-Clark, J. (1995). Health promotion: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1158–1165.

34. Munich Declaration: *Nurses and Midwives: a Force for Health*. <https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/munich-declaration-nurses-and-midwives-a-force-for-health>
35. Whitehead, D (2003). The health-promoting nurse as a health policy career expert and entrepreneur. *Nurse Education Today*, 23, 585–592.
36. Smith, P., Masterson, A., Smith, S. L. (1999). Health promotion versus disease and care: Failure to establish blissful clarity in British nurse education and practice. *Social Science and Medicine*, 48, 227–239.
37. Casey, D. (2007). Health promotion: Findings from non-participant observational data concerning health promotion nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 580-592.
38. Wilson-Barnett, J. (1993). Health promotion and nursing practice. In A. Dines and A. Cribb (Eds.), *Health promotion: Concepts and practice* (pp. 195–204). Oxford, UK: Blackwell Scientific Publications.
39. Casey, D. (2007). Nurses’ perceptions, understanding, and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1039–1049.
40. Whitehead, D. (2001). Health education, behavioral change, and social psychology: Nursing’s contribution to health promotion? *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 822–832.
41. Piper, S.M. (2007) ‘A qualitative study testing the relationship between health promotion theory and nursing practice.’ *Nursing Times*, 103 (6): 34–5.

# DISPARITĂȚILE ȘI STAREA DE SĂNĂTATE

---

*Costela-Lăcrimioara Șerban*

### **Obiective educaționale:**

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili să:*

- *descrie influențele sociale, economice și de mediu cu efect major asupra sănătății;*
- *definiească disparitățile privind starea de sănătate;*
- *înțeleagă provocările legate de abordarea disparităților în ceea ce privește starea de sănătate.*

Starea de sănătate și de boală sunt determinate și de factori aparținând mediului socio-economic și fizic. Veniturile mici și locuințele inadecvate pot limita capacitatea oamenilor de a prelua controlul asupra propriei sănătăți sau de a modifica condițiile care le afectează sănătatea. Asistentul medical poate juca un rol important prin înțelegerea acelor factori care influențează sănătatea pacientului și capacitatea acestuia de a dezvolta și a-și menține o sănătate bună. Rapoartele anuale de sănătate ale Organizației Mondiale a Sănătății, informațiile publicate de Observatorul European privind Sistemele și Politicile de Sănătate și datele de la Institutul Național de Statistică oferă toate o imagine actuală a stării de sănătate a populațiilor la nivel local, național și global. Toate aceste rapoarte arată că sănătatea și șansele de viață variază. Deși starea de sănătate se îmbunătățește atât la nivel global, cât și în România, demonstrat prin faptul că oamenii trăiesc mai mult și că mortalitatea timpurie din cauza multor boli este în scădere, s-a constatat că de aceste îmbunătățiri au beneficiat în special persoanele înstărite din societate. Atât la nivel comunitar, cât și la nivel individual, sănătatea precară este legată de dezavantaje și deprivare de natură socială și economică. Diferențele de venit, în ce privește locurile de muncă, educația, locuințele, mediul social și accesul la servicii produc toate inegalități în ceea ce privește starea de sănătate. Inegalitățile în materie de sănătate și diferențele dintre grupurile de populație au suscit un interes important din partea guvernelor.

Raportul de țară din 2020 al Comisiei Europene privind România [1] constată printre altele că:

- accesul la servicii de bază este în continuare problematic, ceea ce adâncește decalajul dintre mediul rural și cel urban, disparitățile regionale și inegalitățile;
- disparitățile dintre mediul rural și cel urban rămân semnificative; rata riscului de sărăcie în zonele rurale este de aproape cinci ori mai mare decât în orașe;

-disparitățile regionale mari și disparitățile importante dintre mediul rural și cel urban în ceea ce privește excluziunea socială și ratele sărăciei nu sunt compensate de serviciile sociale existente;

-furnizarea de servicii sociale rămâne în mare măsură insuficientă, în special în zonele rurale;

-asigurarea egalității de șanse pentru elevii care provin din gospodării sărace, în special din zonele rurale, și din comunitatea romă rămâne o problemă;

## **Disparități în sănătate**

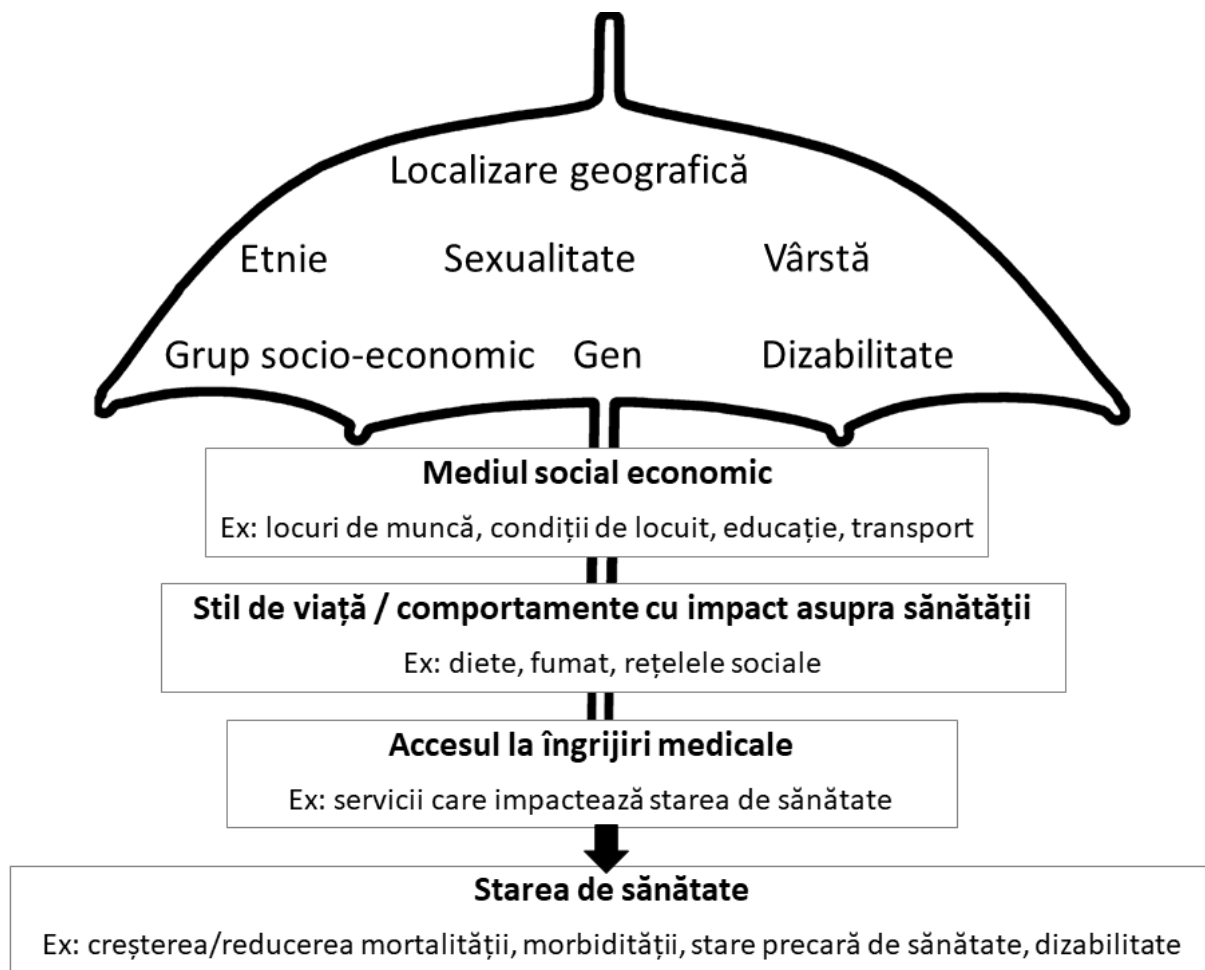
Disparitățile în domeniul sănătății pot fi asociate unei zone geografice, cum ar fi o zonă rurală, genului, vârstei, naționalității, venitului, educației, dizabilităților sau barierelor culturale și/sau lingvistice în calea îngrijirii. Alte populații prioritare care sunt expuse riscului de disparități îi includ pe cei care nu au fost înscriși pe listele unui medic de familie, pe cei care au nevoie de îngrijire pe termen lung și persoanele a căror boală cronică nu este bine gestionată.

Diferențele se pot întâlni în ceea ce privește prevenirea, accesul la îngrijire și tratament. Eșecul de a depista riscul de boală, lipsa prevenției primare, eșecul de a detecta o boală, lipsa urmăririi, rezultate anormale ale testelor, neaderarea la planuri specifice de tratament, accesul inegal la tratamente eficiente și lipsa resurselor adecvate de îngrijire paliativă sunt toate disparități comune. Aceste disparități duc la rate mai mari de incidență pentru diverse boli, diagnosticare întârziată, răspuns mai slab la tratament și reapariția bolii. Tratarea tardivă a bolii duce de obicei la costuri mai mari de îngrijire a sănătății și întotdeauna va avea consecințe emoționale și sociale mai mari. Disparitățile nu sunt inevitabile și, prin urmare, sunt considerate inechitabile [2, 3].

Se descriu trei tipuri de disparități referitoare la starea de sănătate:

1. disparități în ceea ce privește determinanții sănătății (de ex. educația, locul de muncă și locuința pot avea toate o influență asupra stării de sănătate);
2. disparități în ceea ce privește starea de sănătate (de ex. diferențe de speranță de viață la naștere între comunități etnice);
3. inegalitatea accesului la asistență medicală (de ex. refugiații sau persoanele fără adăpost au adesea dificultăți în a avea acces la serviciile de asistență medicală primară, cum ar fi înregistrarea pe lista de pacienți a unui medic de familie).





**Fig. 1. Dimensiunile inegalităților în materie de sănătate**

Figura 1 prezintă/ilustrează numeroasele dimensiuni în care pot fi întâlnite inegalitățile în domeniul sănătății. Determinanții sociali ai sănătății reprezintă ansamblul colectiv de condiții în care oamenii se nasc, cresc, trăiesc și muncesc. Aceste straturi de influență includ stilul de viață individual, dar și sprijinul social, condițiile de muncă, educația, locuința și mediul fizic. Aceste condiții sunt modelate de un set superior de forțe: economie, politici sociale și politică. În prezent, este larg acceptat faptul că acești determinanți sociali sunt responsabili pentru existența unor niveluri semnificative de disparități inechitabile în domeniul sănătății. În timp ce unele inegalități în materie de sănătate sunt rezultatul diferențelor biologice naturale sau ale liberei alegeri, altele sunt în afara controlului indivizilor sau grupurilor și ar putea fi evitate [4].

Numeroase cercetări au analizat relația dintre statutul socio-economic și starea de sănătate în majoritatea țărilor occidentale. Oamenii din grupuri socio-economice inferioare au o sănătate mult mai precară decât cei din alte grupuri. Acest lucru este vizibil în ceea ce privește prevalența bolilor, speranța de viață și mortalitatea infantilă.

Cu cât poziția socio-economică a unui individ este mai scăzută, cu atât starea de sănătate a acestuia este mai precară și există un *gradient social* în ceea ce privește sănătatea, care merge de sus în jos în spectrul socio-economic [4]. Tabelul 1 ilustrează modul în care apartenența la un grup socio-economic inferior poate influența starea de sănătate a individului. Cauzele majore de deces și îmbolnăvire – cancer, boli coronariene, accident vascular cerebral, diabet, accidente și decese prin sinucidere – sunt strâns legate de statutul socio-economic și de disponibilitatea și accesul la servicii de sănătate.

**Tabelul 1. Exemple de inegalități în materie de sănătate**

Boală coronariană (BC)	Rata mortalității cauzate de BC este de trei ori mai mare în rândul bărbaților care prestează muncă manuală necalificată decât în rândul bărbaților calificați [5].
Obezitate	28% dintre femeile din clasa socială V (necalificate) sunt obeze, comparativ cu 14% din clasa socială I (profesională) [6].
Accidente	Muncitorii din construcții au o rată de incidență standardizată pentru accidente de 2,52 ori mai mare decât alte clase de angajați calificați [7]. Copiii din clasa socială inferioară au șanse mai mari să sufere deces ca și pietoni sau ca utilizatori de biciclete și ca pasageri în vehicule, decât copiii care aparțin clasei sociale superioare [8].
Decese în incendii în locuințe	Decesele provocate de incendii în locuințe sunt de 15 ori mai frecvente pentru copiii din clasa socială cea mai defavorizată comparativ cu copiii din clasa socială cea mai favorizată [8].
Sănătate mintală	Bărbații care lucrează necalificați au șanse de aproape patru ori mai mari să se sinucidă decât omologii lor calificați. Ratele de sinucidere la muncitorii semicalificați și manuali necalificați sunt de două ori mai mari decât în grupul celor calificați [9].

Pentru a determina dacă există o disparitate în domeniul sănătății sau dacă se fac pași pentru eliminarea acestei disparități, este suficient să se urmărească următorii trei indicatori: *incidența*, *mortalitatea*, și *ratele de supraviețuire*. Problema existenței unei disparități în domeniul sănătății se pune atunci când între grupuri diferite se depistează la unul din grupuri o incidență mai mare a unei anumite boli, o rată mai mare a mortalității sau un timp de supraviețuire mai scurt după diagnostic.

### **Explicația disparităților în sănătate**

Au existat multe încercări de a explica de ce sănătatea precară are un tipar social și nu există un răspuns unic. Se consideră adesea că persoanele cu venituri mici au mai multe șanse să ducă un stil de viață nesănătos, ceea ce duce la o stare de sănătate mai precară, dar există și alte abordări.

## ***Abordarea cursului vieții***

Această abordare sugerează că pericolele materiale și psihosociale au efecte cumulative pe parcursul vieții unui individ și că aceste efecte explică diferențele observate în ceea ce privește sănătatea și speranța de viață. Potrivit lui Kawachi et al [10] explicațiile cursului vieții prezintă trei căi care sunt relevante pentru starea de sănătate:

1. Efectul de bază exercitat de mediul de viață timpuriu afectează sănătatea adultului, indiferent de alte comportamente de sănătate sau influențe asupra sănătății. Dacă, de exemplu, mama a fumat în timpul sarcinii sau a fost expusă la fumat pasiv în timpul sarcinii, acest lucru poate avea un efect dăunător asupra sănătății fătului în uter. Teoriile originii fetale sugerează că greutatea mică la naștere poate să ducă la apariția morbidităților multiple încă din adolescență [11] existând și riscul de boli cronice la vârsta adultă, în special hipertensiune arterială, boli cerebro-vasculare, boli respiratorii și sindrom metabolic [12].
2. Mediul de viață timpuriu al individului va modela cursul vieții acestuia și îi va afecta starea de sănătate de-a lungul timpului. Mediile familiale dezavantajate predispun copiii la rezultate mai slabe în materie de educație, oferă locuințe neadecvate, creează mai frecvent nesiguranță sau șomaj și autonomie scăzută de muncă mai târziu [13]. Programele de educație preșcolară s-au dovedit a influența pozitiv sănătatea la vârsta adultă, favorizând angajarea cu normă întreagă, atingerea unor niveluri mai înalte de studii, rate mai scăzute de arestări pentru infracțiuni violente și rate mai scăzute de morbiditate [14].
3. Efectele cumulate ale expunerii la un mediu dăunător sănătății, precum și intensitatea și durata acestei expuneri pot afecta negativ starea de sănătate a individului. De exemplu, dacă adultul a fost expus de-a lungul vieții la un mediu periculos sau nesănătos, ar putea crește probabilitatea de a muri din cauza cancerului, bolilor cardiovasculare, accidentului vascular cerebral sau bolilor respiratorii [15, 16].

Există dovezi că leziunile intrauterine sau expunerea în copilărie la medii cu risc ridicat pot avea un impact profund și permanent asupra căilor metabolice crescând șansa de complicații cardiovasculare la maturitate. Printre mecanismele care explică această relație se numără apariția factorilor de risc cardiovascular ridicat, cum ar fi obezitatea, dislipidemia, hipertensiunea arterială și stările pro inflamatorii corespunzătoare. Acești factori acționează atât prin mecanisme directe, favorizând accelerarea bolii aterosclerotice, bază comună pentru boala cardiovasculară, cât și prin interacțiunea lor, ca urmare a unei progresii patologice sinergice care crește viteza de debut a bolii. [16].

## ***Abordarea materialistă/structurală***

Abordarea materialistă/structurală a inegalităților în materie de sănătate sugerează că sănătatea individului este determinată de factori socio-economici și structurali care contribuie la nivelurile de sărăcie și lipsurile experimentate de individ. Venitul influențează accesul la educație, condițiile de viață, inclusiv expunerea la toxine și violență, toate acestea contribuind la apariția disparităților privind sănătatea. Cei care sunt defavorizați din punct de vedere material sunt mai susceptibili de a fi expuși la condiții neadecvate de locuit, riscuri de mediu și de muncă, accidente la domiciliu, la locul de muncă și pe durata deplasării și le este dificil să mențină o viață sănătoasă. Statutul socioeconomic are, de asemenea, un impact asupra factorilor comportamentali precum fumatul, inactivitatea fizică, obezitatea și consumul de alcool și droguri. Va influența dacă cineva își poate permite hrană sănătoasă sau dacă poate avea acces la o sală de fitness. Persoanele cu venituri mai mici au acces mai redus la îngrijiri preventive, la îngrijiri spitalicești sau îngrijiri în ambulatoriu. Atunci când le primesc, acestea sunt de calitate inferioară, comparativ cu cei din categorii sociale superioare. Disparitățile bazate pe considerente socio-economice persistă de-a lungul ciclului de viață și între diferite măsuri de sănătate, inclusiv starea de sănătate, morbiditatea și mortalitatea [17]. Hahn și colegii (1995) au descris efectul sărăciei ca fiind echivalent cu riscul expunerii la fumul de țigară.

Pentru a înțelege relația dintre statutul socio-economic și sănătate, trebuie să cunoaștem definițiile sărăciei, amploarea sărăciei și modul în care aceasta afectează sănătatea.

Sărăcia poate fi definită ca *sărăcie absolută* sau *sărăcie relativă*.

*Sărăcia absolută* este incapacitatea de a satisface nevoile umane de bază, cum ar fi accesul la hrană, adăpost, căldură și siguranță.

*Sărăcia relativă* este determinată de standardele restului societății în care trăiește individul. Deși nevoile de bază ale unei persoane pot fi satisfăcute, aceasta ar putea să nu își permită nicio participare socială. Această incapacitate de a participa la activitățile care îmbunătățesc starea de sănătate, cum ar fi activitățile comunitare sau evenimentele sociale, se numește *excluziune socială* și a fost folosită pentru a-i descrie pe cei excluși din societatea normală. Excluziunea socială este asociată cu o sănătate precară și depresie la adulții vârstnici [18]. Un studiu longitudinal realizat de Cantarero-Prieto a arătat că persoanele izolate social au o probabilitate mai mare de a fi diagnosticate cu trei sau mai multe afecțiuni cronice [19]. S-a raportat că persoanele cu patru sau mai multe boli cronice au mai multe șanse de a avea rețele sociale limitate în comparație cu persoanele cu o afecțiune cronică sau sănătoase [20].

Capacitatea individului de a se angaja social cu alte persoane și de a face alegeri sănătoase va fi determinată de mulți factori, inclusiv de venitul disponibil. Un studiu realizat de Morris și colegii [21] a stabilit că salariul minim nu facilitează capacitatea individului de a face alegeri sănătoase sau de a se angaja social cu ceilalți. Copiii care se confruntă cu sărăcia timpurie tind să aibă o sănătate precară înainte de vârsta de 3 ani, ceea ce are ca rezultat efecte negative pe termen lung pentru sănătatea lor la vârsta adolescenței [22].

### ***Abordarea comportamentală/culturală***

Această abordare a disparităților în domeniul sănătății este cea mai cunoscută pentru majoritatea profesioniștilor din domeniul sănătății și asistenței sociale și a fost cea mai frecvent folosită de-a lungul timpului. În această abordare pentru inegalitățile în materie de sănătate, se sugerează că sănătatea individului este determinată de comportamentul personal, cum ar fi:

- fumatul;
- consumul excesiv de alcool;
- inactivitatea fizică;
- consumarea unor cantități crescute de alimente procesate;
- lipsa utilizării serviciilor de îngrijire medicală preventivă, cum ar fi controale prenatale, a cabinetelor de planificare familială, a serviciilor de imunizare/vaccinare sau a celor de screening.

Toate aceste comportamente prezintă risc de morbiditate și mortalitate crescută și sunt mai frecvente în rândul claselor sociale inferioare. Există o legătură puternică între fumatul de țigări și grupul socio-economic. Fumatul a fost identificat drept principala cauză a inegalității în ce privește ratele de deces între cei bogați și cei săraci la nivel global. Ratele de deces cauzate de tutun sunt de două până la trei ori mai mari în rândul grupurilor sociale dezavantajate decât în rândul celor mai înstăriți. Fumătorii de lungă durată au cel mai mare risc de deces și de apariție a unor boli legate de fumat. Fumătorii pe termen lung aparțin în mod disproporționat mai ales unor grupuri socio-economice inferioare [23]. Comportamentele cu risc pentru sănătate, cum ar fi consumul de droguri sau consumul excesiv de alcool sunt, de asemenea, mult mai frecvente în rândul grupurilor sociale inferioare. O explicație simplă ar putea sugera iresponsabilitate sau o lipsă de informații individuale legat de riscurile pentru sănătate. Cercetările au arătat însă că astfel de comportamente sunt un răspuns la situații sociale precum șomajul, tulburările sociale și stresul. Oamenii folosesc comportamente care creează dependență, cum ar fi fumatul de țigări, consumul de droguri și consumul de cantități excesive de alcool pentru a „amorți durerea condițiilor economice și sociale dure” [4, 24].

### ***Abordarea psiho-socială***

Această abordare se concentrează asupra modalităților în care societatea contemporană poate produce stres, care afectează diferite grupuri în mod inegal și poate contribui la deteriorarea stării de sănătate. Stresul, care este predominant în mediile cu statut socio-economic deficitar, are o influență negativă asupra sănătății. Expunerea la discriminare rasială/etnică contribuie, de asemenea, la stres și la efectele negative asupra sănătății. Factori precum rețelele sociale, prietenii, familia, participarea la grupuri organizate, sentimentul de apartenență la societatea într-un sens mai larg, un sentiment de control a situației la domiciliu sau la locul de muncă, un

echilibru între efort și recompensă, precum și securitatea și autonomia contribuie la starea de sănătate sau la accentuarea nivelului de stres [25].

Disparitățile în materie de sănătate pot apărea din cauza modului de organizare a muncii și a climatului de lucru, adică persoanele lipsite de autonomie, cu muncă monotonă și mai puține relații cu superiorii sunt mai susceptibile de a experimenta stres la locul de muncă. Este mai puțin probabil ca aceste grupuri să aibă acces la resurse materiale și personale pentru a gestiona stresul. Bolile a căror dezvoltare a fost legată atât de stres, cât și de inflamație includ disfuncții cardiovasculare, diabet, cancer, sindroame autoimune și boli mentale precum depresia și tulburările de anxietate, producând modificări structurale la nivelul creierului [26].

Anxietatea de statut este îngrijorarea cronică cu privire la statutul cuiva în societate, incapacitatea de a atinge standardele de succes în societate și blocajul într-o poziție socială scăzută sau retrogradarea într-o poziție mai dezavantajată. Anxietatea de statut poate fi înțeleasă ca unul dintre efectele contextuale ale disparității. Adică, inegalitatea nu doar exacerbează diferențele de anxietate de statut între indivizii din clasa înaltă și din cea joasă, dar poate crește anxietatea de statut resimțită în general pe scara socială [27]. Efectele psihosociale ale poziției sociale reprezintă cea mai mare parte a inegalităților în materie de sănătate. Anxietatea de stare este asociată cu probleme de sănătate precum obezitatea, abuzul de droguri și alte comportamente cu risc, o stare de bine scăzută, probleme de sănătate mentală, egoism și solidaritate scăzută. Prin urmare, dacă un individ este relativ sărac în comparație cu alții din societatea sa, este mai probabil să fie expus riscului de a dezvolta oricare dintre aceste afecțiuni. Acesta poate fi rezultatul stresului cronic și al răspunsului fiziologic la acest stres: secreție crescută de cortizol, tensiune arterială crescută, o modificare a raportului dintre lipoproteinele cu densitate mare și densitate scăzută și un sistem imunitar deprimat.

## **Rezolvarea disparităților în materie de sănătate**

Atingerea echității în sănătate înseamnă că toată lumea are oportunitatea de a-și atinge întregul potențial de sănătate și nimeni nu este dezavantajat din cauza diferențelor sociale, demografice sau geografice. Disparitățile în materie de sănătate pot fi eliminate prin promovarea echității în sănătate, care minimizează diferențele evitabile între grupurile de oameni care au niveluri diferite de avantaje sociale [28]. Literatura de specialitate mai veche privind disparitățile de sănătate s-a concentrat pe diferențele rasiale/etnice în ce privește sănătatea și „reducerea decalajului”, dar acum se discută mai frecvent despre „realizarea echității în sănătate”.

Echitatea în sănătate pune accent pe multiplele influențe asupra sănătății individuale și a populației și atrage atenția asupra numeroaselor provocări care trebuie abordate. Promovarea echității în sănătate mută promovarea sănătății în sfera politicilor, deoarece trece de la nivel individual la un spectru mai larg, focusat asupra strategiilor care să schimbe distribuția resurselor sociale și economice [29].

Echitatea în sănătate poate fi atinsă numai prin intervenții care abordează multiplii determinanți ai sănătății:

- Sociali: rețele, conexiuni, legături instituționale
- Economici: bani, timp, prestigiu
- Socioculturali: aptitudini, educație, cunoștințe, limbă, religie, mediul familial
- Politici: puterea, distribuția resurselor

Intervențiile la niveluri structurale care includ schimbări în politici sau reglementări, cum ar fi îmbogățirea sării alimentare cu iod sau interzicerea fumatului în locuri publice au mai multe șanse să reducă inegalitățile decât pur și simplu oferirea de sfaturi și informații acolo unde grupurilor mai avansate le este mai ușor să adopte sfaturile de promovare a sănătății. Asistentul medical poate încerca să influențeze politicile atât la nivel național, cât și la nivel local pentru a aborda inegalitățile în materie de sănătate. Aceasta poate include efectuarea de lobby către factorii de decizie pentru a evidenția problemele care conduc la inegalități în materie de sănătate.

Atunci când educăm populațiile care se confruntă cu disparități semnificative de sănătate, este esențial să ne bazăm pe expertiza culturală a membrilor grupului țintă în proiectarea materialelor educaționale.

Discriminarea menționată a fost asociată cu întâzieri în solicitarea de asistență medicală. Din acest motiv, educația ar trebui să sublinieze progresul care se realizează, mai degrabă decât să evidențieze natura gravă a disparităților care există. Cu toate acestea, doar prin accentuarea progresului, încercările de a obține schimbări legislative și finanțarea unor programe pot fi afectate. O altă abordare este „încadrarea impactului”, care implică descrierea modurilor în care o disparitate de sănătate influențează un pacient, o familie și o anumită comunitate. Încadrarea impactului face ca disparitatea în cauză să fie personală și ilustrează cum influențează viața grupului afectat [30].

Deoarece disparitățile sunt adesea asociate cu diagnosticul într-o stare avansată de boală, creșterea accesului la activitățile de screening și prevenire sunt o prioritate. Astfel, în rândul populațiilor hispanice și afro-americane din Statele Unite s-au înregistrat rate crescute de mortalitate prin cancerul mamar, cu până la 40% mai mari decât la populația caucaziană, această diferență datorându-se în principal stadiului avansat al cancerului de sân la momentul detectării, care, la rândul său, a fost în mare parte atribuit unei acceptări mai scăzute a mamografiei pentru screening și a întâzierii diagnosticului [31]. Implicarea unor membri ai comunităților care educă despre importanța screening-ului a avut mai mult succes în reducerea disparităților de sănătate decât succesul obținut prin materiale educaționale specifice și sensibile din punct de vedere cultural. Implicarea unor consilieri laici în domeniul sănătății a crescut acceptarea screening-ului, iar punerea la dispoziție a mamografiei la preț redus sau gratuit prin intermediul unităților mobile a avut o eficiență crescută [32].

Este esențial să se adapteze abordările de prevenire și tratament la nevoile unor grupuri culturale specifice, mai degrabă decât să se creadă că îmbunătățirea calității sistemului general de furnizare a asistenței medicale va reduce disparitățile. Politicile care vizează creșterea finanțării pentru prevenire, screening și acces la asistență medicală sunt eficiente în reducerea la minimum a disparităților de sănătate. Dificultățile de programare, barierele de transport și lipsa de încredere față de furnizorii de servicii de sănătate sunt reduse la minimum atunci când îngrijirea este oferită într-un cadru familiar și confortabil.

Pentru a minimiza disparitățile de sănătate, asistenții trebuie să încerce să înțeleagă oamenii cu care lucrează.

## Mesaje cheie:

Starea de sănătate suboptimală este concentrată mai ales în segmentele cele mai sărace ale societății. Asistenții medicali trebuie să înțeleagă modurile în care contextul și mediul de viață și de muncă al pacienților le pot influența comportamentele și starea lor de sănătate. În timp ce asistenții medicali comunitari sunt plasați în mod ideal, pentru a promova sănătatea în comunități, deoarece au un acces bun la familii, toți asistenții medicali trebuie să fie conștienți de impactul factorilor sociali asupra sănătății pacienților lor.

## Bibliografie:

1. Ministerul Dezvoltării, Lucrărilor Publice și Administrației. Direcția politici și strategii. *Disparități teritoriale în România. Studiu de Fundamentare*. București. August 2021
2. Disparities (U.S.) C to RCH (2007) *Economic Costs of Cancer Health Disparities: Summary of Meeting Proceedings*. Center to Reduce Cancer Health Disparities, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health
3. Marmot M (2015) *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*, 1st edition. Bloomsbury Press, New York, NY London Oxford New Delhi Sydney
4. Marmot M (2005) *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, 4th edition. Owl Books, New York, NY
5. Ferrario MM, Veronesi G, Bertù L, et al (2017) Job strain and the incidence of coronary heart diseases: does the association differ among occupational classes? A contribution from a pooled analysis of Northern Italian cohorts. *BMJ Open* 7:e014119.
6. Agha M, Agha R (2017) The rising prevalence of obesity: part A: impact on public health. *Int J Surg Oncol* 2:e17.
7. Arndt V, Rothenbacher D, Daniel U, et al (2005) Construction work and risk of occupational disability: a ten year follow up of 14 474 male workers. *Occup Environ Med* 62:559–566.



8. Laflamme L, Hasselberg M, Burrows S (2010) 20 Years of Research on Socioeconomic Inequality and Children's—Unintentional Injuries Understanding the Cause-Specific Evidence at Hand. *Int J Pediatr* 2010:e819687.
9. Pirkis J, Currier D, Butterworth P, et al (2017) Socio-Economic Position and Suicidal Ideation in Men. *Int J Environ Res Public Health* 14:365.
10. Kawachi I, Subramanian S, Almeida-Filho N (2002) A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 56:647–652.
11. Heikkilä K, Pulakka A, Metsälä J, et al (2021) Preterm birth and the risk of chronic disease multimorbidity in adolescence and early adulthood: A population-based cohort study. *PLoS One* 16:e0261952.
12. Luu TM, Katz SL, Leeson P, et al (2016) Preterm birth: risk factor for early-onset chronic diseases. *CMAJ Can Med Assoc J* 188:736–740.
13. Daines CL, Hansen D, Novilla MLB, Crandall A (2021) Effects of positive and negative childhood experiences on adult family health. *BMC Public Health* 21:651.
14. Reynolds AJ, Temple JA, Ou S-R, et al (2007) Effects of a School-Based, Early Childhood Intervention on Adult Health and Well-being: A 19-Year Follow-up of Low-Income Families. *Arch Pediatr Adolesc Med* 161:730–739.
15. Roustit C, Campoy E, Renahy E, et al (2011) Family social environment in childhood and self-rated health in young adulthood. *BMC Public Health* 11:949.
16. Back I de C, Barros NF de, Caramelli B (2022) Lifestyle, inadequate environments in childhood and their effects on adult cardiovascular health. *J Pediatr (Rio J)* 98:19–26.
17. Fiscella K, Williams DR (2004) Health disparities based on socioeconomic inequities: implications for urban health care. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 79:1139–1147.
18. Feng Z, Jones K, Phillips DR (2019) Social exclusion, self-rated health and depression among older people in China: Evidence from a national survey of older persons. *Arch Gerontol Geriatr* 82:238–244.
19. Cantarero-Prieto D, Pascual-Sáez M, Blázquez-Fernández C (2018) Social isolation and multiple chronic diseases after age 50: A European macro-regional analysis. *PLoS One* 13:e0205062.
20. Tisminetzky M, Gurwitz J, McManus DD, et al (2016) Multiple Chronic Conditions and Psychosocial Limitations in Patients Hospitalized with an Acute Coronary Syndrome. *Am J Med* 129:608–614.
21. Morris JN, Wilkinson P, Dangour AD, et al (2007) Defining a minimum income for healthy living (MIHL): older age, England. *Int J Epidemiol* 36:1300–1307.
22. Chiang W-L, Chiang T (2021) Mediating effects of early health on the relationship between early poverty and long-term health outcomes of children: a birth cohort study. *BMJ Open* 11:e052237.
23. Thirlway F (2020) Explaining the social gradient in smoking and cessation: the peril and promise of social mobility. *Sociol Health Illn* 42:565–578.
24. Project WHC (2003) *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. World Health Organization
25. Egan M, Tannahill C, Petticrew M, Thomas S (2008) Psychosocial risk factors in home and community settings and their associations with population health and health inequalities: A systematic meta-review. *BMC Public Health* 8:239.

26. Mariotti A (2015) The effects of chronic stress on health: new insights into the molecular mechanisms of brain–body communication. *Future Sci OA* 1:FSO23.
27. Rodríguez-Bailón R, Sánchez-Rodríguez Á, García-Sánchez E, et al (2020) Inequality is in the air: contextual psychosocial effects of power and social class. *Curr Opin Psychol* 33:120–125.
28. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, et al (2010) Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. *Am J Public Health* 100 Suppl 1:S186-196.
29. Raphael D (2013) The political economy of health promotion: part 1, national commitments to provision of the prerequisites of health†. *Health Promot Int* 28:95–111.
30. Nicholson RA, Kreuter MW, Lapka C, et al (2008) Unintended effects of emphasizing disparities in cancer communication to African-Americans. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol* 17:2946–2953.
31. Valencia EM, Pruthi S (2021) Practice-Changing Opportunity to Reduce Disparities in Screening Mammography—Implementation of Risk Assessment in Primary Care. *JAMA Netw Open* 4:e2124535.
32. Han H-R, Lee J-E, Kim J, et al (2009) A meta-analysis of interventions to promote mammography among ethnic minority women. *Nurs Res* 58:246–254.

## TEORII PRIVIND COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE SĂNĂTATE

---

*Adrian-Cosmin Ilie*

### **Obiective educaționale:**

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili:*

- să înțeleagă natura complexă a comportamentului favorabil sănătății;
- să înțeleagă necesitatea utilizării teoriilor și modelelor teoretice pentru planificarea intervențiilor de schimbare comportamentală;
- să înțeleagă factorii care influențează comportamentul față de sănătate;
- să identifice factorii de mediu cu influență directă asupra comportamentului față de sănătate.

### **Aplicarea în practică a teoriilor și modelelor conceptuale**

Importanța majoră a teoriilor și modelelor teoretice pentru domeniul promovării sănătății reiese din faptul că acestea oferă un cadru pentru respectarea rigorilor conceptuale. Aceste teorii fundamentează deciziile în toate etapele de elaborare și implementare a unui program de promovare a sănătății. Abordând aplicabilitatea practică a teoriilor în domeniul promovării sănătății, Rimer și Glanz au evidențiat mai multe modalități de punere în practică a modelelor teoretice [1]. Astfel, perspectiva teoretică poate contribui la elaborarea unor programe eficiente în următorul mod [2]:

Teoria servește în calitate de *instrument* pentru a ”depăși limitele intuiției în procesul de elaborare și evaluare a intervențiilor de promovare a sănătății”, bazate pe înțelegerea comportamentului uman;

Teoria oferă *fundamentare* pentru elaborarea și planificarea programelor, ceea ce corespunde recomandărilor actuale de utilizare a intervențiilor bazate pe dovezi;

Modelul teoretic este utilizat sub formă de *foaie de parcurs* pentru analiza problemelor, elaborarea intervențiilor adecvate, precum și identificarea indicatorilor și evaluarea impactului;

Perspectiva teoretică reprezintă o *platformă explicativă* pentru descrierea proceselor de schimbare a comportamentelor față de sănătate, precum și influența multor factori asupra acestor procese, inclusiv a celor de mediu social și fizic;

Teoria poate servi precum o “*busolă*” pentru identificarea populației-țintă, a metodelor capabile să producă schimbare și a rezultatelor care pot fi apreciate prin evaluare.

Preocupări pentru înțelegerea și predicția comportamentului au existat din totdeauna. În domeniul sănătății ele au fost stimulate de două constatări [3-4]:

- a) în mare parte morbiditatea și mortalitatea se datorează comportamentului;
- b) comportamentul se poate schimba.

La rândul lor aceste preocupări au generat numeroase cercetări și indicatori de evaluare pentru intervențiile care vizau schimbarea comportamentului. În ultimii ani tot mai mulți teoreticieni și practicieni din domeniul promovării sănătății sunt preocupați de necesitatea dezvoltării unui *sistem de indicatori de eficiență și eficacitate* ai intervențiilor de promovare a sănătății.

Atenția lor se concentrează în special pe găsirea unei alternative la modelul bio-medical care domină încă în sănătatea publică [5]. Potrivit modelului bio-medical boala este explicată prin relația cauza-efect, stimul-reacție, iar experimentul este standardul absolut în cercetare pentru obținerea dovezilor științifice privind cauzalitatea.

Metodele neexperimentale, de cercetare cantitativă acceptate au ca scop evaluarea prevalenței și incidenței, orice interferență a cauzalității între variabilele măsurate fiind exclusă de către specialiști. În consecință, intervențiile pentru schimbarea comportamentului se bazează pe măsurarea atitudinilor, percepțiilor, comportamentelor grupului țintă, selectate după criterii universale de către specialiști și folosind preponderent metodele descriptive (frecvențe) pentru analiza datelor [2].

Oponenții abordării biomedicale susțin că în sănătatea publică și promovarea sănătății, metodologia experimentală nu este întotdeauna posibilă, deoarece multe variabile nu pot fi controlate, în special în studiile populaționale [6]. Ei susțin, în continuare, că dimpotrivă, metodologia neexperimentală de cercetare cantitativă și cercetare calitativă fenomenologică fac posibilă o mai bună înțelegere a factorilor asociați cu sănătatea (atitudini, valori), a proceselor psihologice implicate în comportament și a proceselor care conduc la schimbarea comportamentului. Dovezile empirice și rezultatele cercetării vin în sprijinul acestei abordări.

Numeroase dovezi științifice au pus în evidență legătura strânsă dintre factorii socio-economici (loc de rezidență, venituri, statut social, educație, acces la servicii medicale etc.) și starea de sănătate [6-7]. Totuși, aceste cercetări nu au putut explica diversitatea comportamentelor individuale.

De exemplu, de ce din rândul persoanelor cu același nivel de educație și cu un venit similar, unele fac abuz de alcool, iar altele nu. Un posibil răspuns a venit din partea psihologiei sociale

care sugerează că, între *cauzele primare* – determinanții socio-economici și *efect* – comportamentul, intervin ca mediatori sau moderatori factorii intrapersonali (ex. percepția eficacității personale) și interpersonalii (ex. existența unui confident) [2].

Ulterior, au fost formulate teorii și modele conceptuale care încearcă să identifice factorii (variabilele) implicați și mecanismele cu cea mai mare relevanță pentru un comportament specific și care oferă principii călăuzitoare pentru cercetare și pentru intervenții direcționate spre schimbare [7].

Metodele de prelucrare analitică a datelor culese potrivit acestor teorii și modele, depășesc nivelul statisticilor descriptive, care sunt înlocuite de comparații cu semnificație statistică, corelații, predicții și de evidențierea unor lanțuri de relații cauzale, de mediere sau de moderare între variabilele măsurate.

Din această perspectivă, pe baza rezultatelor cercetării din diferite domenii, s-a ajuns la un consens asupra faptului că sănătatea are determinanți multipli, de origine genetică, biologică, psihologică, socială, economică și politică și că felul în care aceștia interacționează determină comportamentul individului [2]. De aceea, este necesară o abordare a eficienței promovării sănătății, care să ia în considerare noile dovezi într-o manieră integratoare [8]. Totodată este nevoie de o remodelare a surselor de date pe care se bazează intervențiile de schimbare comportamentală, astfel încât să se pună un accent mai mare pe teorii și pe producerea unor noi indicatori care să măsoare succesul [6].

Deoarece statutul promovării sănătății ca disciplină autonomă este încă în dezbatere, unele dovezi și teorii din discipline înrudite sunt „împrumutate” să contribuie la înțelegerea comportamentului individual, a fenomenului social și a schimbării comportamentale [2].

## **Niveluri de influență asupra comportamentelor de sănătate**

Pornind de la conceptul potrivit căruia comportamentul persoanelor este rezultatul interacțiunii individului cu factori multipli de context, McLeroy [9] a identificat **cinci niveluri de influență asupra comportamentelor de sănătate**, exemplificate în Tabelul 1. Aceste niveluri includ:

- factori intrapersonali sau individuali;
- factori interpersonalii;
- factori instituționali sau organizaționali;
- factori comunitari;
- politici publice de sănătate.

**Tabelul 1. Niveluri de influență asupra comportamentelor de sănătate după McLeroy [9].**

<b>Nivelul de influență</b>	<b>Definiție</b>
<b>Nivelul intrapersonal</b>	Caracteristici individuale care influențează comportamentul, precum cunoștințe, atitudini, convingeri, trăsături personale
<b>Nivelul interpersonal</b>	Procese interpersonale și grupuri de indivizi, inclusiv familie, prieteni și semenii care oferă sprijin social, identitate socială și definirea rolurilor
<b>Nivelul populațional</b>	
Factori instituționali	Reguli, reglementări, politici și structuri informale la nivel de instituții care pot restricționa sau promova comportamente recomandate
Factori comunitari	Norme sociale sau standarde care există formal sau informal în comunități și organizații
Politici publice	Politici locale sau naționale și legi care reglementează sau sprijină practici sănătoase pentru prevenirea bolilor, detectarea precoce, controlul și managementul acestora

## **Teoriile nivelului intrapersonal**

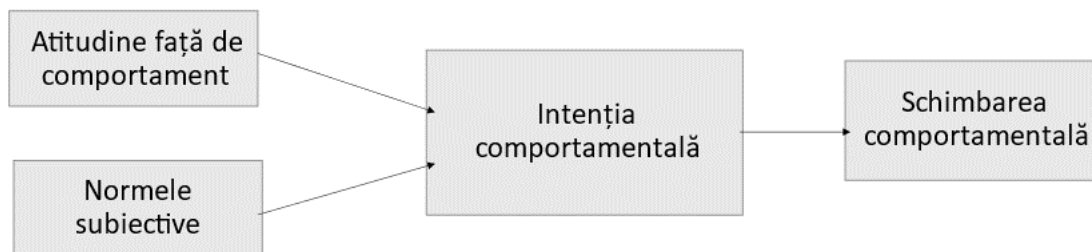
**Teoria acțiunii motivate** a fost dezvoltată de către Martin Fishbein și Icek Ajzen [10] și a început ca o teorie care dorea să explice relația dintre atitudinile persoanelor și comportamentele acestora. Această teorie este folosită pentru a explica cum oamenii vor acționa, în baza atitudinilor preexistente și intențiilor comportamentale pe care le posedă deja. Decizia unei persoane, de a adopta sau nu un comportament, va fi bazată pe rezultatele pe care individul se va aștepta să le aibă după adoptarea comportamentului.

Teoria acțiunii motivate este folosită pentru a înțelege comportamentul voluntar al unui individ. Conform acestei teorii, intenția de a urma un anumit comportament precede comportamentul real.

Intenția comportamentală este un element important, deoarece această intenție are două componente:

- atitudinile față de comportament
- normele subiective.

O atitudine este opinia unei persoane referitoare la un comportament considerat pozitiv sau negativ, în timp ce o normă subiectivă este reprezentată de o presiune socială percepută de către individ pentru a urma sau de a nu urma comportamentul respectiv [11].



**Fig. 1. Teoria acțiunii motivate.**

Sursa: Adaptat după Rimer & Glanz, 2005 [1].

**Teoria Comportamentului Planificat**, pe lângă atitudinea față de comportament și normele subiective percepute, mai include și al treilea element: *controlul comportamental perceput* [11].

Această teorie adaugă un element în plus valorii predictive a teoriei acțiunii motivate, prin faptul că include dimensiunea de control perceput asupra propriului comportament (convingerile că persoana are control asupra propriului comportament).

**Teoria autodeterminării** este o teorie a motivației dezvoltată de către Edward Deci și Richard Ryan potrivit căreia oamenii sunt ghidați de motivație în acțiunile pe care le întreprind, motivație care poate fi de două feluri: *intrinsecă* sau *extrinsecă* [12].

*Motivația intrinsecă* este motivația care provine din interiorul individului și nu din recompense exterioare. Motivația intrinsecă vine de la plăcerea individului de a adopta un comportament sau de la a duce la bun sfârșit o sarcină.

*Motivația extrinsecă* se referă la motivația din exterior (ex: bani, cadouri, obținerea unor calificative sau recunoaștere din partea celorlalți).

În urma interacțiunii dintre cele două tipuri de motivații, s-a descoperit că există trei nevoi de bază:

1. *Nevoia de autonomie* - nevoia de a experimenta și de acționa în conformitate cu propriile valori și interese;
2. *Nevoia de competență* - nevoia de a fi eficient, atunci când intră în interacțiune cu mediul;
3. *Nevoia de relaționare* - nevoia de a relaționa cu ceilalți indivizi din mediul său, de a fi conectat cu ei și de a avea scopuri comune.

Conform teoriei auto-determinării, pentru a adopta un comportament dorit, toate aceste trei nevoi trebuie să fie satisfăcute. Dacă satisfacerea uneia dintre nevoi este compromisă, atunci comportamentul nu va fi adoptat (ex: dacă nevoia de autonomie este compromisă în favoarea nevoii de competență, atunci comportamentul va fi adoptat doar pe termen scurt și nu va avea valoare) [2].

## Teoriile nivelului interpersonal

La nivel interpersonal, teoriile comportamentale pornesc de la premisa că persoanele există în interiorul unui mediu social și sunt influențate de acesta. Mediul social include membrii de familie, colegii de lucru, prieteni etc. Prin acțiunea sa asupra comportamentului, mediul social are impact asupra sănătății [1].

**Teoria învățării sociale** este una dintre cele mai importante surse de inspirație pentru practicarea promovării sănătății la nivelul individual. Teoria s-a dezvoltat prin testarea ipotezelor care încercau să explice de ce indivizii se comportă în felul în care o fac, luând în considerare normele sociale și mediul în care trăiesc [13]. Unul dintre promotorii ei, Levin a redirecționat teoria prin schimbarea accentului de la nivel individual spre procesele care au loc între indivizi.

Această teorie ne arată că probabilitatea ca un anumit comportament să fie adoptat într-o situație specifică este dependentă de doi factori:

- a) așteptarea individului că acel comportament va conduce la un anumit rezultat;
- b) măsura în care rezultatul este valorizat.

Teoria învățării sociale a contribuit la „informarea” privind promovarea sănătății prin folosirea unor concepte-centrale, dar și prin dezvoltarea ei ulterioară de către Bandura [14] sub forma **teoriei social-cognitive** cu aplicare directă în sănătate. Acesta i-a dat o nouă direcție prin accentul deosebit pus pe factorii cognitivi. Bandura se concentrează asupra felului în care copiii și adulții prelucrează cognitiv experiențele sociale (cogniții sociale) și cum aceste cogniții influențează comportamentul și evoluția lor [13].

**Teoria social-cognitivă** are la bază *teoria stimul-răspuns*, însă această teorie consideră că impulsul primit de feedback nu este suficient pentru a explica întregul comportament uman. Astfel, teoria susține că întăririle sunt foarte importante în procesul de schimbare. Bandura afirmă că *”factorii interni de natură personală sub forma evenimentelor cognitive, afective și biologice, tipare comportamentale și influențe ale mediului operează sub forma unor factori care se influențează reciproc”* [13]. Astfel, teoria social-cognitivă pune accent pe o concepție conform căreia persoana este activă, respingând concepția că indivizii sunt exclusiv conduși de forțe interne. Teoria afirmă că întăririle sunt ajutate în modelarea comportamentului uman de așteptările pe care individul le are despre consecințele răspunsului la stimul. Acest concept este definit de către Bandura ca fiind numit **determinism reciproc** [2].



Accentul în teoria social cognitivă este pus, în principal, pe procesele cognitive. În continuare, prezentăm câteva elemente care stau la baza modelării comportamentale [2].

*Competențele* se referă la modalitatea cu care individul gestionează problemele cu care se confruntă și deprinderile pe care le dobândește în urma acestor probleme.

*Scopurile* se referă la capacitatea indivizilor de a anticipa viitorul și de a fi automotivați.

*Sinele* reprezintă procesele care țin de funcționarea psihologică a individului.

*Întăririle* se referă la acțiunile pe care indivizii le întreprind și care consolidează un comportament. Ele pot fi de mai multe feluri: directe, indirecte sau auto-întăriri.

*Întăririle directe* se referă la acțiunile directe pe care cineva din mediu le face (ex: individul primește felicitări de la o persoană apropiată atunci când adoptă un comportament).

*Întăririle indirecte* se mai numesc și *învățare observațională* sau *învățare vicariantă* și se referă la faptul că individul dobândește comportamentul, deoarece a observat că alți indivizi care au adoptat comportamentul respectiv au fost recompensați într-un anumit fel (ex: individul observă că prietenul lui este felicitat de o persoană importantă pentru adoptarea unui anumit comportament).

*Auto-întăririle* se mai regăsesc și sub numele de *autoreglare* și reprezintă alternativa în care indivizilor li se cere să își supravegheze propriul progres. Este foarte important pentru indivizi în sine, deoarece reușesc să observe singuri progresul pe care l-au făcut.

De asemenea, întăririle pot să fie *pozitive* sau *negative*.

*Întăririle pozitive* se referă la motivarea individului după modificarea unui comportament, pentru a-l convinge să adopte acea modificare comportamentală (ex. mama își felicită fiul pentru că mănâncă sănătos).

*Întăririle negative* se referă la adoptarea unui comportament pentru a evita o situație negativă (ex. fiul mănâncă sănătos pentru a nu fi certat de către mama sa).

Alte concepte importante în teoria social cognitivă sunt:

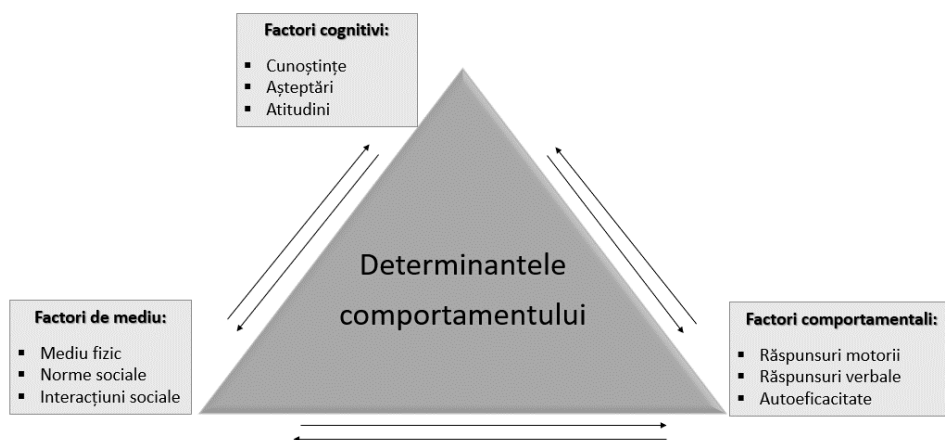
- așteptările,
- autocontrolul,
- autoeficacitate.

*Așteptările* sunt motorul modificării comportamentale și pe durata modificării comportamentale ocupă locul beneficiilor. Astfel, modificarea comportamentală trebuie să țină cont și de așteptările indivizilor, pentru că altfel nu poate avea loc.

*Autocontrolul* este conceptul care afirmă că indivizii dețin controlul asupra gradului în care au adoptat comportamentul și că pot, pe parcurs, să își ajusteze progresul.

*Autoeficacitate* se referă la încrederea pe care indivizii o au precum că modificarea comportamentului va aduce, în cele din urmă, beneficiile pe care aceasta le promite. Dacă beneficiile sunt în concordanță cu așteptările lor, atunci indivizii vor adopta comportamentul.

Conform teoriei social cognitive, comportamentul este menținut prin experiență sau consecințe anticipate mai mult decât prin consecințele imediate. Comportamentul îndreptat către un anumit scop poate fi explicat prin standardele de performanță impuse și prin consecințele anticipate. Așadar, o persoană își stabilește mai întâi scopuri și obiective, iar apoi recurge la judecăți evaluative în legătură cu abilitățile sale [2].



**Fig. 2. Teoria social-cognitivă**

Sursa: Adaptat după Wood & Bandura, 1989 [15].

### ***Exemplu:***

Pentru a înțelege mai bine această teorie, vom lua exemplul lui Ion, un tânăr fumător. Un program care își propune să îl facă pe Ion să renunțe la fumat trebuie să îndeplinească următoarele:

- *Observarea altor persoane:* Ion poate învăța un nou comportament prin observarea altor persoane, care au făcut acest lucru. Așadar, Ion trebuie să vină în contact cu oameni care au renunțat la fumat și să observe comportamentele acestora.

- *Învățarea poate să ducă la adoptarea unui comportament – sau nu:* Faptul că Ion învață cum poate să renunțe la fumat, nu înseamnă neapărat că o va și face. Programul nostru trebuie să îl facă pe Ion să dorească să renunțe la acest obicei de bunăvoie, folosindu-se de așteptările pe care acesta le are.

- *Setare de scopuri:* Programul propus trebuie să îl ajute pe Ion să își seteze ca și scop renunțarea la fumat și să își stabilească modalități pentru a atinge acel scop.

- *Autoreglare, autocontrol și autoeficacitate*: Programul propus trebuie să îi ofere lui Ion mijloacele necesare pentru ca el să își găsească cele mai bune modalități și instrumente pentru a renunța la fumat.

- *Întăriri*: Programul propus trebuie să folosească sistemul de întăriri pentru a îndeplini așteptările lui Ion și pentru a produce modificarea comportamentală.

Conceptele centrale și principiile teoriei învățării sociale și teoriei cognitiv-sociale au fost incluse în multe modele care încearcă să explice o varietate de comportamente și diferențe individuale, identificând factorii relevanți pentru schimbarea comportamentală.

Modelele privind schimbarea comportamentului sunt imperfecte, dar în comparație cu modelul biomedical, oferă o alternativă mult mai bună pentru planificarea programelor de promovarea sănătății și evaluarea eficacității lor [6].

Printre avantajele folosirii teoriei cognitiv-sociale se numără următoarele [2]:

- oferă cadrul teoretic pentru cercetare, orientând selectarea variabilelor care se măsoară, procedura de dezvoltare a măsurilor valide și consistente, precum și, cum se grupează și interacționează acestea, cu scopul de a face predicții despre comportamente și consecințele lor asupra sănătății;
- modelele teoretice identifică variabilele importante în predicții despre comportamente, aprofundează înțelegerea noastră privind procesele implicate în starea de sănătate și permit dezvoltarea intervențiilor eficiente; dacă cognițiile au legătură cu comportamentele, înseamnă că schimbarea cognițiilor duce la schimbarea comportamentelor;
- modelele teoretice oferă o descriere a proceselor cognitive, care sunt determinante în motivația individului de a practica un anumit comportament;
- modelele teoretice permit identificarea variabilității comportamentale a indivizilor, identificarea determinantilor acestei variabilități și în concluzie sunt foarte utile în planificarea unor intervenții specifice unor grupuri țintă.

## **Teoriile nivelului populațional**

Teoriile la nivel populațional explorează modul în care funcționează și se schimbă sistemele sociale. Aceste modele urmăresc ca scop mobilizarea membrilor comunității, crearea de parteneriate, precum și susținerea schimbărilor de comportament individual prin schimbări regulatorii și organizaționale [2].

**Teoria difuzării inovației** este o teorie dezvoltată de către Everett Rogers în 1962 [16]. Ea încearcă să explice cum, de ce și cu ce viteză, ideile noi și tehnologia se răspândesc într-un sistem social. Conform acesteia, orice inovație va trece printr-un proces de propagare în rândul populației, într-o anumită perioadă de timp.

Procesul de difuzare este compus din patru elemente esențiale: inovația, canalele de comunicare, timpul și sistemul social.

**Inovația** este definită ca fiind orice idee, practică sau obiect care este perceput ca fiind nou de către individ.

**Canalele de comunicație** sunt modalitățile prin care are loc difuzarea inovației. Acestea pot să fie diverse, în funcție de caracteristicile grupului

**Timpul** se referă la perioada de timp care intervine până când indivizii adoptă inovația.

**Sistemul social** reprezintă combinația de influențe externe (mass-media, instituții organizatorice sau guvernamentale) și influențe interne (relații sociale puternice sau slabe, distanța față de liderii de opinie).

Potențialii adoptatori evaluează o inovație în funcție de:

- avantajul său relativ (inovația este percepută ca fiind mai bună decât comportamentul pe care îl înlocuiește sau decât comportamentele concurente);
- compatibilitatea acestuia cu sistemul pre-existent;
- complexitatea sau dificultatea de a învăța comportamentul respectiv;
- posibilitatea de a testa comportamentul;
- gradul de vizibilitate a comportamentului.

În procesul de decizie pentru adoptarea unei inovații există mai multe faze:

1. **Cunoașterea** – individul devine conștient că există o anumită inovație și are informații despre ea;

2. **Convingerea** – persoana își formează o atitudine favorabilă sau nefavorabilă asupra inovației;

3. **Decizia** – individul se angajează în activități care conduc la opțiunea de a adopta sau, dimpotrivă, de a respinge inovația;

4. **Implementarea** – în această fază individul utilizează inovația;

5. **Confirmarea** – individul evaluează rezultatele deciziei luate privind inovația.

De asemenea, adoptarea unei inovații este strâns legată de tipurile de adoptatori. Aceștia se împart în următoarele categorii:

- **Inovatorii** – sunt primii care aduc inovația în sistemul social, acceptă riscurile noii inovații, au un contact strâns cu sursele științifice și interacționează cu alți inovatori;
- **Adoptatorii timpurii** – sunt următorii care adoptă inovația, după ce o evaluează, aceștia difuzează inovația în sistem; iau decizia de a adopta inovația pe baza feedback-ului oferit de inovator;

- *Majoritatea timpurie*– sunt mai lenți în procesul de adoptare și utilizează inovația după o perioadă variabilă de timp;
- *Majoritatea târzie* – sunt cei care adoptă inovația după ce majoritatea societății a adoptat-o deja și o fac din necesitate economică sau sub presiunea concurenților;
- *Adoptatorii lenți*– sunt ultimii care adoptă inovația și o fac uneori cu câțiva ani după introducerea inițială, pentru a fi siguri că inovația nu va fi un eșec.

În procesul de adoptare a inovației, adoptatorii vor face o analiză cost/beneficiu și vor adopta inovația dacă se vor convinge că aceasta își va dovedi utilitatea.

**Exemplu:**

În promovarea sănătății, teoria difuzării inovației se poate folosi pentru adoptarea unor comportamente care sunt inovative pentru populație. Astfel, dacă dorim să promovăm un anumit comportament (ex.: alimentația sănătoasă), trebuie să ne asigurăm că acest comportament prezintă utilitate pentru cei care îl vor adopta iar, mai apoi, se vor folosi canale de comunicare eficiente, prin care să ajungem la inovatori și la adoptatorii timpurii, care vor promova mai departe inovația [2].

**Teoria capitalului social** își are originile în studiile lui Coleman, Bourdieu și Putnam. Termenul de capital social este folosit în mai multe domenii și are o mulțime de definiții, însă toate definițiile recunosc importanța rețelelor sociale, a reciprocității dintre ele și a modului în care aceste rețele ating scopuri comune [17].

Coleman (1988) definește capitalul social ca o formă de organizare socială, ce facilitează realizarea unor obiective care nu s-ar putea realiza în absența lui sau s-ar realiza la costuri mai ridicate [18]. Capitalul social depinde de context și ia multe forme interdependente diferite, inclusiv obligații (în cadrul unui grup), încredere, norme și sancțiuni cu presupunerea de bază că relațiile dintre indivizi sunt durabile și subiective.

În linii mari, capitalul social poate fi văzut prin cinci dimensiuni:

**1. Rețele sociale** – grupuri de persoane la care individul are acces și care variază ca și densitate și mărime;

**2. Reciprocitate** – încrederea pe care individul o are că serviciile oferite la un moment dat îi vor fi returnate în timp;

**3. Încredere** – disponibilitatea individului de a lua inițiative (sau de a-și asuma riscuri), într-un context social bazat pe presupunerea că alții vor răspunde conform așteptărilor individului;

**4. Normele sociale** – valori nescrise comune care direcționează comportamentul și interacțiunea indivizilor;

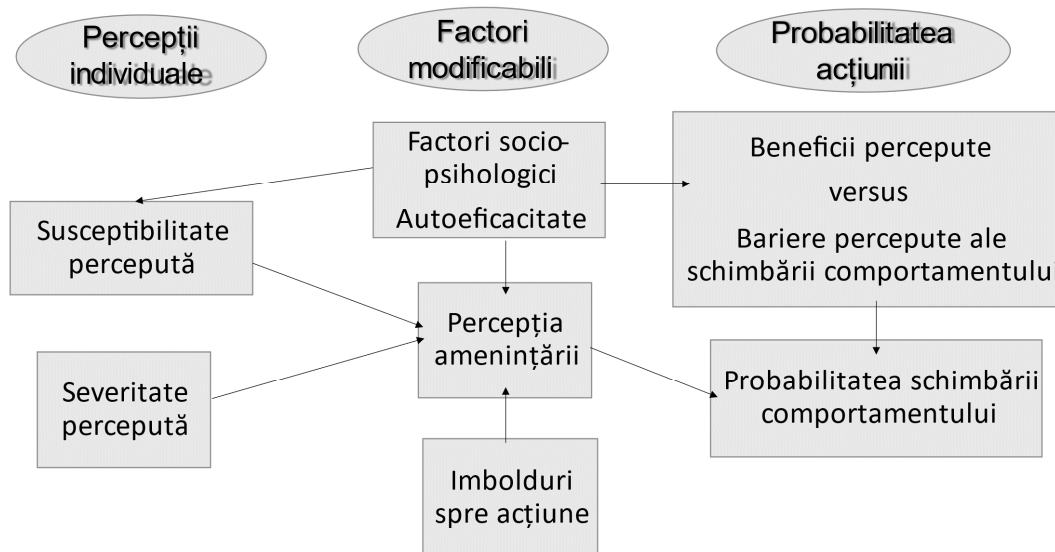
**5. Eficacitate** – implicarea activă a individului în comunitate.

De asemenea, capitalul social este un bun colectiv și non-exclusiv, deoarece locuirea într-o zonă cu capital social ridicat poate fi benefică chiar și pentru indivizii cu conexiuni sociale slabe (ex.: un individ care are o rețea socială slabă, dar care locuiește într-o zonă cu capital social ridicat, va fi integrat în comunitate, în momentul în care va cunoaște o singură persoană din comunitatea respectivă, care îl va pune în contact cu ceilalți) [2].

**Exemplu:**

În promovarea sănătății capitalul social poate să fie folosit ca și o abordare pentru dezvoltarea întregii comunități. Programele de promovare a sănătății, care se bazează pe principii de dezvoltare a comunității, nu au ca obiectiv principal prevenirea unei boli specifice sau promovarea unui anumit comportament sănătos, ci mai degrabă se axează pe îmbunătățirea și evoluția comunității ca un întreg. Astfel, această teorie poate fi folosită pentru a-i învăța pe indivizi să aibă grijă unii de alții și de comunitatea în care trăiesc. Acest lucru se poate realiza prin acțiuni comunitare prin care membrii comunității stabilesc prioritățile, planuiesc strategiile și le pun în aplicare pentru a obține o mai bună sănătate pentru întreaga comunitate. Un astfel de exemplu poate fi cu membrii unui ansamblu de clădiri, care se hotărăsc împreună să curețe gunoaiile aruncate în jurul blocurilor [2].

**Modelele conceptuale**



**Fig. 3. Modelul convingerilor despre sănătate.**

*Sursa:* Adaptat după Glanz, Rimer & Lewis, 2002 [19].

**Modelul convingerilor despre sănătate** a fost dezvoltat ca o metodă sistematică pentru a explica și prezice comportamentele preventive [20]. Ulterior, prin includerea unei noi variabile „*motivația pentru sănătate*”, modelul a fost folosit pentru a diferenția comportamentul favorabil sănătății de comportamentul dăunător sănătății.

Autorii ei consideră că percepția amenințării îmbolnăvirii și evaluarea comportamentului specific sunt principalii determinanți ai comportamentului. Fiecare dintre acești determinanți are la rândul lui proprii săi determinanți, rezultând astfel următoarele variabile măsurate pentru predicția comportamentului:

- *susceptibilitatea percepută* – percepția individului asupra amenințării bolii sau în legătură cu posibilitatea de a se afla în respectiva stare de sănătate;
- *severitatea percepută* – percepția individului asupra posibilelor consecințe, pe care afecțiunea respectivă le poate avea asupra sa, precum și gravitatea acestor consecințe;
- *beneficiile percepute* – conștientizarea beneficiilor pe care adoptarea comportamentului promovat le va avea asupra sănătății și a vieții individului;
- *barierele percepute* – conștientizarea barierelor existente care pot împiedica adoptarea comportamentului promovat;
- *îmboldurile spre acțiune* – presupun o serie de impulsuri care vor convinge individul să adopte comportamentul promovat;
- *autoeficacitatea* – încrederea pe care individul o are în sine pentru a adopta și desfășura comportamentul promovat.

Toți acești factori vor determina intenția care declanșează comportamentul sanogen sau patogen. Altfel spus, percepția amenințării este influențată de informațiile pe care individul le are despre un comportament sau boală anume.

Inițiatorii modelului convingerilor despre sănătate au fost preocupați în anii 1950 de faptul că indivizii nu iau măsuri de prevenire a îmbolnăvirii și au încercat să explice cum apare comportamentul sănătos preventiv. La baza acestor încercări s-a situat teoria lui Levin din perspectiva teoriei sociale a învățării [13], care susținea că nu realitatea obiectivă, ci felul în care o persoană percepe situația va determina ce va face sau nu va face acea persoană în situația dată.

Inițial dezvoltat pentru a înțelege comportamentele preventive, modelul a fost ulterior folosit pentru a diferenția între un comportament favorabil și un comportament dăunător sănătății, în special pentru identificarea factorilor care se corelează cu utilizarea serviciilor de sănătate și complianța la tratamente.

Primele cercetări sunt atribuite lui Hockhabum în 1958 [3] și se referă la persoanele care iau decizia de a face un test radiologic pentru detectarea timpurie a tuberculozei. Studiul respectiv măsoară două variabile:

- a) percepția susceptibilității la tuberculoză;
- b) credința că există bolnavi de tuberculoză asimptomatici.

Aceste două variabile puteau prezice cine se va duce să facă examenul radiologic și cine nu se va duce. Ulterior, s-a demonstrat că intervențiile de educație pentru sănătate care s-au concentrat pe dezvoltarea în cadrul grupului țintă a percepției susceptibilității, percepției severității consecințelor și anticiparea beneficiilor/avantajelor unui comportament preventiv au avut ca rezultat creșterea numărului de vizite la medic în comparație cu grupul de control.

S-a tras concluzia astfel, că acestea reprezintă convingeri despre sănătate decisive în planificarea intervențiilor pentru schimbarea comportamentului [20]. Prin urmare, modelarea cognițiilor sociale a fost recunoscută ca element central în programele de cercetare a serviciilor de sănătate.

Mai târziu, în 1977, Becker [20] a propus un model pentru înțelegerea determinanților psihosociali ai comportamentului favorabil sau nu sănătății, care include șase variabile. În centrul acestui model se situează două aspecte ale reprezentărilor individului asupra sănătății și comportamentului sănătos: *percepția amenințării* și *evaluarea comportamentului*.

*Percepția amenințării* depinde de:

- percepția susceptibilității de îmbolnăvire;
- anticiparea severității consecințelor respectivei boli.

*Evaluarea comportamentului* constă în două seturi de convingeri:

- beneficiile eficacității comportamentului recomandat;
- costurile sau barierele în adoptarea comportamentului respectiv.

La acestea s-au adăugat:

- motivații pentru acțiune: percepția simptomelor, a influenței sociale și a campaniilor de educație pentru sănătate;
- motivația pentru sănătate.

În această formă, modelul convingerilor despre sănătate susținea că motivația unei persoane de a adopta un comportament sănătos este determinată de percepțiile individuale, comportamentul care se poate schimba și probabilitatea acțiunii [20]. Combinarea acestor factori determină un răspuns specific care se manifestă prin acțiune și este însoțit de un plan rațional de desfășurare a acțiunii.

Modelul a fost aplicat în diverse domenii pentru a obține dovezi care să fundamenteze intervențiile de promovare a sănătății în următoarele situații: *comportamente preventive* (teste genetice și de sănătate); *comportamente riscante* (fumat, consum de alcool); *comportamente sănătoase* (vaccinarea antigripală, auto-examinarea sânului, folosirea contraceptivelor, protecția sănătății dentare); *comportamente în bolile cronice* (conduita în hipertensiune, în diabet, în insuficiența renală, complianța părinților față de conduita în cazul unui copil bolnav); *activitate clinică* [2].



Rezultatele acestor studii au adus dovezi în sprijinul ipotezei: convingerile despre sănătate se corelează cu comportamentul și reprezintă un indicator de diferențiere între cei care vor adopta și cei care nu vor adopta un comportament [21].

Printre limitele modelului se numără faptul că nu ține cont de variabilele demografice și de factorii de personalitate.

**Modelul localizării controlului asupra sănătății** încearcă să prezică comportamentul favorabil sănătății prin măsurarea unui singur factor personal: convingerea referitoare la controlul pe care individul îl exercită asupra sănătății. Această variabilă măsurată cuprinde:

- convingerea că individul își poate controla propria sănătate (control intern);
- convingerea că sănătatea individuală se află sub controlul altor persoane (controlul extern a altora);
- convingerea că sănătatea individuală este influențată de întâmplare sau soartă (controlul extern al sorții).

De obicei, se presupune că există o mare probabilitate ca cei care cred că au control asupra sănătății lor să adopte un comportament favorabil sănătății [3]. Această presupunere se regăsește în multe intervenții de educație pentru sănătate care se concentrează pe dezvoltarea resurselor intra-personale și a deprinderilor, cu scopul de a dezvolta capacitatea de control a individului asupra propriei sănătăți. Dezvoltarea responsabilității individuale față de propria sănătate face parte din strategiile promovării sănătății care au fost formulate de Charta de la Ottawa din 1986.

Originile localizării controlului asupra sănătății se regăsesc în teoria învățării sociale, care ne arată că probabilitatea ca un comportament să fie adoptat într-o situație specifică depinde de doi factori:

- a) așteptarea individului că acel comportament va conduce la un anumit rezultat;
- b) măsura în care rezultatul are valoare.

Localizarea controlului sănătății corespunde primului factor menționat și a fost dezvoltată inițial ca o așteptare referitoare la percepția relației dintre acțiunile unei persoane și rezultatele așteptate. Localizarea controlului asupra sănătății este gradul în care un individ crede că sănătatea sa este controlată de factori interni sau externi. În acest fel se face distincția între convingeri privind localizarea internă și externă a controlului asupra sănătății. Cele două extreme sunt reprezentate de “internaliști” și “externaliști” [22]. „Internaliștii” cred că evenimentele sunt rezultatul acțiunii lor și în consecință se află sub control personal [2]. La polul opus, ”externaliștii” cred că evenimentele n-au nici o legătură cu acțiunile lor și în consecință sunt determinate de factori independenți de controlul personal.

Cercetările și intervențiile direcționate spre dezvoltarea percepției controlului intern asupra sănătății au evidențiat următoarele dimensiuni referitoare la localizarea controlului asupra sănătății:

- a) prima dimensiune care măsoară gradul în care indivizii cred că sănătatea este rezultatul acțiunii lor (localizare internă);
- b) a doua dimensiune care măsoară gradul în care indivizii cred că sănătatea lor depinde de alte persoane;
- c) a treia dimensiune care măsoară gradul în care indivizii cred că sănătatea lor se datorează destinului (sorții) sau întâmplării.

Potrivit modelului, principala predicție se referă la o mai mare probabilitate ca internaliștii să se angajeze în activități care sunt favorabile sănătății, în comparație cu cei care cred în soartă și este puțin probabil că vor adopta un comportament în favoarea sănătății [23].

Modelul a fost folosit în domenii precum exercițiul fizic, comportamente preventive generale, consumul de alcool, HIV/SIDA, auto-examinarea sânului, fumat, scăderea în greutate etc, cu rezultatele mixte privind predicțiile. Rezultatele studiilor au sugerat că în comparație cu externaliștii, este mult mai probabil ca internaliștii să depună eforturi ca să controleze mediul înconjurător, să-și asume responsabilități pentru acțiunile lor, să caute și să prelucreze informații, să învețe mai bine și să ia decizii în mod independent.

Printre limitele modelului, se menționează că valoarea atribuită sănătății nu a fost luată în considerare în aceste predicții. Comportamentul sănătos este un concept complex cu mulți determinanți. Încercarea de a-l anticipa plecând de la o singură variabilă (localizarea controlului asupra sănătății) pare prea îngustă pentru explicații comprehensive. Este evident că modelul trebuie să includă variabile din alte teorii [2].

Chiar și așa, localizarea controlului asupra sănătății poate fi aplicată cu succes în evaluarea intervențiilor direcționate spre dezvoltarea responsabilității și a deprinderilor individuale.

**Modelul transteoretic** sau **Modelul stadiilor schimbării** este un model elaborat de către James Prochaska [24]. Acesta nu se mai bazează pe identificarea anumitor variabile ce influențează comportamentul, ci presupune mai multe stadii, în care indivizii sunt împărțiți pe categorii și o serie de condiții prin care unii indivizi pot trece de la un stadiu la altul.

Astfel, sunt identificate patru caracteristici principale ale stadiilor schimbării [25]:

- un sistem de categorii care să definească stadiile;
- o ordonare a stadiilor;
- obstacole comune pentru toți cei aflați în același stadiu;
- obstacole diferite în stadii diferite.

Acest model separă procesul, prin care o persoană decide să acționeze, în șase stadii. Acestea sunt definite de comportamentul anterior al persoanei și de planurile de viitor cu privire la comportament.

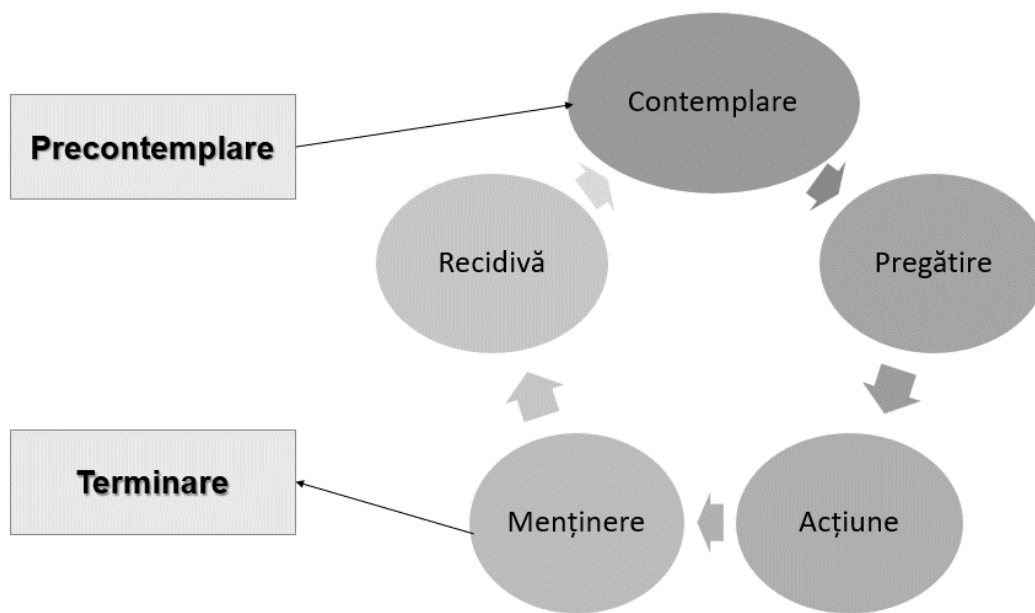
Aceste stadii sunt:

1. *Precontemplarea* – persoana nu are nici o intenție să adopte comportamentul nou respectiv;
2. *Contemplarea* – persoana începe să se gândească la posibilitatea de a adopta/schimba comportamentul respectiv;
3. *Pregătirea* – persoana se pregătește pentru schimbarea comportamentului în viitorul apropiat;
4. *Acțiunea* – persoana realizează comportamentului respectiv;
5. *Menținerea* – atingerea stabilității comportamentului și prevenirea recăderilor;
6. *Terminarea* – comportamentul dorit este adoptat în totalitate, nu există șansa recidivei.

Pentru ca persoanele să treacă de la un stadiu la altul, există anumite situații constructive care le ajută să progreseze. Aceste situații constructive se numesc *proces de schimbare* și sunt:

- *Creșterea conștienței* – descoperirea mai multor date, informații și idei despre problemă și care să sprijine modificarea comportamentală;
- *Descărcarea dramatică* – explorarea sau experimentarea emoțiilor negative asociate cu refuzul de a schimba comportamentul;
- *Auto-reevaluarea* – concluzionarea că schimbarea este o parte importantă din identitatea unei persoane;
- *Reevaluarea de mediu* – conștientizarea impactului negativ pe care comportamentul vizat îl are asupra mediului în care individul trăiește și a impactului pozitiv pe care comportamentul dorit l-ar avea asupra mediului;
- *Eliberarea socială* – conștientizarea că societatea susține comportamentul vizat;
- *Auto-eliberarea* – declararea unei intenții ferme de a efectua o schimbare;
- *Relațiile de ajutor* – căutarea și utilizarea suportului social pentru a efectua modificarea comportamentală;
- *Contra-condiționarea* – cunoașterea comportamentelor nesănătoase și căutarea de alternative pentru comportamente sănătoase;
- *Managementul întăririlor* – întărirea recompenselor oferite pentru comportamentul vizat și reducerea întăririlor oferite pentru comportamentul negativ;
- *Controlul stimulilor* – folosirea de memento-uri sau diverselor imbolduri care să promoveze comportamentul dorit și să descurajeze comportamentul nedorit.

Studiile efectuate în domeniu arată că fiecare din procesele enumerate mai sus sunt eficiente dacă sunt folosite în anumite stadii ale schimbării [24]. Astfel, primele cinci procese, sunt folosite mai mult în stadiile de precontemplare, contemplare și pregătire, iar următoarele șase sunt folosite în stadiile de acționare și menținere.



**Fig. 4. Modelul transteoretic.**

Sursa: Adaptată după Goldstain et al., în McKenzie, Neiger & Thackeray, 2009 [26].

## Suportul social

În cadrul promovării sănătății, un rol important îl joacă suportul social. Suportul social este definit ca o rețea de relații interpersonale care oferă persoanei sentimente de acceptare și iubire, stimă de sine și apreciere crescută, comunicare și apartenență și ajutor reciproc [27]. Sursele care pot oferi suport social sunt diverse: familia, rude, prieteni, colegi și comunitatea profesională, vecini și comunitatea de cartier, grupuri neformale (cluburi, biserică), specialiști (medici, psihologi, centre de informare etc.).

Există mai multe tipuri de suport social:

- suport emoțional (sentimentul de a fi iubit, de apartenență, de afecțiune și îngrijire, empatie);
- suport apreciativ (valorizare și recunoaștere personală, stimă de sine, sentiment de identitate);
- suport informațional (sfaturi, sugestii, direcții și orientări, îndrumare, consiliere de specialitate);
- suport instrumental (ajutor material, concret).

De asemenea, o altă distincție a fost făcută de către cercetători în ceea ce privește suportul social *perceput* și suportul social *primit* [28].

*Suportul social perceput* se referă la modul în care individul percepe că a primit sau va primi sprijin atunci când este nevoie.

*Suportul social primit* se referă la acțiuni de susținere care au avut loc în mod real în perioadele de necesitate.

Mai mult decât atât, suportul social poate fi măsurat în termeni de *suport structural* sau *suport funcțional* [28].

*Suportul structural* (numit și integrare socială) se referă la măsura în care un individ este conectat într-o rețea socială, cum ar fi numărul de legături sociale care se află în rețeaua sa sociale. Relațiile de familie, prietenii și calitatea de membru în cluburi și organizații contribuie la integrarea socială.

*Suportul funcțional* se referă la funcțiile specifice pe care membrii din această rețea socială le pot oferi pentru ceilalți membri ai rețelei (cum ar fi suport emoțional, instrumental, informațional, apreciativ).

Suportul social are rol protector în prevenirea îmbolnăvirilor, în recuperarea din boală, în efectul tratamentului, în reducerea mortalității și în creșterea aderenței la tratament [29].

*Exemplu:*

O persoană care beneficiază de un suport social crescut va avea parte de mai mult sprijin în încercarea de a renunța la fumat, comparativ cu o persoană care nu beneficiază de susținere socială.

## **Influența socială**

Influența socială este reprezentată de modalitățile prin care oamenii sunt afectați de presiunea reală sau imaginară pe care ceilalți o exercită asupra lor [30]. Influența socială se manifestă în toate sferele vieții cotidiene și se poate realiza de către o persoană, un grup sau o instituție. Comportamentul obținut din partea celui influențat poate fi:

- constructiv,
- distructiv
- neutru.

Formele influenței sociale sunt: facilitarea socială, normele de grup, conformismul, polarizarea de grup, influența minoritară, fenomenele de schimbare socială, tehnici de influență interpersonală, imitația, obediența, contagiunea [2].

**Facilitarea socială** examinează efectele pe care simpla prezență a celorlalți le are asupra comportamentului unei persoane. Cercetările din sfera facilitării sociale pot fi clasificate în termenii a două paradigme experimentale: *paradigma publicului pasiv* și *paradigma coacțiunii*.

*Paradigma publicului pasiv* presupune observarea comportamentelor atunci când acestea se produc în prezența unor spectatori pasivi.

*Paradigma coacțiunii* implică efectele celorlalți care efectuează, simultan și independent, aceeași sarcină împreună cu individul.

S-a observat că ambele paradigme produc schimbări la nivel comportamental, însă coacțiunea are o mai mare influență asupra modelării comportamentului. Programele de promovare a sănătății pot folosi această paradigmă, pentru a obține efectul dorit în cazul unui comportament anume (ex.: renunțarea la fumat) [2].

**Normele de grup** sunt așteptările colective pe care membrii grupului le au, unii față de alții, cu privire la comportamentul lor. Normele prescriu comportamentul oricărui membru al grupului fiind, de fapt, coduri de conduită, care specifică ceea ce indivizii ar trebui sau nu să facă, sau standarde față de care se poate evalua cât de potrivit este comportamentul. Norma apare într-o situație ambiguă și care îl ajută pe individ să fie constant și în acord cu el însuși.

**Conformismul** este procesul prin care grupul face presiuni asupra membrilor pentru a respecta normele de grup. Un membru aparținător unui anumit grup, va dori să fie acceptat și integrat în grup și, astfel, va respecta normele impuse de către grup. În promovarea sănătății, normele de grup și conformismul pot fi folosite pentru a forma un grup care să adopte comportamente similare și să fie constanți în păstrarea lor.

**Polarizarea de grup** se referă la faptul că interacțiunea grupului dă naștere unor noi compromisuri. Astfel, după o discuție de grup, la care au participat mai mulți membri, este foarte probabil ca fiecare să fi cedat mai mult sau mai puțin din opiniile lor și decizia finală, pe care o vor lua, va fi mai aproape de medie. În promovarea sănătății polarizarea de grup poate să fie folosită atunci când se caută o soluție, care să funcționeze pentru întreg grupul. Discutând între ei, membrii grupului vor ajunge la un compromis, care este mai aproape de media a tuturor credințelor grupului.

**Influența minoritară** reprezintă modul în care un grup minoritar poate influența la rândul lui o majoritate. Influența minorității asupra majorității constă în faptul că un grup mic care susține o idee reprezintă o oarecare anomalie, care intră în contrast cu ideea majorității. Astfel, majoritatea este, oarecum, forțată să facă inferențe comparative între punctul ei de vedere și cel al minorității, analizând atent discrepanța dintre cele două. Aceasta duce, uneori, la o schimbare a atitudinii, iar unii membrii ai majorității devin convinși că greșesc și că punctul de vedere al minorității este cel corect. În promovarea sănătății acest concept poate să fie folosit în cazul în care un grup mic susține o idee (ex.: fumatul este nociv) și o expune marii majorități, reușind astfel să convingă tot mai mulți oameni că fumatul dăunează sănătății.

**Fenomenele de schimbare socială** sunt reprezentate de către trecerea unui sistem social sau a unei componente a acestuia de la o stare la alta și care au ca rezultat anumite modificări comportamentale ale indivizilor. Aceste schimbări se pot produce mai lent sau mai rapid, în funcție de societate, și depind de diverși factori (regim politic, economic etc.). Un exemplu despre cum fenomenele de schimbare socială produc modificări comportamentale este aplicarea legii anti-fumat (datorită faptului că nu au mai putut fuma în spațiile publice, mulți indivizi au renunțat la fumat și, astfel, rata fumatului a scăzut).

**Tehnicile de influență interpersonală** reprezintă raporturi sociale dintre doi sau mai mulți oameni, care interacționează sau se influențează reciproc prin utilizarea anumitor stimuli verbali/tehnici de influență. Un astfel de exemplu ar fi reciprocitatea, tehnică prin care atunci când individul primește ceva de valoare pentru el, simte nevoia de a da ceva în schimb și, astfel, apare modificarea comportamentală.

**Imitația** este un proces prin care schimbarea comportamentală apare ca și efect al observării unui comportament la cineva și copierea acestui comportament. Acest concept este folosit în teoria social cognitivă a lui Bandura și îl regăsim sub numele de *învățare vicariantă* (ex.: o persoană poate învăța să mănânce sănătos, doar privind o altă persoană care face asta).

**Obediența** reprezintă situația în care modificarea comportamentală se produce ca urmare a unui ordin venit din partea unei surse înzestrate cu autoritate legitimă. În promovarea sănătății, obediența poate să fie folosită pentru a adopta anumite comportamente (ex.: un individ va fi mai dispus să renunțe la fumat, dacă aceasta vine ca o cerere de la o persoană care pentru individ are autoritate legitimă).

**Contagiunea** se referă la preluarea spontană a unei stări emoționale sau a unui comportament de către toți membrii grupului sau mulțimii. Asemenea concept necesită un lider al grupului care să dea tonul, iar mai apoi restul membrilor să îl urmeze. Conceptul de contagiune poate fi folosit în promovarea sănătății atunci când dorim să producem o modificare comportamentală la nivelul grupului (ex.: să introducem o dietă sănătoasă în rândul adolescenților, folosindu-ne de liderul grupului) [2].

## CONCLUZII

Conceptele, teoriile și modelele prezentate aici sunt unele dintre cele mai reprezentative și mai des aplicate în promovarea sănătății. Ele nu sunt perfecte, dar au meritul de a arăta că intervențiile pentru schimbarea comportamentului, pentru a fi eficiente și eficace, trebuie planificate foarte atent luând în considerare dovezile despre cei mai sensibili predictorii ai comportamentului.

Modele teoretice constituie baza conceptuală a intervențiilor de promovare a sănătății, iar importanța majoră a acestora este valorificată atunci când sunt aplicate la elaborarea și implementarea

programelor. Toate conceptele teoretice sunt fezabile pentru fundamentarea proceselor de planificare, implementare și evaluare a programelor de promovare a sănătății bazate pe dovezi. Nici una din teoriile existente nu domină și nu ar trebui să domine practicile de promovare a sănătății [1].

Problemele de sănătate, comportamentele de sănătate, caracteristicile populațiilor vizate, contextele de mediu – toate sunt foarte extinse și diverse. Respectiv, nu există o singură teorie care să fie relevantă și adecvată pentru toate situațiile de caz. Mai mult decât atât, abordarea unei probleme care implică factori determinanți multipli poate necesita aplicarea mai mult decât a unei singure teorii, cu concentrarea asupra schimbărilor atât la nivel individual, cât și la nivel de grupuri de persoane, instituții, comunități și politici publice.

Desigur, urgența intervențiilor pentru depășirea unor probleme de sănătate în comunitate nu permite întotdeauna un studiu elaborat, măsurile decise bazându-se pe principii universale și nu pe dovezi specifice. Astfel de situații nu pot fi evitate, dar este de preferat ca această strategie (intervenții bazate pe principii universale) să se limiteze la situații de criză și să nu devină o practică curentă de promovare a sănătății.

De multe ori asistenții medicali consideră că schimbarea comportamentului legat de sănătate la indivizi este ușor de realizat și evidențiază necesitatea ca aceștia să fie mai bine informați cu privire la limitele acestei abordări.

Există iluzia că problemele de sănătate care pot fi prevenite sunt cauzate aproape exclusiv de comportamentul nesănătos, alegerile stilului de viață, obiceiurile personale și eșecurile persoanelor iresponsabile care fumează, consumă o dietă neadecvată, nu reușesc să facă exerciții fizice sau să gestioneze eficient stresul. Aceste alegeri ale stilului de viață, deficiențele umane și, prin urmare, sănătatea sunt presupuse a fi sub controlul indivizilor. Aceștia din urmă nu sunt doar liberi să se schimbe după bunul plac, ci au responsabilitatea morală de a exercita o astfel de alegere și de a învăța abilitățile de viață adecvate, compatibile cu regulile de management al riscului existente în instituțiile medicale.

Modelele și teoriile prezentate reflectă o recunoaștere a limitărilor modelelor simple de comunicare și se bazează pe premisa că doar furnizarea de informații are un efect minim asupra cunoștințelor și comportamentului pacientului. Chiar și o bază de cunoștințe îmbunătățită este puțin probabil să catalizeze schimbarea comportamentului dacă atitudinile și convingerile pacientului nu sunt modificate concomitent. Intervențiile de succes pentru schimbarea comportamentului depind, cel puțin, de o înțelegere solidă a complexității proceselor implicate.



## Mesaje cheie:

Teoria servește în calitate de **instrument** pentru a ”depăși limitele intuiției în procesul de elaborare și evaluare a intervențiilor de promovare a sănătății”, bazate pe înțelegerea comportamentului uman;

Teoria oferă **fundamentare** pentru elaborarea și planificarea programelor, în corespundere cu imperativul actual de utilizare a intervențiilor bazate pe dovezi;

Modele teoretice sunt utilizată în calitate de **foaie de parcurs** pentru analiza problemelor, elaborarea intervențiilor adecvate, precum și identificarea indicatorilor și evaluarea impactului;

Perspectiva teoretică prezintă o **platformă explicativă** pentru descrierea proceselor de schimbare a comportamentelor de sănătate, precum și influența multor factori asupra acestor procese, inclusiv celor de mediu social și fizic;

Teoria poate servi în calitate de **busolă** pentru identificarea populației-țintă, a metodelor capabile să producă schimbare și a rezultatelor care pot fi apreciate prin evaluare.

## Bibliografie:

1. Rimer, B. & Glanz, K. (2005) *Theory at a glance. A guide for health promotion practice, 2nd ed.* Bethesda, Maryland, US Department of Health and Human Services
2. Lozan, O., Cotelea, S, Gramma, R, Timotin, A, Opreș, A, Coman, M.A. (2017), *Promovarea Sănătății*, Univ. de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Școala de Management în Sănătatea Publică– Chișinău, Tipogr. „T-Par”.
3. Conner, M. (2019). Models of Health Behaviour. In C. Llewellyn, S. Ayers, C. McManus, S. Newman, K. Petrie, T. Revenson, et al. (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, pp. 55-60. Cambridge: Cambridge University Press.
4. Băncilă, D. (2006). Teorii și modele cognitiv sociale de schimbarea comportamentului. In: *Promovarea sănătății și educație pentru sănătatea* Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar. – București : Public H Press.
5. Sprenger, M. (2005). Issues at the interface of general practice and public health: primary health care and our communities. *General Practice on-line* <https://www.priory.com/fam/gppublic.html>
6. MacDonald, G. (2000). „Redesigning the evidence base for health promotion”. *Internet Journal of Public Health and Health Education* 2, B 9-17
7. Naidoo, J., Wills J. (2010). *Developing Practice for Public Health and Health Promotion E-Book.* Elsevier Health Sciences; Tackling health inequalities pp 81-99
8. Mittelmark, M.B. (1999). Health promotion at the community wide level: lessons learned from diverse perspectives In Bracht, N. *Health promotion at the community level.* Sage Publications Inc. UK.
9. McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A., Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*;15(4):351-377.
10. Fishbein, M. (1979). *A theory of reasoned action: Some applications and implications.* Nebraska Symposium on Motivation, pp. 65-116.

11. Ajzen, I., & Fishbein, M. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. În J. Kuhl, & J. Beckmann, *Action Control: From Cognition to Behavior*, Springer, pp. 11-39.
12. Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press.
13. Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, pp.1-26.
14. Bandura, A. (1986). *Social Foundation of thought and action – a social-cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey; Prentice Hall.
15. Wood, R., & Bandura, A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *Academy of Management Review*, 14, pp.361-384.
16. Rogers, E. (2010). *Diffusion of Innovations*, 4th Edition. New York: The Free Press.
17. Eriksson, M. (2011). *Social capital and health – implications for health promotion*. Global Health Action.
18. Coleman, J. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94 (suppl.), pp. S95-S120.
19. Glanz, K., Rimer B., Lewis, F., (Eds.). (2002). *Health behaviour and health education: Theory, research and practice*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
20. Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
21. Sheeran, P. & Abraham, C. (Eds.). (2015). The health belief model. In: *Predicting and changing health behaviour Research and Practice with Social Cognition Models, Third edition*, Open University Press, Berkshire, England pp. 30-69.
22. Wallston, B.S. & Wallston, K.A. (1984). Locus of control and health: a review of the literature. *Health Education Monographs*, Spring, 6(2):107-117.
23. Norman, P., Bennett, P., Smith, C., Murphy, S. (1998). Health Locus of Control and Health Behaviour. *Journal of Health Psychology*.;3(2):171-180.
24. Prochaska, J. (2013). Transtheoretical Model of Behavior Change. În: M. Gellman, & B. Turner, *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer, pp. 1997-2000.
25. Weinstein, N., Rothman, A., & Sutton, S. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17(3):290-9.
26. McKenzie, J.F., Neiger, B.L., & Thackeray, R. (2009). *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs: A primer* (5th ed.). San Francisco: Benjamin Cummings.
27. Pierce, G., Lakey B., Sarason, I., & Sarason, B. (1997). *Sourcebook of Social Support and Personality*. Seattle, Springer.
28. Taylor, S. (2011). Social Support: A Review. În H. Friedman, *The Oxford Handbook of Health Psychology*. Oxford Press.
29. Cohen, S., Underwood, L., & Gottlieb, B. (2000). *Social Support Measurement and Intervention: A guide for health and social scientists*. New York, Oxford.
30. Boncu, S. (2002). *Psihologia influenței sociale*. Iași: Editura Polirom.

**PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ȘI REDUCEREA RISCURILOR.  
CARTA DE LA OTTAWA**

---

*Sorin Ursoniu*

***Obiective educaționale:***

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili:*

- *să cunoască factorii care au condus la reactualizarea prevenției;*
- *să identifice aspectele cheie ale activității de promovare a sănătății în diferite contexte;*
- *să cunoască cele cinci strategii fundamentale pentru succesul promovării sănătății stabilite de Carta de la Ottawa;*
- *să înțeleagă importanța alfabetizării în domeniul sănătății, plecând de la ideea că atât sănătatea cât și educația sunt resurse critice pentru traiul de zi cu zi;*
- *să înțeleagă că nu poate exista o dezvoltare durabilă fără acțiuni de promovarea sănătății;*
- *să cunoască noțiunea de risc și relația acestuia cu sănătatea și activitățile de promovare a sănătății;*
- *să cunoască nivelurile de promovare a sănătății corespunzătoare etapelor evoluției naturale a unei boli;*
- *să-și însușească principalele abordări și modele ale promovării sănătății.*

Serviciile de promovare a sănătății și de reducere a riscurilor devin o parte vitală a îngrijirii medicale cuprinzătoare pentru persoanele de orice vârstă.

Modificarea continuă a mortalității și morbidității de-a lungul timpului, în diferite țări, indică faptul că majoritatea cauzelor bolilor pot fi prevenite. Alte dovezi legate de acest fapt rezultă din variația geografică a frecvenței bolilor în cadrul aceleiași țări și între țări și din observația că imigranții dezvoltă treptat patologia caracteristică populației primitoare.

Promovarea sănătății urmărește să ofere populației o înțelegere pozitivă a sănătății, astfel încât aceasta să-și poată folosi în totalitate capacitățile fizice, mintale și emoționale.

Factorii care au condus la reactualizarea prevenției au fost [1]:

1. Observația că tehnologiile medicale noi, de vârf, dezvoltarea unei medicini supra specializate nu au avut efectul scontat în îmbunătățirea stării de sănătate a populației.
2. Cheltuielile pentru ocrotirea sănătății cresc tot mai mult, într-un ritm mai mare decât produsul intern brut al țărilor, iar rezultatele în domeniul sănătății nu sunt întotdeauna pe măsura investițiilor. Țările nu mai pot face față creșterii cheltuielilor datorate îmbătrânirii populației, creșterii supraviețuirii bolnavilor cu afecțiuni cronice, factori care au dus la creșterea volumului îngrijirilor medicale care au devenit și mai costisitoare.
3. Unele ameliorări ale stării de sănătate au apărut înainte de introducerea în practică a unor tehnologii foarte scumpe (presupunându-se rolul altor factori decât cei sanitari în ameliorarea stării de sănătate).
4. Inechități ale stării de sănătate între diferite populații definite geografic sau socio-economic, medicina modernă neavând o influență satisfăcătoare.

OMS (1984) [2] a adoptat următoarele cinci principii de promovare a sănătății:

1. Promovarea sănătății include populația în ansamblu în contextul vieții de zi cu zi a indivizilor, mai degrabă decât să se concentreze asupra persoanelor cu risc pentru anumite boli.
2. Promovarea sănătății este îndreptată către acțiunea asupra cauzelor sau determinanților sănătății.
3. Promovarea sănătății combină metode sau abordări diverse, dar complementare, inclusiv comunicarea, educația, legislația, măsurile fiscale, schimbarea organizațională, dezvoltarea comunității și activitățile locale spontane împotriva pericolelor pentru sănătate.
4. Promovarea sănătății vizează în special participarea efectivă și concretă a publicului.
5. În timp ce promovarea sănătății este practic o activitate în domeniul sanitar și social și nu un serviciu medical, profesioniștii din domeniul sănătății – în special în asistența medicală primară – au un rol important în promovarea și facilitarea promovării sănătății.

Evoluția conceptului și principiilor de promovare s-a realizat în urma mai multor conferințe OMS: Ottawa 1986, Adelaide 1989, Sundsvall 1993, Jakarta 1997, Mexico City 2000, Bangkok 2005, Nairobi 2009, Helsinki 2013, Shanghai 2016, On-line 2021.

Un punct de plecare pentru definirea promovării sănătății a fost reprezentat de Carta de la Ottawa a OMS (1986) [3], deoarece înainte de aceasta s-au făcut puține eforturi pentru a stabili un consens. Definiția OMS (1986) de mai jos se bazează pe conceptele și principiile de promovare a sănătății stabilite anterior (OMS 1984). Aceasta susține că promovarea sănătății integrează schimbarea în modurile și condițiile de viață, mediază între oameni și mediile lor și combină alegerea personală cu responsabilitatea socială.

Deși include promovarea unui comportament pozitiv cu influență asupra stării de sănătate și diseminarea informațiilor privind sănătatea, Carta de la Ottawa a lărgit dezbateră, subliniind o abordare populațională, cu accent pe contextul social, cauza bolii și necesitatea de a folosi o serie de metode: comunicare, educație, legislație, dezvoltare comunitară.

Carta de la Ottawa (OMS 1986) [3] a susținut necesitatea participării publicului și a profesioniștilor din domeniul sănătății – în special a celor care lucrează în asistența medicală primară – pentru a permite promovarea sănătății. Definiția promovării sănătății a ajuns să fie văzută ca fiind oarecum idealistă, cu obiective de neatins, cum ar fi, de exemplu, starea de bine completă.

Promovarea sănătății este definită ca: *“procesul care le permite oamenilor să-și sporească controlul asupra sănătății și să o îmbunătățească. Pentru a ajunge la o stare de bine completă din punct de vedere fizic, mintal și social, un individ sau un grup trebuie să fie capabil să identifice și să-și realizeze aspirațiile, să-și satisfacă nevoile și să schimbe sau să facă față mediului. . . promovarea sănătății nu este doar responsabilitatea sectorului sănătății, ci merge dincolo de stilul de viață sănătos către starea de bine.”*

Carta a stabilit următoarele cinci strategii fundamentale pentru succesul promovării sănătății [4]:

**1. Elaborarea politicilor de sănătate publică.**

Promovarea sănătății înseamnă mult mai mult decât asistența medicală. Ea presupune identificarea obstacolelor în adoptarea unor politici care promovează sănătatea de către sectorul medical, în colaborare cu sectoarele nemedicale, precum și identificarea unor modalități comune de înlăturare a acestor obstacole. În acest fel, alegerile și opțiunile favorabile sănătății vor fi la îndemâna populației, fiind mai ușor accesibile.

**2. Crearea unui mediu favorabil.**

Promovarea sănătății recunoaște că sănătatea indivizilor este legată și de modul în care tratăm natura și mediul înconjurător. Sănătatea nu poate fi separată de alte scopuri sau obiceiuri de viață. Munca și timpul liber au un impact real asupra sănătății. Promovarea sănătății trebuie să favorizeze crearea unor condiții de trai și de muncă cu influență favorabilă asupra stării de sănătate.

**3. Întărirea acțiunii comunitare.**

Promovarea sănătății acționează la nivel de comunitate. În centrul procesului se află comunitățile care au o forță proprie și pot controla propriile inițiative și activități. Aceasta înseamnă că specialiștii trebuie să învețe metode noi de lucru cu indivizi și cu comunități, adică să lucreze pentru și cu ei, în loc să considere comunitatea ca fiind un element pasiv.

**4. Dezvoltarea deprinderilor (abilităților) individuale.**

Promovarea sănătății sprijină dezvoltarea personală și socială prin oferirea de informații, educație pentru sănătate și prin sprijinirea indivizilor să-și dezvolte capacitatea de a lua decizii favorabile sănătății. În acest fel, ea permite oamenilor să aibă un control crescut asupra propriei sănătăți și asupra mediului, le permite să învețe de-a lungul vieții cum să se pregătească pentru diferite situații, cum să facă față bolilor cronice sau accidentelor.

Aceste procese se desfășoară acasă, la școală, la locul de muncă, precum și în cadrul altor comunități.

##### 5. *Reorientarea serviciilor de sănătate.*

Responsabilitatea promovării sănătății în cadrul serviciilor medicale este împărțită între indivizi, grupuri comunitare, specialiști în domeniul sănătății, asistenți sociali, birocrați și guvern. Toți trebuie să contribuie împreună la organizarea unui sistem sanitar care să ducă la îmbunătățirea stării de sănătate. Rolul sectorului medical trebuie să depășească responsabilitățile curative și să se orienteze și către promovarea sănătății chiar și în spitale. Ca acest lucru să se poată realiza, este nevoie de recunoașterea faptului că cele mai multe cauze de îmbolnăviri se află în afara influenței sectorului sanitar și este necesară cooperarea cu acele sectoare care pot influența pozitiv aceste cauze.

A doua Conferință Internațională pentru Promovarea Sănătății a avut loc în aprilie 1988 la Adelaide, Australia [5]. Acesta a subliniat necesitatea creării unor medii favorabile pentru promovarea sănătății. În plus, a fost lansat un apel pentru colaborări între interesele guvernamentale și cele din sectorul privat asociate cu agricultura, comerțul, educația, industria și comunicațiile, în măsura în care sănătatea era prioritară în fața considerentelor economice. Participanții la conferință au subliniat că preocuparea pentru echitate în toate domeniile dezvoltării politicilor are ca rezultat beneficii substanțiale pentru sănătate. Ei au susținut accesul egal la asistență medicală pentru popoarele indigene, minoritățile etnice și imigranți. S-a subliniat, de asemenea, că nivelurile de educație și de alfabetizare trebuie luate în considerare atunci când se elaborează politicile de sănătate. A fost evidențiată importanța creării de sisteme informaționale în domeniul sănătății capabile să evalueze impactul schimbării politicilor sanitare.

După anul 1990, noile abordări în domeniul promovării sănătății, stabilite prin Carta de la Ottawa pentru Promovarea Sănătății din 1986 au devenit cunoscute și în România.

În 1992, a fost creat Centrul Național de Promovarea Sănătății și Educație pentru Sănătate, cu rol de for metodologic pentru unitățile (laboratoare) județene de educație pentru sănătate. Personalul Centrului era format din specialiști în sănătate publică, sociologi, psihologi, filologi, și asistenți medicali. În aceeași perioadă personalul Centrului Național și cel din laboratoarele județene au început să învețe modalități noi de abordare a promovării sănătății și educației pentru sănătate. În prezent Centrul Național de Promovarea Sănătății se regăsește în structura Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar [4].

A treia conferință internațională privind promovarea sănătății a avut loc în iunie 1991 la Sundsvall, Suedia [6]. Concluzia conferinței a fost că un mediu favorabil este de o importanță capitală pentru sănătate. Mediile de susținere înseamnă atât aspectele fizice, cât și cele sociale ale locului în care cineva trăiește, lucrează, socializează, este educat și caută îngrijire. Au fost subliniate patru aspecte principale ale mediilor de sprijin: (1) dimensiunea socială, inclusiv norme, obiceiuri, scop și moștenire; (2) dimensiunea politică, inclusiv participarea la luarea deciziilor și angajamentul față de drepturile omului și pace; (3) dimensiunea economică, inclusiv

dezvoltarea durabilă; și (4) necesitatea de a recunoaște și de a utiliza abilitățile și cunoștințele femeilor.

Conferința a evidențiat inechitățile tot mai mari dintre țările bogate și cele sărace, precum și relația dintre justiția socială și sănătate. Crearea echității a fost identificată ca o prioritate pentru formarea unor medii de susținere. De asemenea, s-a pus accent pe dezvoltarea durabilă și s-a făcut apel la implicarea popoarelor indigene în elaborarea politicilor de promovare a sănătății.

A patra conferință internațională privind promovarea sănătății a avut loc în iulie 1997 la Jakarta, Indonezia. A fost prima conferință OMS care a avut loc într-o țară în curs de dezvoltare și prima care a implicat sectorul privat. Declarația de la Jakarta, care a derivat din acea conferință, a subliniat că *sărăcia este cea mai mare amenințare la adresa sănătății*, în timp ce pacea, locuința, educația, relațiile sociale, hrana, veniturile, împuternicirea femeilor, un ecosistem stabil, resurse durabile, justiția socială, respectul pentru drepturile omului și echitatea sunt cerințe importante pentru sănătate [7].

Participanții la conferință au evidențiat faptul că factorii transnaționali precum economia globală, piețele financiare, ușurința accesului la tehnologia comunicațiilor, degradarea mediului și utilizarea iresponsabilă a resurselor au, de asemenea, un impact semnificativ asupra sănătății. A fost lansat un apel la acțiune pentru a stabili o alianță globală pentru promovarea sănătății.

Obiectivele acestei alianțe sunt: (1) creșterea gradului de conștientizare cu privire la schimbarea factorilor determinanți ai sănătății, (2) sprijinirea colaborărilor dedicate promovării sănătății, (3) mobilizarea resurselor pentru promovarea sănătății, (4) acumularea de cunoștințe de bune practici, (5) facilitarea partajării învățării, (6) promovarea solidarității în acțiune și (7) promovarea transparenței și responsabilității publice în promovarea sănătății [7].

În 2005, OMS a elaborat Carta de la Bangkok, care s-a bazat pe Carta de la Ottawa, la care s-au adăugat coerența politicilor de sănătate și un angajament de parteneriat între guverne, organizații internaționale și sectorul privat. Carta de la Bangkok i-a încurajat pe oameni să *„susțină sănătatea bazată pe drepturile omului, să investească în politici, acțiuni și infrastructură durabile pentru a aborda determinanții sănătății, să vizeze transferul de cunoștințe și cercetarea și să abordeze alfabetizarea în domeniul sănătății”* [8]. A pledat pentru șanse egale pentru sănătate și bunăstare pentru toți oamenii. Sănătatea era acum văzută ca o parte critică a politicii externe, securității naționale, comerțului și geopoliticii.

Conferința de la Nairobi, Kenya (2009), [9] a subliniat importanța alfabetizării în domeniul sănătății, plecând de la ideea că atât sănătatea cât și educația sunt resurse critice pentru traiul de zi cu zi. Au fost abordate următoarele niveluri de alfabetizare:

- **alfabetizarea funcțională:** cuprinde abilități care permit unei persoane să citească consimțământul informat, etichetele medicamentelor, precum și informații despre îngrijirea sănătății; capacitatea de a înțelege informații scrise și orale date de către medici, asistenți medicali, farmaciști sau alți profesioniști din domeniul sănătății; capacitatea de a

lua medicamente în mod corect, de aderare la auto-îngrijirea la domiciliu și la respectarea programărilor.

- **alfabetizarea conceptuală:** cuprinde o gamă largă de abilități și de competențe pe care oamenii le dezvoltă de-a lungul vieții lor de a căuta, înțelege, evalua, și de a folosi informațiile și conceptele despre sănătate pentru a face alegeri în cunoștință de cauză, a reduce riscurile de sănătate, precum și pentru creșterea calității vieții.
- **alfabetizarea în domeniul sănătății:** cuprinde consolidarea participării active a cetățenilor în domeniul sănătății prin asocierea angajamentului legat de promovarea sănătății cu eforturile preventive și implicarea persoanelor în înțelegerea drepturilor lor în calitate de pacienți; creșterea capacității lor de a “naviga” prin sistemul de sănătate; implicarea în acțiuni în calitate de consumatori informați cu privire la riscurile pentru sănătate ale unor produse și servicii; opțiunile pe care le au în legătură cu furnizorii de servicii de sănătate; acțiuni desfășurate în mod individual sau colectiv, pentru a îmbunătăți sănătatea, prin intermediul sistemului politic (exprimat prin vot), prin pledoarie sau prin mișcări sociale.

A 9-a conferință - Shanghai, China (2016) [10] a plasat promovarea sănătății în centrul Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă. Au fost emise două documente finale: Declarația de la Shanghai privind promovarea sănătății în cadrul Agendei 2030 pentru dezvoltare durabilă și Consensul de la Shanghai al primarilor privind orașele sănătoase.

În ultimele două decenii am asistat la un progres global remarcabil: numărul persoanelor care trăiesc în sărăcie a fost redus cu aproximativ jumătate; înscrierea la școala primară a crescut la aproximativ 90%; mortalitatea infantilă și maternă au scăzut la jumătate; numărul de cazuri noi de malarie și infecții cu HIV au scăzut fiecare cu aproximativ 40%; aproximativ 2,6 miliarde de oameni au avut acces la apă potabilă de o calitate mai bună.

Dar acest progres nu a fost lipsit de costuri sociale și planetare, cum ar fi consumul excesiv și folosirea în exces a resurselor naturale. Între timp, degradarea mediului continuă neîncetat, iar schimbările climatice amenință progresiv comunitățile și ecosistemele vulnerabile. Amploarea crizelor intră pe un teritoriu neexplorat. Ultimele estimări arată că există aproximativ 1 miliard de imigranți și persoane strămutate aflate în mișcare în întreaga lume, inclusiv peste 60 de milioane de refugiați forțați să-și părăsească casele din cauza războaielor și persecuției.

Conferința de la Shanghai a stabilit că Promovarea Sănătății se bazează pe trei piloni:

1. **Buna guvernare:** consolidarea guvernării și a politicilor pentru a face alegeri sănătoase accesibile și disponibile tuturor și pentru a crea sisteme durabile care să facă reală colaborarea întregii societăți;
2. **Orașe sănătoase:** crearea de orașe mai verzi, care să permită oamenilor să trăiască, să muncească și să se joace în armonie și sănătate;



**3. Alfabetizarea în domeniul sănătății:** creșterea cunoștințelor și a abilităților sociale pentru a ajuta oamenii să ia cele mai sănătoase alegeri și decizii pentru familiile lor și pentru ei înșiși.

Plecând de la Obiectivele Strategiei de Dezvoltare Durabilă, OMS a stabilit niște ținte pentru anul 2030 comparativ cu anul 2015 [10]:

- reducerea relativă cu 25% a mortalității generale din cauza bolilor cardiovasculare, cancerului, diabetului sau bolilor respiratorii cronice
- reducerea relativă cu cel puțin 10% a consumului nociv de alcool, după caz, în funcție de contextul național
- reducerea relativă cu 10% a prevalenței activității fizice insuficiente
- reducerea relativă de 30% a aportului mediu de sare/sodiu al populației
- reducerea relativă cu 30% a prevalenței consumului actual de tutun
- reducerea relativă cu 25% a prevalenței tensiunii arteriale crescute sau ținerea sub control a prevalenței tensiunii arteriale crescute, în funcție de circumstanțele naționale
- oprirea creșterii diabetului și a obezității.
- cel puțin 50% dintre persoanele eligibile primesc terapie medicamentoasă și consiliere (inclusiv controlul glicemiei) pentru a preveni atacurile de cord și accidentele vasculare cerebrale.

Mai recent, pe data de 9 martie 2021, Parlamentul European a adoptat Programul de acțiune a Uniunii în domeniul sănătății pentru perioada 2021-2027, EU4Health [11], cel mai ambițios program de Sănătate din istoria UE, cu un buget record de 5,1 miliarde de euro. Acordul final pentru Program a introdus un plafon de 20 % din bugetul total pentru promovarea sănătății și prevenirea bolilor.

Yoga este recunoscută ca o modalitate accesibilă de a duce un stil de viață activ din punct de vedere fizic. La ultima conferință OMS de promovare a sănătății desfășurată în decembrie 2021 online a fost lansată WHO mYoga [12]. Aceasta este o aplicație pe care publicul larg să o poată folosi în mod regulat, oferind sesiuni de învățare și de practică a unor exerciții de yoga cu durate diferite. Aplicația a fost dezvoltată prin revizuirea literaturii științifice și prin procese extinse de consultare internațională a experților. Ea cuprinde o colecție de videoclipuri și sesiuni de exerciții audio pe care utilizatorii le pot face în confortul propriei case atunci când își doresc.

## **Risc și sănătate**

Riscul a fost definit ca fiind „probabilitatea ca un anumit eveniment să se producă într-un anumit interval de timp” [13]. Un factor de risc este o expunere care este asociată cu o boală [14]. De exemplu, Alexandra are un risc crescut de boli de inimă și cancer. Factorii de risc ai Alexandrei includ antecedentele familiale ale ambelor boli, stresul la locul de muncă, vârsta ei, expunerea la mediu și sexul. Există factori de risc cunoscuți pentru unele boli, cum ar fi fumatul și asocierea acestuia cu cancerul pulmonar și hipertensiunea arterială și bolile de inimă. Uneori există doar

presupuneri că există o asocierie între anumiți factori de risc, cum ar fi de exemplu telefoanele mobile și tumorile cerebrale.

Cele trei criterii care stabilesc că avem de-a face cu un factor de risc sunt:

1. Frecvența bolii variază în funcție de categoria sau de cantitatea factorului. Cancerul pulmonar este mai probabil să se dezvolte la fumătorii de țigări decât la nefumători și la cei care fumează mult comparativ cu cei care fumează puțin.
2. Factorul de risc trebuie să preceadă debutul bolii. Fumătorii de țigări dezvoltă cancer pulmonar după ce au fumat ceva vreme. Dacă fumătorii ar avea cancer pulmonar înainte de a începe să fumeze, acest fapt ar pune la îndoială că fumatul este un factor de risc pentru cancerul pulmonar.
3. Asocieria care ne preocupă nu trebuie să se datoreze vreunei surse de eroare.

În orice studiu de cercetare (în special unul care implică comportamentul uman), există multe surse de eroare, cum ar fi designul studiului, metodele de colectare a datelor și analiza acestora.

Alte criterii care au fost menționate în literatura de specialitate includ puterea asocierii, consistența prin repetarea studiilor, specificitatea și plauzibilitatea [14].

Pentru a determina riscurile pentru sănătate pentru diverși indivizi, grupuri și populații, poate fi efectuată o evaluare a riscurilor. O evaluare a riscurilor este o modalitate sistematică de a distinge riscurile prezentate de expunerile potențial dăunătoare. Cei patru pași principali ai unei evaluări a riscului sunt identificarea pericolelor, descrierea riscului, evaluarea expunerii și estimarea riscului [15].

## **Relația riscului cu sănătatea și activitățile de promovare a sănătății**

Sănătatea este direct legată de activitățile la care participăm, de alimentele pe care le consumăm și substanțele la care suntem expuși zilnic. Unde trăim și muncim, sexul, vârsta și structura noastră genetică au un impact asupra sănătății. În evaluarea riscului privind sănătatea și activitățile de promovare a sănătății, există două tipuri de riscuri: *riscuri modificabile* și *riscuri nemodificabile*.

*Factorii de risc modificabili* sunt acele aspecte ale riscului pentru sănătatea unei persoane asupra cărora aceasta deține controlul. Printre exemple se numără fumatul, un stil de viață sedentar sau activ, tipul și cantitatea de alimente consumate și tipul de activități în care se angajează (de exemplu parașutismul este mai riscant decât bowlingul).

*Factorii de risc nemodificabili* sunt acele aspecte ale riscului asupra sănătății asupra cărora cineva nu are deloc control sau are control doar în mică măsură. Exemplele includ structura genetică, sexul, vârsta și expunerile la mediu.

Pe măsură ce asistentul medical evaluează diferitele aspecte ale sănătății unui pacient, este important să analizeze comportamentele care au un efect pozitiv asupra sănătății acestuia, nu doar acele comportamente care sunt dăunătoare sănătății. Comportamentele sănătoase, cum ar fi menținerea unui regim de exerciții fizice și respectarea unui plan alimentar, influențează eficacitatea unei viitoare intervenții și stima de sine a subiectului. Comportamentele pozitive privind sănătatea oferă, de asemenea, o bază pe care un asistent poate construi apoi pentru a aborda comportamentele nesănătoase. Dacă un pacient a reușit să renunțe la fumat, încrederea și eficacitatea învățate din această schimbare pot fi folosite pentru a-l ajuta să țină o dietă săracă în sodiu și cu conținut scăzut de grăsimi pentru a-și rezolva hipertensiunea arterială.

Reducerea riscului este un proces proactiv în care indivizii participă la modificarea comportamentelor care le permit să reacționeze la amenințările reale sau potențiale la adresa sănătății lor [16].

Comunicarea riscurilor este procesul prin care publicul primește informații cu privire la amenințările posibile sau reale la adresa sănătății. Comunicarea riscului este afectată de modul în care indivizii și comunitățile percep, procesează și acționează în funcție de înțelegerea pe care o au asupra riscului [17].

În zilele noastre, indivizii, grupurile și comunitățile primesc informații despre riscurile pentru sănătate din multe surse, în afară de profesioniștii din domeniul sănătății. Internetul este o sursă mai nouă de comunicare a riscurilor pentru mulți membri ai comunității, 60% dintre utilizatorii de Internet accesând informații despre sănătate [18]. Ziarele, periodicele, radioul, TV și panourile publicitare sunt surse de lungă durată privind informațiile despre sănătate. Deși există multe surse de informații despre riscurile pentru sănătate disponibile publicului, calitatea variază foarte mult în ceea ce privește acuratețea informațiilor prezentate [19-20]. Utilizarea rețelelor sociale pentru a comunica cu publicul a crescut atât în rândul entităților publice cât și private.

Camerele de chat, forumurile, Facebook, Twitter și multe site-uri web specializate oferă informații despre planificarea în avans a îngrijirii și sfaturi de nutriție. Profesioniștii din domeniul sănătății se străduiesc să facă comunicarea riscurilor cât mai personalizată și specifică posibil pentru indivizi, grupuri și comunități, într-un efort de a îmbunătăți folosirea screening-ului și pentru schimbarea comportamentului. Până în prezent, comunicarea personalizată a riscurilor nu s-a dovedit a fi mai eficientă decât metodele tradiționale de comunicare a riscurilor [21].

Aproximativ 50% din decesele anuale au loc ca urmare a unor factori modificabili sau legați de stilul de viață [22-23]. Un studiu din anul 2012 a constatat că persoanele care adoptă comportamente sănătoase, cum ar fi exercițiile fizice, o dietă sănătoasă, nu fumează și își mențin o greutate normală au un risc de deces cu 66% mai mic decât cei care nu au adoptat aceste comportamente [24].

Istoria naturală a unei boli se clasifică în cinci etape: latentă, susceptibilă, sub-clinică, clinică și de recuperare/invaliditate/deces. Măsurile de sănătate preventivă corespunzătoare au fost grupate în etape similare pentru a viza prevenirea acestor etape ale unei boli. Aceste etape preventive sunt prevenirea primordială, primară, secundară, terțiară și cuaternară. Combinate, aceste strategii nu urmăresc doar prevenirea apariției bolii prin reducerea riscului, ci și complicațiile care urmează unei boli manifestate [25].

- **Promovarea primordială** a sănătății are loc înainte de apariția factorilor de risc, având ca scop evitarea apariției și stabilirii unor modele de viață sociale, economice și culturale care să contribuie la un risc crescut de boală. Trebuie evitată răspândirea unui stil de viață defavorabil sănătății, înainte ca acesta să pătrundă în cultură și societate [26].

- **Promovarea primară** a sănătății se referă la intervenții pentru prevenirea unor noi cazuri de boală sau de rănire. Este preocupată de detectarea bolilor asimptomatice [27] și „oprirea îmbolnăvirilor din primele momente de apariție” [28]. Tones [29] se referă la prevenirea primară ca fiind un comportament sănătos.

- **Promovarea secundară** a sănătății urmărește reducerea la minimum a consecințelor bolii sau rănirii, prevenirea cronicizării sau ireversibilității acestora și restabilirea pacientului la starea de sănătate anterioară. Prevenirea secundară reprezintă comportamentul legat de boală [29] și include utilizarea serviciilor de sănătate adecvate, la nevoie și atunci când este necesar [27].

- **Promovarea terțiară** a sănătății urmărește să maximizeze starea de sănătate în limitele constrângerilor impuse de o boală cronică (de exemplu, diabet, astm, HIV), de prezența unor leziuni sau dizabilități concomitente, să prevină restricțiile sau complicațiile ulterioare și să sprijine reabilitarea.

Atât promovarea sănătății secundară, cât și cea terțiară se preocupă de comportamentul legat de boală. Tones [29] se referă la prevenirea terțiară ca fiind legată de rolul de bolnav.

- **Promovarea cuaternară** a sănătății [30] urmărește promovarea sănătății bio-psiho-sociale în faza terminală a bolii, încercând protejarea de intervenții medicale care sunt susceptibile de a provoca mai mult rău decât bine [25].

În prezent, promovarea sănătății este considerată din ce în ce mai importantă pentru practica asistenței medicale. Ea îmbunătățește modul în care îngrijirea și serviciile medicale sunt privite, mergând dincolo de modelul medical pentru a lua în considerare influențe mai ample asupra sănătății. Promovarea sănătății împărtășește multe dintre caracteristicile buneii practici de asistență medicală [31]:

- este centrată pe pacient, în sensul că se bazează pe o evaluare a nevoilor individuale ale pacientului și pe evaluarea propriilor opinii ale pacientului;
- include timpul petrecut ascultând și vorbind cu pacientul pentru ca acesta să-și identifice nevoile individuale, folosind abilități și metode de comunicare la nivel înalt;

- urmărește să implice pacienții în propriile lor decizii de îngrijire a sănătății.

Se așteaptă din partea noilor asistenți medicali următoarele:

- să fie capabili să identifice nevoile pacienților pentru activități de promovare a sănătății și să includă promovarea sănătății într-un plan de îngrijire;
- să fie capabili să selecteze o gamă adecvată de materiale pentru promovare a sănătății, relevante pentru nevoile de îngrijire ale pacienților;
- să fie capabili să țină cont de capacitățile pacienților, de preferințele exprimate și de contextul social și cultural.

Cu toate acestea, studii referitoare la asistenții medicali și promovarea sănătății raportează că frecvent aceștia consideră că promovarea sănătății face parte din munca lor, dar nu sunt prea siguri cum să o pună în practică [32]. Mulți studenți la asistență medicală generală raportează un decalaj între ceea ce se predă ca promovare a sănătății și ceea ce „se vede” și se observă în practică. Acest decalaj a inclus o lipsă de timp care reduce activitatea de promovare a sănătății la o simplă furnizare de informații și o viziune predominant comportamentală și centrată pe boală, ceea ce înseamnă că practica este concentrată asupra individului bolnav. Pentru mulți asistenți medicali, munca de promovare a sănătății poate fi făcută doar pe termen scurt sau condusă doar la nivel individual. Acest lucru este valabil mai ales pentru asistenții medicali din spitale. Asistenții medicali comunitari pot avea mai multe oportunități de intervenție în familie și în comunitate [31].

## **Abordări ale promovării sănătății**

Perspectiva asupra sănătății este cea care influențează în mod direct abordările folosite în intervențiile de promovare a sănătății și va afecta modul în care strategiile sunt planificate și implementate [31].

### ***Abordări medicale preventive pentru promovarea sănătății***

O abordare medicală preventivă a promovării sănătății are ca obiectiv principal prevenirea unei stări de sănătate proaste și a bolilor, mai degrabă decât să acorde prioritate promovării sănătății pozitive și a stării de bine.

Pentru a realiza acest lucru, o abordare medicală preventivă face următoarele:

- abordează factorii de risc fiziologici;
- folosește intervenții clinice pentru prevenirea bolii;
- tinde să fie condusă de experți, adică să fie inițiată și condusă de profesioniști mai degrabă decât de pacient.

Intervențiile tipice sunt cele care vizează populații întregi sau care sunt concentrate pe grupuri țintă cu risc ridicat, de ex. programe de imunizare și screening. Ca atare, intervențiile tind să se bazeze pe dovezi epidemiologice și să fie determinate de acestea și sunt de obicei orientate către diferite ținte. De exemplu, campaniile anuale de imunizare antigripală se bazează pe date epidemiologice și vizează anumite grupuri, cum ar fi cei cu vârsta peste 65 de ani, iar în rândul acestora sunt vizate în special grupurile care au riscuri clinice. Asemenea campanii au obiective epidemiologice stabilite, de exemplu imunizarea a peste 70% dintre persoanele cu vârsta peste 65 de ani.

Intervențiile medicale preventive sunt cea mai acceptabilă abordare a priorităților de sănătate publică, deoarece impactul lor poate fi evaluat în termeni de niveluri de morbiditate și mortalitate, precum și prin alți indicatori clinici. Natura clinică a acestei abordări a promovării sănătății înseamnă că se încadrează confortabil într-un cadru spitalicesc și, ca rezultat, poate domina modul în care clinicienii planifică și implementează inițiativele de promovare a sănătății.

### ***Abordări comportamentale pentru promovarea sănătății***

Abordările comportamentale ale promovării sănătății se bazează pe recunoașterea impactului pe care stilul de viață și comportamentul oamenilor îl au asupra sănătății lor. Intervențiile de promovare a sănătății bazate pe această perspectivă au următoarele obiective:

- încercă să schimbe comportamentul oamenilor și să încurajeze adoptarea unor stiluri de viață mai sănătoase și, prin urmare, să prevină alterarea sănătății;
- promovează sănătatea și bunăstarea pozitivă;
- pot viza populații întregi prin mesaje de educație pentru sănătate, cum ar fi renunțarea la fumat sau pot viza grupurile de risc.

Accentul abordărilor comportamentale pentru promovarea sănătății poate fi:

- educațional – oferind oamenilor informații exacte despre impactul comportamentului lor asupra sănătății, astfel încât să poată face alegeri informate cu privire la stilul lor de viață, de ex. informații nutriționale despre ceea ce este necesar pentru a avea o dietă sănătoasă.
- pentru a dezvolta abilitățile și strategiile de care oamenii au nevoie în vederea implementării și susținerii unor schimbări în stilul lor de viață, de exemplu: dezvoltarea unor abilități de pregătire a hranei și strategii pentru crearea unor meniuri care să fie atractive pentru toți membrii familiei.

Acest gen de abordare tinde să fie condusă de experți, deși uneori pot apărea abordări conduse de beneficiar când este vorba despre educația pentru sănătate cu pacienții.

Unitățile spitalicești sunt adesea văzute ca fiind adecvate pentru adoptarea unei abordări comportamentale a promovării sănătății, în parte pentru că prestigiul ridicat și credibilitatea personalului sanitar conferă o autoritate mesajelor comportamentale și de stil de viață și deoarece pacienții pot fi vizați într-un moment în care sănătatea lor îi preocupă.

În ce măsură indivizii sunt pregătiți și capabili să facă schimbări în comportamentul lor influențează în mare măsură eficacitatea acestei abordări. Criticii susțin că astfel de intervenții tind să se concentreze pe comportamentul unui individ fără a analiza mai pe larg circumstanțele structurale care influențează acele comportamente. De exemplu, intervențiile care încurajează oamenii să adopte o dietă mai sănătoasă și să mănânce cinci porții de fructe și legume pe zi, ar putea să nu exploreze neapărat barierele structurale în acest sens. Acestea pot să includă: costul alimentelor proaspete; transportul public către supermarketurile din afara orașului, unde mâncarea ar putea fi mai ieftină și mesaje media care promovează mâncarea de tip fast-food și care se adresează tinerilor.

### *Abordări socio-ambientale ale promovării sănătății*

Suștinătorii unei abordări socio-ambientale a promovării sănătății susțin opinia conform căreia intervențiile medicale și comportamentale ar trebui să aibă loc alături de intervenții care abordează factorii sociali și economici structurali mai largi care au impact asupra sănătății indivizilor, comunităților și populațiilor. Această abordare se bazează pe argumentul că determinanții sănătății sunt extrem de complecși și includ influențe individuale, sociale, economice, culturale și de mediu și, ca atare, necesită răspunsuri complexe. Se pune accentul pe a aduce schimbări la nivel politic sau structural pentru a crea un mediu în care să devină atât posibil, cât și realist pentru indivizi să adopte și să susțină alegeri și stiluri de viață sănătoase.

Intervențiile care operează în cadrul acestei abordări și care urmăresc o serie de determinanți mai largi ai sănătății pot fi complexe, să necesite un termen lung și un sprijin la nivel strategic, depinzând în același timp de un angajament intersectorial.

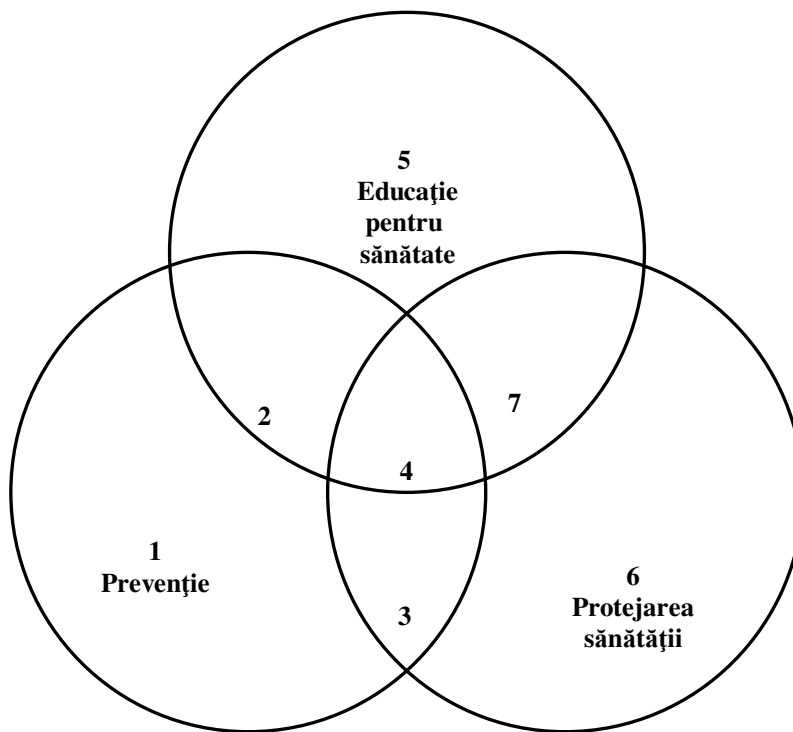
Din acest motiv, mulți asistenți medicali ar putea să vadă că este peste capacitatea lor să adopte această abordare. S-a argumentat că, în trecut, asistenții au avut tendința de a adopta o abordare limitată, tradițională, bazată pe educația pentru sănătate, care se concentrează pe furnizarea de informații [33]. Deși este într-adevăr dificil pentru un asistent să inducă în mod direct schimbări structurale la scară largă prin activitatea spitalicească din secții, există oportunități la fiecare nivel de a influența sau de a face lobby pentru schimbare.

## **Modele de promovare a sănătății**

Perspectivile discutate reprezintă abordări largi ale promovării sănătății, dar este util să analizăm și modele mai detaliate de activități pentru promovarea sănătății. Modelele oferă un cadru teoretic prin care să vedem promovarea sănătății în ansamblu și ne ajută să luăm în considerare, nu numai modul în care se poate acționa asupra diferitelor perspective ale sănătății, ci și modul în care filosofia, valorile și convingerile noastre influențează felul în care dezvoltăm și implementăm strategii pentru promovarea sănătății. Prin astfel de modele se poate oferi un cadru pentru dezvoltarea de noi strategii. Modelele teoretice ar trebui, totuși, să fie privite critic. Ele

sunt menite să susțină gândirea, dar o dependență excesivă de un anumit model poate limita viziunile alternative.

Unul dintre cele mai cunoscute este modelul lui Andrew Tannahill, exemplificat în Figura 1 [34]. Potrivit acestui model, promovarea sănătății este alcătuită din trei domenii care se suprapun: educația pentru sănătate, protejarea sănătății și prevenția.



**Fig. 1.** Modelul Tannahill de promovare a sănătății

Educația pentru sănătate poate fi abordată ca activitatea de promovare a sănătății și a stării de bine pozitive și pentru a preveni sau ameliora o stare de sănătate alterată prin influențarea convingerilor, atitudinilor și comportamentelor.

Educația pentru sănătate se poate defini ca fiind un sistem ce include: conștiința stării de sănătate, procesul de predare/învățare și participare.

Protejarea sănătății include activități de reglementare prin intervenții legislative și bazate pe politici pentru a proteja sănătatea și starea de bine a indivizilor, comunităților și populațiilor.

Prevenția se referă, în linii mari, la activitatea desfășurată prin intermediul serviciilor de sănătate pentru a reduce probabilitatea unei stări de sănătate precare.



**Tabelul 1.** Domenii de promovare a sănătății și exemple de intervenții după modelul Tannahill\*

Domeniu	Caracteristici	Exemple de intervenții
1. Servicii de prevenție	Programe și servicii concepute pentru prevenirea bolilor și a stării de sănătate alterate	Imunizări
2. Educație preventivă pentru sănătate	Educație pentru a influența stilul de viață pentru a preveni problemele de alterare a stării de sănătate, combinată cu încurajarea utilizării serviciilor de prevenire	Sfaturi pentru renunțarea la fumat împreună cu furnizarea de terapie de înlocuire a nicotinei
3. Protejarea sănătății prin metode preventive	Politici și reglementări pentru prevenirea bolilor și a alterării stării de sănătate	Fluorizarea rezervelor de apă pentru a preveni problemele de sănătate dentară
4. Educație pentru protejarea sănătății prin metode preventive	Educarea factorilor de decizie cu privire la necesitatea unor reglementări preventive în timp ce educăm o comunitate să caute sau să accepte schimbări	Lobby pentru politici privind centurile de siguranță
5. Educație pentru sănătate	Influențarea comportamentului pe motive de sănătate pozitivă pentru a încuraja dezvoltarea atributelor sănătoase, inclusiv stima de sine și comunicarea	Pregătire pentru dezvoltarea unor abilități de viață și relaționare
6. Protejarea sănătății	Reglementări și politici care promovează sănătatea și starea de bine pozitivă	Politici privind fumatul la locul de muncă
7. Educație pentru sănătate pentru o protejare pozitivă a sănătății	Educarea factorilor de decizie cu privire la necesitatea unor reglementări pozitive în domeniul sănătății, educând în același timp o comunitate să accepte sau să caute schimbarea	Lobby pentru interzicerea publicității la tutun

\* cifrele din tabel corespund celor din Fig. 1.

Modelul Tannahill [34] este conceput pentru a prezenta diferitele domenii ale promovării sănătății fără a considera unul dintre ele ca având mai multă importanță decât altul. Acest lucru oferă o recunoaștere explicită a faptului că există o suprapunere între diferitele activități care definesc promovarea sănătății.

Diferitele modele din literatura de specialitate arată că promovarea sănătății încorporează o gamă largă de activități care merg dincolo de simpla educație pentru sănătate și mesaje legate de stilul de viață. Potențialul ca asistenții medicali să fie implicați în toate aspectele acestui lucru nu a fost valorificat în trecut și au existat solicitări ca asistenții să își dezvolte rolul lor prin includerea promovării sănătății. Acest lucru poate să însemne implicarea asistenților în dezvoltarea structurală a mediilor care susțin sănătatea, încurajând participarea comunităților și a indivizilor

în abordarea problemelor de sănătate și contribuind la dezvoltarea unor politici publice sănătoase. În timp ce unele dintre aceste activități îi permit asistentului să acționeze în mod independent și oportun și să devină o parte intrinsecă a activității în curs de desfășurare a spitalului, altele necesită însă ca asistentul să facă parte dintr-un proces mai amplu, continuu. Acest din urmă aspect face mult mai dificil pentru asistentul individual să vadă clar modul în care contribuția lui influențează un rezultat final, dar nu este mai puțin importantă.

Contribuția asistentului medical la promovarea sănătății, fie la nivel direct de pacient, fie la un nivel mai strategic, ar trebui să se bazeze pe scopuri și obiective clare, cu ținte identificate și rezultate dorite. Realizarea acestui lucru necesită ca un asistent să reflecteze asupra valorilor și perspectivelor care stau la baza practicii și acestea trebuie să fie clare.

## Mesaje cheie:

Promovarea sănătății se referă la activități care permit unei persoane să trăiască bine, chiar și cu o afecțiune diagnosticată.

Promovarea sănătății înseamnă, de asemenea, un mod de lucru care implică responsabilitate și participare. Nu este vorba de persuasiune sau constrângere pentru a determina oamenii să adopte anumite comportamente de sănătate.

Promovarea sănătății necesită un parteneriat între individ, profesioniștii din domeniul sănătății și asistenței sociale și factorii de decizie. De asemenea, persoana trebuie să dorească să se schimbe.

Promovarea sănătății include multe activități desfășurate la diferite niveluri de intervenție: indivizi, familii și comunități. Uneori se numește și îmbunătățirea sănătății.

## Bibliografie:

1. Minca D.G. (2005). *Sănătate publică și management sanitar - note de curs pentru studenții facultății de medicină*. Editura Universitară „Carol Davila” București.
2. World Health Organization [WHO] (2009). *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences*.
3. World Health Organization [WHO]. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen, Denmark.
4. Dincă I. (2006). *Introducere în educația pentru sănătate și promovarea sănătății*. In: Promovarea sănătății și educație pentru sănătate/ Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar. – București : Public H Press.
5. Kickbusch, I., McCann, W., & Sherbon, T. (2008). Adelaide revisited: From healthy public policy to health in all policies. *Health Promotion International*, 23(1), 1–4.
6. World Health Organization [WHO]. (2010). *Sundsvall statement on supportive environments for health*.

7. World Health Organization [WHO]. (2010). *Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*.
8. Howard, D., Nieuwenhuijsen, E. R., & Saleeby, P. (2008). Health promotion and education: Application of the ICF in the US and Canada using an ecological perspective. *Disability and Rehabilitation*, 30(12–13), 942–954.
9. World Health Organization [WHO] (2009). *Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region*. Individual Empowerment Conference Working Document. Prepared for the 7th global conference for health promotion: ‘Promoting Health and Development, Closing the Implementation Gap’, 26–30 October 2009.
10. World Health Organization [WHO] (2017). *Promoting health in the SDGs*. Report on the 9<sup>th</sup> global Conference for Health Promotion: All for Health, Health for All, 21–24 November 2016.
11. [https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health-2021-2027-vision-healthier-european-union\\_ro](https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health-2021-2027-vision-healthier-european-union_ro).
12. <https://www.who.int/initiatives/behealthy/who-myoga-app>.
13. Oleckno W. (2002). *Essential epidemiology*. Prospect Heights, IL: Waveland Press.
14. Friis R, Sellers. (2004). *Epidemiology for public health practice*. London: Jones & Bartlett.
15. Savitz D.R. (1998). Methods in chronic epidemiology. In: Brownson R.C, Remington P.L, Davis J.R, eds. *Chronic disease epidemiology and control*. Washington, DC: American Public Health Association. 27–54.
16. Pender N. (1996). *Health promotion and disease prevention*. ed 3. Stamford, CT: Appleton & Lange.
17. Finnigan J.R, Vinswanath K. (2008). Communication theory and health behavior change. In: Glanz K.R, Rimer B.K, Vinswanath K, eds. *Health behavior and health education*. ed 4. San Francisco: Jossey-Bass; 363–384.
18. Atkinson L.N, Saperstein L.S, Pleis J. (2009). Using the internet for health-related activities: findings from a national probability sample. *Journal of Medical Internet Research*. 11(1):e4.
19. Hendrick P.A, Ahmed O.H, Bankier S.S. ( 2012). Acute low back pain information online: an evaluation of quality, content, accuracy and readability of related websites. *Manual Therapy* 17:318–324.
20. Kupferberg N, Protus B. (2011). Accuracy and completeness of drug information in Wikipedia: an assessment. *Journal of the Medical Library Association*.;99:310–313.
21. Edwards A, Naik G, Ahmed H. (2013). Personalised risk communication for informed decision making about screening tests (Review) [update]. *The Cochrane Library*. (2):CD001865.
22. McGinnis J.M, Foege W.H. (1993). Actual causes of death in the United States. *JAMA*.; 270:2207–2212.
23. Mokdad A.H, Marks J.S, Stroup D.F, et al. (2004). Actual causes of death in the United States 2000. *JAMA* (291):1238–1245.
24. Loeff M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Preventative Medicine*. 2012;55:163–170.
25. Kisling L.A., Das J.M. (2021) *Prevention Strategies*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

26. Beaglehole R., Bonita R., Kjellström T (1997). *Bazele epidemiologiei*. Editura All, Bucuresti.
27. Tones, B.K. (1981). 'Health education: prevention or subversion?' *Royal Society of Health Journal*, 3: 114–17.
28. Orme, J., Powell, J., Taylor, P. and Grey, M. (2007) *Public Health for the 21st Century: new perspectives on policy, participation and practice* (2nd edn), Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
29. Tones, K. (1997). 'Health education, behaviour change and the public health', in Detels, R., Holland, W.W., McEwen, J. and Omenn, G.S. (eds) *Oxford Textbook of Public Health* (3rd edn), Oxford: Oxford University Press.
30. Scriven, A. (2005). 'Promoting health: perspectives, principles, practice', in Scriven, A. (ed.) *Health Promoting Practice: the contribution of nurses and allied health professionals*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
31. Wills J. (2014). *Fundamentals of health promotion for nurses - 2nd edition*, Wiley-Blackwell, Chichester.
32. Cross, R. (2005) Accident and Emergency nurses' attitudes towards health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, **51** (5), 474–483.
33. Whitehead, D. (2005). The culture, context and progress of health promotion in nursing, in *Health Promoting Practice: The Contribution of Nurses and Allied Health Professionals* (ed. A. Scriven), Palgrave Macmillan, Basingstoke.
34. Downie, R.S., Tannahill, C. and Tannahill, A. (1996). *Health Promotion, Models and Values*. Oxford University Press, Oxford.

# EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE: DEFINIȚIE, SCOP, OBIECTIVE, METODE ȘI MIJLOACE, CANALE DE COMUNICAȚIE

---

*Adrian-Cosmin Ilie, Virgil Ciobanu*

### *Obiective educaționale:*

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili:*

- *să cunoască și să înțeleagă termenul de educație pentru sănătate*
- *să cunoască importanța educației pentru sănătate*
- *să înțeleagă scopul educației pentru sănătate*
- *să cunoască obiectivele majore pe care educația pentru sănătate și le propune*
- *să cunoască metodele prin care se poate realiza educația pentru sănătate*
- *să cunoască mijloacele prin care se realizează educația pentru sănătate.*

Creșterea nivelului de educație, însușirea de către populație a unor cunoștințe medicale, schimbări în ceea ce privește alimentația, comportamentul, stilul de viață în general, precum și aplicarea unor măsuri preventive au dus la înregistrarea unor succese importante în promovarea sănătății [1].

Transformările multiple și complexe ale mediului de viață și de muncă, ca urmare a interdependenței dintre avântul tehnico-științific și dinamica vieții sociale au determinat apariția unor cerințe noi în domeniul sănătății.

Civilizația modernă ne conferă posibilitatea unei intervenții active pentru modificarea unor factori de mediu, pentru asigurarea unor condiții favorabile bunei dezvoltări fizice, mintale și social-morale a populației.

Progresele înregistrate în științele biomedicale și comportamentale au complicat mesajele și metodele educației pentru sănătate. Sarcina nu mai este pur și simplu una de a informa și a avertiza oamenii cu privire la acțiunile pe care le-ar putea întreprinde pentru a se proteja împotriva unor vectori ai bolilor infecțioase. Înlocuirea teoriei germenilor cu explicațiile multicauzale ale bolilor cronice și degenerative a însemnat înlocuirea interdicțiilor cu probabilități și acțiuni individuale de dezvoltare comportamentală pe tot parcursul vieții și schimbarea stilului de viață [2]. Condițiile demografice și de viață, cel puțin în țările occidentale, au mutat accentul educației pentru sănătate de la supraviețuire și securitate la performanță și productivitate, de la pricepere fizică la aptitudinea fizică, de la igiena mentală la eficiența mentală, de la oameni sănătoși la medii și politici sănătoase [1].

Educația pentru sănătate cuprinde oportunități de învățare construite în mod conștient, care implică o formă de comunicare menită să îmbunătățească alfabetizarea în domeniul sănătății, inclusiv îmbunătățirea cunoștințelor și dezvoltarea abilităților de viață care sunt favorabile sănătății individuale și comunitare.

Educația pentru sănătate nu se ocupă doar de comunicarea informațiilor, ci și de stimularea motivației, abilităților și încrederii necesare pentru ca oamenii să ia măsuri pentru îmbunătățirea propriei sănătăți. Educația pentru sănătate include comunicarea de informații referitoare la condițiile sociale, economice și de mediu subiacente care influențează sănătatea, referitoare la factorii individuali de risc și la comportamentele cu risc, precum și utilizarea sistemului de sănătate. Astfel, educația pentru sănătate folosește comunicarea de informații și dezvoltarea de abilități care să demonstreze fezabilitatea politicilor sanitare și a posibilităților organizatorice ale diferitelor forme de acțiune pentru a aborda determinanții sociali, economici și de mediu ai sănătății [3].

În trecut, termenul de educație pentru sănătate a fost folosit pentru a cuprinde o gamă mai largă de acțiuni, inclusiv mobilizarea socială și advocacy (susținere) [4]. Aceste metode fac parte acum din promovarea sănătății.

Educația pentru sănătate este considerată de specialiștii în sănătate, cel mai important instrument al promovării sănătății.

### **Educația pentru sănătate - definiții**

Educația pentru sănătate este definită ca fiind activitatea de comunicare care are ca scop creșterea stării de bine și prevenirea sau diminuarea bolii la indivizi și grupuri populaționale, prin influențarea în mod favorabil a atitudinilor, credințelor, cunoștințelor și comportamentelor, atât ale celor care dețin puterea cât și ale comunității în general [5].

Educația pentru sănătate se poate defini ca fiind un sistem ce include: conștiința stării de sănătate, procesul de predare/învățare și participare.

Deci, populația trebuie să participe în mod activ și conștient la rezolvarea problemelor de sănătate. Educatorii joacă un rol important în antrenarea populației în ceea ce privește ocrotirea și promovarea propriei sănătăți. Există numeroase probleme, atât de ocrotire a sănătății, cât și ecologice, din care amintim: menținerea sănătății, prevenirea bolilor acute, măsurile sanitare-antiepидemice, ocrotirea mamei și copilului, prevenirea și combaterea bolilor cronice, care nu pot fi rezolvate fără participarea populației [6].

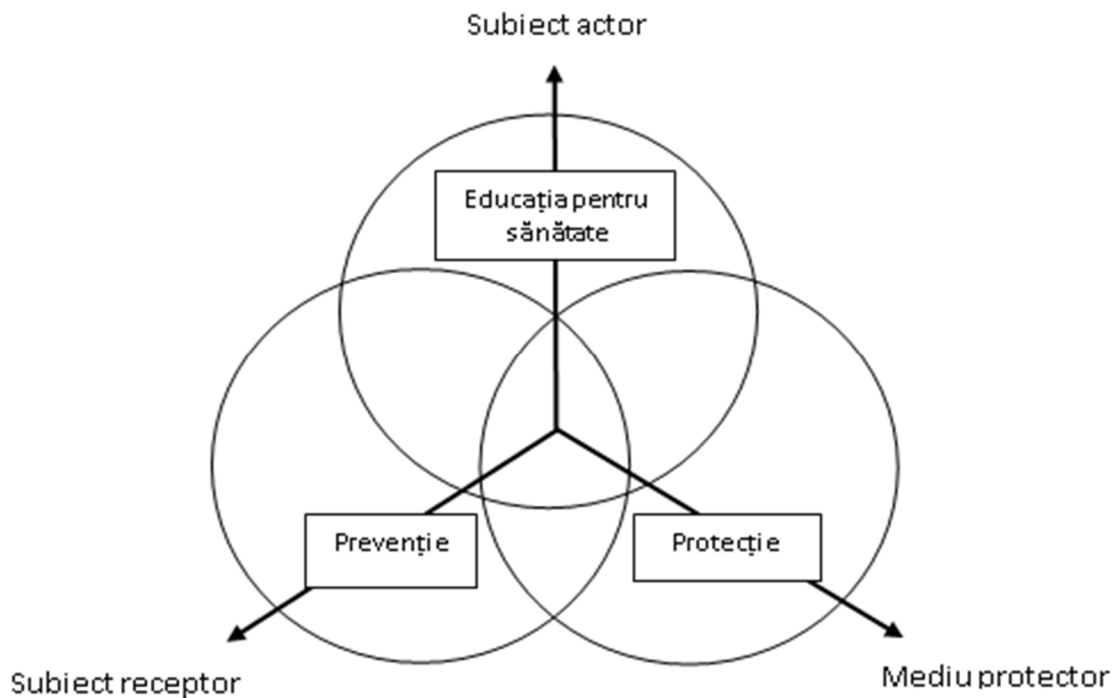
OMS definește educația pentru sănătate drept arma cea mai eficace a sănătății populaționale, ceea ce impune *“să fie asigurată educația pentru sănătate a populației și să fie determinate sectoarele în care aceasta să participe la aplicarea tuturor programelor de sănătate publică,*

pentru a marca astfel, răspunderea personală și colectivă a tuturor membrilor societății în ocrotirea sănătății umane” [7].

Astfel, educația pentru sănătate este definită ca fiind un proces de ordin intelectual, psihologic și social care cuprinde activități proprii în vederea dezvoltării unei conștiințe a stării de sănătate și a simțului responsabilității în ceea ce privește sănătatea, cât și aptitudinea individului de a lua decizii, în cunoștință de cauză, care vizează bunăstarea lui personală, familială și socială [5].

Claude Michaud, specialist francez în sănătate publică, definește conceptul de educație pentru sănătate ca fiind: „procesul îndelungat de descoperire și învățare de noi cunoștințe, deprinderi de viață (atitudini, reprezentări, credințe) și noi competențe (aptitudini, abilități), care permite oferirea mijloacelor necesare unui individ sau a unui grup pentru exercitarea unei alegeri privind comportamentele de sănătate” [8].

În anul 2008, Jeanine Pommier și Didier Jourdan, experți francezi în promovarea sănătății, readaptează modelul lui Downie și Tannahill [9], precizând că în sfera **Prevenției** și în cea a **Protecției sănătății**, subiectul este **receptor**, iar în sfera **Educației pentru sănătate**, subiectul devine **actor** (Fig.1) [10].



**Fig. 1.** Promovarea Sănătății după Jeanine Pommier și Didier Jourdan

## Educația pentru sănătate versus promovarea sănătății

OMS, sublinia în 1986 că sănătatea este mult prea importantă pentru a fi lăsată numai practicienilor din domeniul sanitar. Educația și elaborarea de politici trebuie să fie centrate pe dezvoltarea sănătății la nivel individual, comunitar și național [11-12].

Conceptul care stă la baza educației pentru sănătate are drept scopuri [13]:

- informarea-educarea populației în domeniul medical, pentru a cunoaște manifestările bolilor și prevenirea lor;
- dobândirea unor atitudini și deprinderi care să fie favorabile sănătății;
- implicarea activă a populației în domeniul păstrării sănătății, oamenii putând să ia decizii privind propria stare de sănătate.

*Educația pentru sănătate non formală* vizează acele componente din comportamentul indivizilor care se formează prin experiență sau imitație. Este vorba de așa-numita socializare primară a individului [1].

*Educația pentru sănătate formală* este rezultatul unui proces planificat de transmitere de experiențe, cunoștințe, ce vizează toată populația. În acest caz vorbim de socializare secundară a individului, cu efort de predare-învățare [1].

Educația pentru sănătate folosește mai multe tipuri de abordări:

- medicală (bazată pe tipul de relație medic-pacient);
- educațională (bazată pe informarea oamenilor, care vor lua singuri decizii privind sănătatea);
- personalizată (individualizată), având drept caracteristică lucrul cu pacienții, pentru a-i sprijini să identifice singuri problemele și să ia singuri deciziile necesare;
- prin schimbări sociale, în care se urmărește realizarea unor schimbări de mediu pentru a facilita luarea deciziilor cele mai favorabile sănătății (ex: ajutoare sociale pentru mamele singure, astfel încât acestea să nu fie nevoite să se întoarcă prea devreme la lucru).

Printr-o abordare globală a chestiunilor legate de sănătate, educația pentru sănătate se poate realiza prin:

- **abordarea unor teme diverse:** nutriția, consumul de tutun, contracepția, accidentele, vaccinurile, accesul la servicii medicale, infecțiile cu HIV, cancerul, alergiile etc.
- **abordarea unor categorii populaționale:** tineri, femei însărcinate, vârstnici, persoane în situații precare etc.
- **folosirea unor diverse locații:** familie, școală, cartiere, întreprinderi, spitale, închisori etc [5].



Programele de educație pentru sănătate cuprind trei tipuri de acțiuni distincte [6], care se corelează într-o manieră coerentă și complementară, și anume:

- **campaniile de comunicare de interes general**, al căror obiectiv constă în sensibilizarea populațiilor asupra cauzelor majore care influențează sănătatea și de a modifica progresiv reprezentările și normele sociale.
- **accesul la informațiile validate științific despre promovarea sănătății**, despre modalitățile de prevenție, despre maladii și serviciile de sănătate, folosind suporturi variate și diversificate, însă adaptate fiecărui sub-grup al populației generale.
- **acțiunile educative de proximitate**, care grație unei susțineri individuale sau colective, permit persoanelor și grupurilor de a-și însuși noi cunoștințe și de a dobândi noi aptitudini pentru a acționa într-un mod favorabil propriei sănătăți cât și a celei colective.

Trăind într-o lume care este în permanentă mișcare, în care totul trebuie să se adapteze unor noi ordini, domeniul educației pentru sănătate trebuie adaptat noilor cerințe și acesta continuă să evolueze. Pornind de la practica centrată la nivel individual, educația pentru sănătate evoluează treptat, după modelul promovării sănătății, orientându-se spre intervențiile care vizează întregul mediu de viață al indivizilor [14].

### **Educația pentru sănătate versus educația sanitară**

Termenul folosit însă de multe ori în România este cel de educație sanitară, noțiune consacrată însă pentru transmiterea unor informații legate în special de deprinderile igienice. Treptat s-a trecut la un concept mai cuprinzător, cel de **educație pentru sănătate** [6].

Este necesară în același timp și de o revigorare a elementelor principale de igienă personală în cadrul conceptului de educație pentru sănătate. În țara noastră, în ultimii ani principiile de bază ale igienei personale, precum și cele ale igienei colectivităților, au fost tot mai mult ignorate.

Practica contemporană a educației pentru sănătate abordează trei tipuri de factori care pot influența comportamentele de sănătate și care pot fi modificați prin intervenția educațională [2].

Cele trei seturi de factori, clasificați în funcție de tipurile de intervenții sau metodele necesare pentru modificarea acestora, sunt:

- factori predispozanți;
- factori favorizanți;
- factori de întărire.

### ***Factorii predispozanți***

Aceștia includ ținutele tradiționale ale educației, inclusiv cunoștințele, atitudinile și credințele, care se schimbă adesea ca răspuns la metodele didactice unidirecționale și de comunicare în masă. Noile variabile din această categorie includ valori și percepții, care necesită o comunicare mai interactivă pentru a clarifica și ajusta inconsecvențele în valorile și percepțiile greșite ale realității. Caracteristica definitorie a factorilor predispozanți este forța lor motivațională înainte de decizia de a întreprinde o anumită acțiune de sănătate [15].

### ***Factorii favorizanți***

Aceștia necesită educație comunitară pentru sănătate, educație familială sau educație a personalului și dezvoltare organizațională în cadrul asistenței medicale primare, la locul de muncă sau la școală pentru a se asigura că resursele necesare pacienților, angajaților sau elevilor pentru a efectua acțiunile prescrise sunt accesibile. Accesibilitatea resurselor sau facilităților din comunitate sau instituție trebuie să-i privească pe cei care recomandă practici de sănătate blocate de diverse circumstanțe. Atunci când forțele necesare pentru a schimba aceste circumstanțe sau pentru a mobiliza resursele necesare depășesc educația pentru sănătate, intră în joc strategii mai largi precum promovarea sănătății, serviciile de sănătate sau protecția sănătății [16].

### ***Factorii de întărire***

Aceștia au devenit mai răspândiți în educația pentru sănătate, unde cauzele presupuse ale comportamentului sunt în mare parte sociale, cum ar fi influența celor din jur. Acești factori pot include recompense simbolice: (de exemplu, eliberarea unui certificat de îndeplinire a unui obiectiv) sau recompense tangibile: (de exemplu, bani), pentru încercări încheiate cu succes, dar factorii de întărire cei mai semnificativi sunt cei asociați cu învățarea socială. Una dintre cele mai fructuoase abordări teoretice și de cercetare în eforturile recente de educație pentru sănătate îndreptate către problemele fumatului, abuzului de droguri și sexualității adolescenților a fost cea a conceptelor de inoculare împotriva presiunii exercitate de colegi: copiii sunt susținuți pentru a-și demonstra abilitățile de a declina sau de a rezista ofertei unei țigări sau a presiunii pentru a se angaja în activități sexuale [17].

Cele mai eficiente programe de educație pentru sănătate combină experiențe de învățare îndreptate către toate cele trei seturi de factori care influențează comportamentul, pe baza unui diagnostic educațional al variabilelor predominante din fiecare categorie.

Dintre cele trei seturi de factori – predispozanți, favorizanți și de întărire – cei care întăresc (recompensează) comportamentul de sănătate sunt probabil cei mai influenți în ceea ce privește dezvoltarea unui comportament complex care trebuie menținut. Factorii de întărire determină dacă un comportament care este motivat și activat va apărea sau persista odată ce a fost

contemplat sau încercat. În funcție de modelele sociale care demonstrează comportamentul și de calitatea feedback-ului primit ca răspuns la comportament, modelul de comportament va fi mai mult sau mai puțin probabil să se dezvolte și să persiste [2].

Teoria învățării sociale a elaborat factorii de întărire importanți pentru educația pentru sănătate, arătând cum aceștia pot apărea înainte ca un anumit comportament să fie pus în aplicare. Acestea includ așteptările privind eficacitatea (pot să o fac?) și așteptările privind rezultatul (ce beneficii îmi va aduce?).

Cele mai importante surse de întărire sunt în afara controlului personalului medico-sanitar. Aceste surse includ familia, mass-media și influențele prietenilor, în această ordine când este vorba de copii. Influența prietenilor, totuși, crește odată cu vârsta și în cele din urmă depășește familia în cadrul influenței sociale exercitate asupra adolescenților și adulților tineri. Odată cu înaintarea în vârstă, factorii organizaționali, economici și de mediu joacă un rol din ce în ce mai important în favorizarea și consolidarea comportamentului de sănătate.

Chiar și acolo unde influența familiei, mass-media și presiunea prietenilor se află dincolo de controlul direct al instituției de îngrijire primară (medicina familiei) și al școlii, aceste centre instituționale pot încă pregăti copiii și adulții să recunoască și să poată rezista presiunilor mass-media și ale colegilor de a adopta practici nesănătoase. Această abordare a dat rezultate impresionante în întârzierea debutului fumatului, consumului de alcool și de droguri la copii și adolescenți.

Pe scurt, dovezile susțin cu tărie folosirea unor metode în educația pentru sănătate care îi ajută pe oameni să reziste presiunilor sociale pentru comportamente nesănătoase, în special cele ale familiei și mass-media. Nivelul adecvat de implicare a părinților este încă în dezbatere. Pare a fi cel mai eficient să implici părinții atâta timp cât copiii sunt mici, dar unii cercetători subliniază necesitatea ca acești copii să învețe să ia decizii independente, fără participarea adulților, cu privire la problemele de sănătate la vârste cât mai mici [3].

Științele comportamentale au influențat înțelegerea forțelor care afectează comportamentul, astfel încât educatorii pentru sănătate de astăzi sunt așteptați să-și conceapă programele printr-o abordare tradițională care să țină cont de cunoștințe, atitudini și abilități, dar și prin metode și materiale care să țină cont de circumstanțele care permit apariția comportamentului și care oferă recompense care vor duce la întărirea comportamentului dorit. Scăderea în greutate, de exemplu, nu va fi eficientă în urma unor planuri de lecții simpliste, care să trimită pacienții spre consumul unor anumite grupuri de alimente și nici fumatul nu va fi prevenit pur și simplu prin creșterea procentului de elevi care vor ști că poate provoca cancer [2].

## Scopul educației pentru sănătate

Educația pentru sănătate are drept scop:

- informarea-educarea populației în domeniul medical, pentru a cunoaște manifestările bolilor și prevenirea lor;
- dobândirea unor atitudini și deprinderi care să fie favorabile sănătății;
- implicarea activă a populației în domeniul păstrării sănătății, oamenii putând să ia decizii privind propria stare de sănătate [6].

## Obiectivele educației pentru sănătate

Unul din cele mai importante obiective ale educației pentru sănătate este de a implica indivizii și grupurile din comunitate în acțiuni referitoare la propria lor sănătate. Educația pentru sănătate își propune ca sănătatea să nu mai fie privită ca o responsabilitate exclusivă a sectorului sanitar, ci 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 [5].

Principale obiectivele ale educației pentru sănătate sunt:

- să determine acceptarea faptului că sănătatea este utilă pentru societate;
- să informeze populația despre tot ce i-ar fi necesar și util să cunoască, pentru ocrotirea propriei sale sănătăți;
- să contribuie la crearea unui comportament, a unei atitudini ferme în acest sens;
- să contribuie la formarea unei conștiințe privind educația pentru sănătate, în sensul că fiecare individ să fie convins că nu există dezvoltare social-economică fără sănătate;
- să încurajeze crearea și utilizarea rațională a serviciilor medicale [6].

Pentru realizarea obiectivelor sale, educația pentru sănătate folosește mai multe tipuri de abordări:

- medicală** (bazată pe tipul de relație medic-pacient);
- educațională** (bazată pe informarea oamenilor, care vor lua singuri decizii privind sănătatea);
- personalizată** (individualizată), având drept caracteristică lucrul cu oamenii, pentru a-i sprijini să identifice singuri problemele și să ia singuri deciziile necesare;
- care presupune schimbări sociale**, în care se urmărește realizarea unor schimbări în mediu pentru a facilita luarea deciziilor cele mai favorabile sănătății, ex: ajutoare sociale pentru mamele singure, astfel încât acestea să nu fie nevoite să se întoarcă prea devreme la lucru [1].

## Metodele educației pentru sănătate

Metodele prin care se realizează educația pentru sănătate sunt:

- **metode de cercetare**
- **metode de acțiune**
- **metode de formare a educatorilor**

### *Metodele de cercetare*

Abordarea științifică a educației pentru sănătate nu poate fi concepută fără cercetare. Scopul cercetării este de a afla care este nivelul de cultură sanitară al populației țintă, atât înainte de demararea campaniei, cât și la sfârșitul campaniei de educație pentru sănătate, fiind totodată și o modalitate de control a eficienței acțiunii [18].

Metodele de cercetare pot fi:

- a) **Cantitative** - Analiza datelor statistice existente;
  - Anchete realizate pe baza chestionarelor;
- b) **Calitative** - Metode rapide (R.A.P.);
  - Observația (directă sau participativă);
  - Interviu (semistructurat, anamneza, în grup);
  - Conversația (individuală, “Focus grup”);

Anchetele sunt utile pentru evidențierea și selecționarea atât a canalelor de comunicație, cât și a activităților rețelelor instituționale preferate de grupurile țintă și pentru a avea o audiență cât mai mare.

De asemenea, de mare importanță este folosirea anchetelor în pretestarea materialelor educative, într-un anumit grup de indivizi, selectați din grupul țintă, înaintea difuzării lor pe scară largă. Este un mijloc ieftin de identificare a eventualelor greșeli și de a optimiza procesul de comunicare. Trebuie să fim atenți, deoarece rezultatele pretestării nu pot prezice cu exactitate și nu pot garanta succesul materialelor educative.

Serviciul de Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate din cadrul unei Direcții de Sănătate Publică poate întocmi monografia privind nivelul de cultură sanitară al populației județului respectiv.

Pe baza rezultatelor anchetelor pe care le efectuează și/sau coordonează, Serviciul de Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate elaborează programe și demarează campanii de educație pentru sănătate definind obiectivele principale și încercând să găsească forma optimă de abordare a acestora [18].

### ***Metodele de acțiune***

**Sensibilizarea** - se adresează unor mase mari de populație, pe un interval de timp scurt și are ca scop principal sporirea receptivității populației asupra unor probleme de sănătate. Substratul acestor acțiuni este informarea și implică furnizarea de date despre un subiect, fără a se asuma responsabilitatea modului în care oamenii se hotărăsc să folosească sau nu această informație [18].

Acțiunile de sensibilizare se pot realiza prin multiple modalități: postere, filme scurte, conferințe, sloganuri, etc. Acestea au un caracter mobilizator și reușesc să creeze în rândul populației un climat favorabil desfășurării activităților ulterioare.

Tematica acțiunilor de sensibilizare poate să cuprindă o gamă variată de probleme de sănătate publică precum: afecțiuni sezoniere (viroze), epidemii, recrudescența unor boli (tuberculoza, sifilisul) sau apariția unor afecțiuni (SIDA) mai puțin cunoscute până acum la noi, etc [18].

**Penetrarea informației** - continuă sensibilizarea pe un interval de timp mai lung și se adresează unei populații țintă. În acest caz, pe lângă informare, se are în vedere educarea și chiar consilierea, pentru a determina populația sau individul (după caz) să se comporte într-un anumit fel; deci să-și modifice stilul de viață, luând deciziile corespunzătoare față de problemele sale prioritare.

De exemplu, într-o comună cu un număr mare de avorturi, în acțiunea de sensibilizare, educatorul sanitar se va adresa întregii populații, pe când în cea de penetrare a informației se va adresa grupului țintă, adică femeilor aflate în perioada fertilă, cărora le va prezenta în amănunt mijloacele de contracepție.

Acțiunile de educație pentru sănătate încep cu sensibilizarea și continuă cu penetrarea informației [18].

### ***Metodele de formare a educatorilor***

Cursurile de formare de educatori se adresează atât cadrelor medico-sanitare, cât și altor persoane care vor să desfășoare voluntar o activitate de educație pentru sănătate: cadre didactice, sociologi, psihologi sau alte persoane care au un anumit nivel de cunoștințe de cultură generală sau în domeniul sanitar și care posedă aptitudini de predare.

Aceste cursuri reprezintă o formă organizată a participării active a populației la rezolvarea propriilor ei probleme de sănătate. Scopul este de a forma educatori de sănătate, care, după absolvirea acestor cursuri, să desfășoare o activitate eficientă de promovare a sănătății prin educație pentru sănătate.

Instruirea acestora se face de către educatori sanitari, fiind de obicei centrată numai pe o singură problematică (SIDA, educație sexuală, planificare familială etc.). Ei pot fi formați și în cadrul unor asociații, ligii sau alte organizații cu caracter nonguvernamental și non profitabil, la care pot adera și sub auspiciile cărora să-și desfășoare activitatea ulterior [18].

## **Mijloacele folosite de educația pentru sănătate**

Mijloacele educației pentru sănătate se referă la modalitățile de transmitere a mesajului de la comunicator la receptor. Acestea sunt numeroase și variate, putând fi folosite singure sau cel mai bine combinate [18].

### ***Mijloacele verbale***

Sunt cele mai accesibile și mai răspândite mijloace de educație pentru sănătate.

Ele includ:

- Conferința**
- Lecția**
- Convorbirea**

Indiferent care din aceste mijloace este folosit, există câteva aspecte comune de care trebuie să se țină seama:

- tema prezentată să fie una de interes pentru auditoriu;
- modul de prezentare al problemelor să fie de așa manieră încât să capteze atenția;
- limbajul utilizat va ține seama de capacitatea de înțelegere a auditoriului;
- comunicatorul să aibă o ținută decentă, să-i privească în față pe cei cărora le vorbește, să zâmbească, să reziste la distragerea atenției, să fie maleabil și să fie un bun ascultător;
- expunerea propriu-zisă, acolo unde este cazul, să nu depășească 30 de minute.

**Conferința** este considerată foarte utilă de unii și depășită, ca formă de educație de către alții. Se pot realiza mai multe tipuri de conferințe:

- conferințe educativ-sanitare, propriu-zise, organizate în săli publice și centrate pe teme medicale;
- cicluri de conferințe ce constau în expuneri “în serial” cu abordarea aceleași probleme în etape succesive;
- simpozionul educativ-sanitar, în cadrul căruia expunerea este făcută de mai mulți medici, fiecare din ei având la dispoziție 10-15 minute.
- Seara cultural – sanitară, axată pe o temă de sănătate publică și la care pot conferența și alți specialiști, nu numai medici. Finalizarea acțiunii se poate face printr-un program artistic sau alte manifestări culturale [18].

**Lecția** - constă în transmiterea după un plan bine stabilit a unor cunoștințe igienico-sanitare. Este folosită preferențial în unități de învățământ, dar poate fi folosită și pentru alte grupuri. Aceasta are în general următoarea structură:

a. Recapitularea cunoștințelor din lecția precedentă (5-10 minute).

b. Expunerea noilor cunoștințe, uzând de diversitatea mijloacelor de predare și materialelor didactico-demonstrative (mulaje, planșe, schițe, diapozitive, etc.) și care se recomandă să se încadreze în aproximativ 30-40 minute. Expunerea trebuie să fie de asemenea manieră încât să fie accesibilă cursanților.

c. Recapitularea și fixarea cunoștințelor prin întrebări sau prin reluarea și clarificarea unor aspecte nelămurite în totalitate (5-10 minute) [18].

**Convorbirea** - urmărește lămurirea unor probleme neclare sau prea puțin cunoscute. Ea constă dintr-o scurtă expunere a educatorului, urmată de întrebări și discuții asupra temei propuse. Acest tip de comunicare se poate face:

**a. De la individ la individ**, putându-se realiza la inițiativa educatorului sau a persoanei care dorește informația sau sfatul educatorului.

Locul de desfășurare poate fi: dispensarul medical, cabinetul particular, cabinete cu activitate specifică de consiliere sau la domiciliu, în cadrul vizitelor efectuate periodic sau la solicitarea pacientului [18].

#### **b. Convorbiri în cadrul grupului.**

Discuția în grup este o modalitate de lucru în care educatorul (liderul, consilierul) dialoghează cu participanții sau participanții dialoghează între ei. Liderul discuției îndeplinește un rol direct în continuitatea și orientarea discuției.

Grupurile cărora li se adresează această formă de educație pot fi din cele mai variate: cu aceeași afecțiune, cu aceleași preocupări la locul de muncă sau în timpul liber (asociații, ligii etc.), grupuri de tineri sau de vârstnici, de femei sau de bărbați etc [18].

Pentru crearea unui climat de încredere și a unei apropieri între comunicator și grup, iată câteva “repere”, care pot să ajute în realizarea acestor deziderate:

- grupul e de preferat să fie sub 15 persoane și să fie cât mai omogen (pentru a fi mai ușor de controlat);

- reuniunile se vor ține acolo unde oamenii se simt bine, în siguranță și intimitate, fără riscul de a fi întrerupți;

- așezarea se va face astfel încât fiecare membru al grupului să se simtă egal, să aibă contact vizual cu ceilalți și să poată vorbi fără greutate (exemplu: în cerc);

- se vor pune întrebări deschise, care să stimuleze discuția;

- nu se va forța participarea la discuție, dacă membrii grupului nu doresc acest lucru, (existând riscul de a-i inhiba și mai mult pe cei timizi sau introverți);

- participanții vor fi încurajați să pună întrebări; nici o întrebare nu este “deplasată” și toate merită un răspuns;

- se va respecta dreptul fiecăruia de a avea o opinie, chiar dacă acestea sunt diferite;

- se va păstra confidențialitatea discuțiilor, dacă e cazul.



Un aspect particular îl constituie convorbirile realizate în focare de boli transmisibile în situații în care pacienții nu trebuie să fie internați obligatoriu în spital sau în focare parazitare, unde este important ca familia să fie bine informată asupra situației respective și să conștientizeze rolul care îi revine [18].

### *Mijloacele scrise sau tipărite*

Mijloacele scrise sau tipărite reprezintă unele din cele mai des utilizate forme de ridicare a nivelului de cultură sanitară a populației. Prezentarea poate fi sub formă de foaie volantă, fluturaș, pliant ilustrat, care au un caracter mai mult informativ, până la broșura sau cartea cu caracter educativ.

**Articolul**, reportajul, interviul cu conținut educativ-sanitar și publicat în presă, constituie un mijloc de informare a populației asupra unor probleme de sănătate publică. În afară de apariții sporadice, se pot realiza rubrici permanente, în care se pot dezbate diverse probleme în serial sau/și se poate răspunde la întrebările cititorilor, ținând cont că sunt și persoane mai timide, care doresc să-și păstreze anonimatul, dar care totodată doresc să-și clarifice anumite probleme [18].

**Memoratorul medical** se adresează convalescentului, care părăsește staționarul sau bolnavului cronic, dispensarizat și care urmează un tratament ambulator. Acesta cuprinde o serie de informații utile privind regimul igienico-dietetic, ritmul controalelor pe care trebuie să le respecte bolnavul, etc. Principalul avantaj al memoratorului constă în faptul că sfatul medical este individualizat și adaptat la particularitățile bolnavului [18].

### *Mijloacele vizuale*

Mijloacele vizuale, dacă sunt bine realizate, pot transmite mesajul mult mai ușor și mai eficient decât alte mijloace, mai ales spre acea categorie de populație cu un grad mai redus (scăzut) de școlarizare.

În realizarea acestora trebuie să se țină seama de câteva elemente:

- să nu fie prea încărcate;
- să fie clare;
- informația să fie corectă;
- textul, dacă există, să fie scurt, concis, ținut [18].

Putem face o clasificare a mijloacelor vizuale după forma lor astfel:

- a. **Forme plane:** afișul, graficul, panoul, planșa, fotografia.
- b. **Tridimensionale:** modelul, macheta, mulajul, preparatul natural, articole cu inscripții (tricouri, fulare, sacoșe, cutii de chibrituri etc.).
- c. **Forme combinate:** colțul sanitar, expoziția.

Dintre acestea, accentuăm faptul că unele mijloace moderne de prezentare sunt de o deosebită utilitate în cadrul lecțiilor și conferințelor, făcându-le mult mai atractive.

De asemenea, colțul sanitar și expoziția educativ-sanitară, forme combinate și complexe de educație a populației, trebuie amplasate strategic în școli, cluburi, săli de așteptare ale cabinetelor sau alte locuri frecventate de un număr mare de persoane. Acestea pot avea un caracter temporar sau permanent, cu schimbarea și reactualizarea unor părți, pentru a capta în permanență atenția [18].

### ***Mijloacele audio-vizuale***

În cadrul mijloacelor audio-vizuale sunt cuprinse: filmul, televiziunea, radioul, reprezentările scenice și rețelele de socializare. Ele constituie mijloace, pe cât de utile, pe atât de interesante în munca de difuzare a informațiilor și mesajelor cu caracter educativ-sanitar către toate categoriile de populație. Reprezintă totodată mijloace cu mare audiență și receptivitate crescută la cea mai mare parte a populației [6].

**a. Reprezentările scenice**, sub forma monologului, scenetei, scheciului satiric, pot fi folosite cu succes în ridicarea nivelului de cultură sanitară al populației.

Pentru preșcolari și școlari, cu succes, se poate folosi teatrul de păpuși și de marionete. Aceste mijloace sunt mai dificil de folosit, datorită faptului că implică colaborarea cu instituțiile respective și este condiționată de receptivitatea acestora [18].

**b. Filmul educativ-sanitar** este o componentă importantă în munca de educație din mai multe motive:

- acționează concomitent și pe receptorii vizuali și pe cei auditivi;
- este foarte agreat de public pentru că folosește mijloace artistice și tehnice de exprimare;
- se poate difuza înaintea unor filme artistice, adresându-se unui număr mare de spectatori;
- filmele înregistrate pe videocasete sunt mai ușor de realizat și de mânuit, ele fiind extrem de utile în cadrul expunerilor;
- prin film, mesajul este mult mai ușor de transmis.

**Televiziunea** poate fi un factor decisiv în transmiterea unor mesaje, ținând cont că este recepționată de milioane de telespectatori. Modalitățile de folosire ale televiziunii sunt multiple:

- difuzarea repetată a unor spoturi educative la orele de maximă audiență;
- realizarea de emisiuni cu invitați (personalități), care să prezinte anumite probleme sau/și să răspundă la întrebările telespectatorilor;
- emisiuni pentru copii cu: scenete, teatru de păpuși sau marionete, desene animate;
- prezentarea de filme documentare cu caracter instructiv-educativ.

**Radioul**, de asemenea, prin realizarea unor emisiuni cu caracter educativ-sanitar, difuzate la ore de maximă audiență, poate fi un factor esențial în ridicarea nivelului de cultură sanitară al

populației. Aceste emisiuni pot fi sub forma unor expuneri scurte, sfaturi medicale, răspunsuri la întrebări pe teme medicale sau concursuri. Ele se pot adresa populației sănătoase sau diferențiat diferitelor categorii de bolnavi.

**Internetul și rețelele de socializare** au ajuns să ocupe un loc important odată cu dezvoltarea rețelelor de telecomunicații și a apariției telefoniei mobile ultra performante [19]. Rețelele de socializare de tip Facebook, Instagram, Tik-Tok etc. au avantajul posibilității difuzării rapide și în masă a mesajelor educaționale sanitare. Din păcate, principalul minus al acestui mijloc de transmitere a mesajelor de educație pentru sănătate, este faptul că de multe ori informațiile se transmit trunchiat sau parțial, pierzându-se astfel mesajul principal. Totodată, pe aceste rețele de socializare, de multe ori se proliferază diferite opinii personale care nu reprezintă un mesaj corect pentru sănătate, persoanele în cauză nefiind întotdeauna specialiști în domeniul sănătății. De cele mai multe ori în spatele mesajului transmis există un interes comercial, de promovare a unor produse cu efecte miraculoase.

- **Facebook**

Facebook este rețea de socializare care permite utilizatorilor să posteze informații, să partajeze informații, să eticheteze și să evalueze resurse și să formeze grupuri în funcție de interese. Datele din iunie 2022 arată că Facebook are peste 2 miliarde utilizatori lunari, dintre care peste 1 miliard accesează site-ul foarte regulat. Utilizarea scade odată cu vârsta, ceea ce sugerează că Facebook are mai multe șanse să aibă un public mai tânăr [20].

- **Twitter**

Twitter este un serviciu de mesagerie socială care permite utilizatorilor să trimită și să citească mesaje scurte (de maximum 280 de caractere) numite „tweets”. Utilizatorii își pot posta propriile „tweet-uri”, dar pot și să urmărească informații despre sănătate, elaborând povești despre sănătate, conferințe despre sănătate etc. Ei pot căuta, de asemenea, informații despre sănătate pe Twitter, rezultând noi informații, contacte și rețele. În România, în iunie 2022, Twitter avea 668 000 de utilizatori. Consiliul pentru promovarea sănătății din Singapore folosește Twitter pentru a ajunge la publicul țintă cu informații despre sănătate. Organizația Mondială a Sănătății utilizează Twitter pentru a disemina informații către o rețea largă de audiență la nivel global [20].

- **Instagram**

Instagram este un serviciu online de photo-sharing, video-sharing și rețea socială care oferă utilizatorilor posibilitatea să încarce poze și video-uri, să le aplice filtre digitale, și să le distribuie pe o varietate de rețele sociale. Organizația Mondială a Sănătății se numără printre utilizatori, având peste 12 milioane de urmăritori în iunie 2022. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) din Statele Unite au peste 2,6 milioane de urmăritori.

- **Podcasturi**

Podcast-urile sunt resurse de informații înregistrate vocal care pot fi descărcate de pe web. Mai multe agenții și instituții de sănătate, cum ar fi Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Mayo Clinic, Harvard's School of Medicine, Organizația Mondială a Sănătății, Public Broadcasting Service și HealthBeat utilizează podcasturi pentru a ajunge la publicul țintă. Multe dintre aceste podcasturi cu informații despre sănătate sunt disponibile gratuit de pe iTunes sau pot fi descărcate direct de pe site-urile web respective [21].

- **YouTube**

YouTube este un site web de rețea și partajare video, unde utilizatorii pot încărca, vizualiza și partaja videoclipuri. Materialele video postate pe YouTube includ clipuri de film, clipuri TV, videoclipuri muzicale, precum și bloguri video (vlogging) și videoclipuri scurte originale.

Începând cu octombrie 2020, YouTube este al doilea cel mai popular site din lume conform clasamentului de trafic Alexa. Potrivit aceluiași raport, aproximativ 20% dintre vizitatorii YouTube provin din Statele Unite [22].

Consiliul pentru Promovarea Sănătății din Singapore utilizează YouTube pentru a posta conținutul video al campaniilor de educație pentru sănătate. De exemplu, campania The Bepositivoproject folosește YouTube care postează materialele video ale campaniei, iar membrii care le urmăresc postează comentarii.

În mod similar, campania „Let's Stop HIV Together” realizată de Centers for Disease Control and Prevention din Statele Unite ale Americii, care promovează mesaje de prevenire a HIV, a difuzat mai multe videoclipuri pe canalul YouTube [22]. Videoclipurile s-au bucurat de o mare audiență, generând peste 100.000 de vizionări. Pagina YouTube CDC Streaming Health are peste 590.000 de abonați și peste 432 de milioane de vizualizări, postând informații despre sănătate și oferă resurse bazate pe prevenție (date de vizualizare din iunie 2022).

## **Alte mijloace sau forme de educație pentru sănătate**

Prezentarea de până acum a mijloacelor și formelor de educație pentru sănătate are un caracter didactic, pentru că în realitate munca aceasta, care are drept scop creșterea nivelului de cultură sanitară, îmbină două, trei sau mai multe mijloace [18].

Vom prezenta în continuare și alte forme de educație pentru sănătate adresate populației.

### ***Instructajul sanitar la angajare***

Se efectuează persoanelor noi încadrate, cu scopul de a le avertiza asupra unor eventuale riscuri prezente la respectivul loc de muncă și de a le instrui în ceea ce privește normele de igienă și de tehnica securității muncii, pentru a preveni și combate accidentele sau îmbolnăvirile profesionale.

Instructajul sanitar la angajare are în principal ca tematică: caracteristicile locului de muncă, existența noxelor profesionale, pericolul accidentelor, importanța măsurilor de profilaxie, etc.

Este indicat ca reîmprospătarea acestor cunoștințe să fie efectuată prin instructaje periodice [18].

### ***Cursurile de sanminim (cursuri de sănătate minimă)***

Cursurile de sanminim se organizează pe profiluri de activități, având ca scop pregătirea cursanților pentru păstrarea și promovarea sănătății lor și a celor cu care intră în contact sau îi deservesc, în cursul activităților pe care le desfășoară.

Aceste cursuri se desfășoară sub formă de lecții cu un conținut teoretic și practic, cu rolul de a consolida cunoștințele pe care participanții le au deja, dar și de a adăuga altele noi, precum și de formarea unor deprinderi igienice corecte [18].

Cursurile de sanminim, în raport cu profilul sectorului de activitate în care se organizează, implică probleme și tematici diferite de predare. Redăm mai jos câteva din cursurile legate de anumite sectoare activitate, din care foarte important este cel al serviciilor.

Cursurile pentru personalul unităților de cazare publice, prevăd în principiu 3-4 lecții teoretice cu 2 demonstrații practice [18].

Lecțiile teoretice au ca scop acumularea unor noțiuni igienico-sanitare specifice unităților în care lucrează. Demonstrațiile practice trebuie să fie axate pe prezentarea concretă a diferitelor operațiuni de efectuare igienică a curățeniei curente, a spălăturii instalațiilor sanitare precum și a dezinfectiei și dezinsecției.

Cursurile pentru personalul ștrandurilor, piscinelor, spa-urilor constau în 2-3 lecții teoretice al căror conținut va fi axat pe probleme specifice: folosirea apei potabile pentru baie, asigurarea unui microclimat corespunzător, atât în vestiare cât și în încăperile cu bazine, asigurarea unei temperaturi constante a apei, evacuarea corectă a apelor reziduale, întreținerea igienică a bazinelor și a celorlalte dotări. În cazul piscinelor, traseul de intrare și ieșire din bazin va cuprinde obligatoriu trecerea pe la duș. Lenjeria care se închiriază va fi spălată la 90 grade Celsius și călcată [18].

Demonstrațiile practice vor urmări prezentarea la fața locului a măsurilor de întreținere, curățenie, dezinfectie a bazinelor, căzilor și a celorlalte dotări existente [18].

Cursurile de sanminim cu personalul din unitățile de înfrumusețare, (frizerie, coafură, cosmetică, manichiură, pedichiură). Pe durata a 2-3 lecții teoretice, se vor trata teme comune tuturor acestor categorii privind: igiena personală și controlul medical periodic, igiena localului, curățarea și dezinfectarea instrumentelor de lucru, folosirea corectă a șervetelor și prosoapelor numai pentru o singură persoană, atitudinea față de clienții care prezintă anumite afecțiuni (dermatoze, micoze, parazitoze etc.) pentru a le deosebi pe cele transmisibile de cele netransmisibile și a acționa în consecință.

Separat, trebuie prezentate probleme specifice fiecărei profesii, cu incidentele și accidentele ce pot apărea și cu demonstrații practice privind măsurile ce se vor lua în situațiile respective. Acestea urmăresc atât protejarea lucrătorului, cât și a clientului [6].

Cursurile de sanminim comunal se organizează cu populația activă din mediul rural. Lecțiile teoretice urmăresc abordarea unor teme cu specific pentru locuitorii comunelor privind: sursele de apă potabilă (fântâni, izvoare etc.), amplasarea latrinelor, îndepărtarea și neutralizarea reziduurilor, igiena locuinței și gospodăriei, toate având drept scop formarea unor deprinderi corecte, pentru un trai igienic, civilizată. Se pot face și demonstrații practice privind curățarea și întreținerea fântânilor, dezinfectia latrinelor, etc [18].

Cursurile de sanminim cu muncitorii din sectorul fito-sanitar, au o importanță deosebită prin faptul că aceștia manipulează o gamă tot mai mare de substanțe cu grade diferite de toxicitate. Scopul cursurilor este de a prezenta riscurile pe care le prezintă aceste substanțe și modul lor de acțiune (pe aparatul respirator, digestiv, sistemul nervos, cutanat etc.), precum și prezentarea eventualelor substanțe antidot și modul de folosire al acestora. Demonstrațiile practice se vor concentra pe folosirea corectă a echipamentului de protecție, mânuirea corectă a substanțelor și igiena individuală la terminarea lucrului [18].

Cursurile de sanminim alimentar se adresează tuturor persoanelor care manipulează alimente: fie că le prepară, le transportă sau le desfac [18]. Cursurile se vor organiza pe acest profil și trebuie să abordeze următoarele teme:

- a. **Alimentația rațională:** principalii factori nutritivi necesari organismului și rolul lor în organism (proteine, glucide, lipide, vitamine, săruri minerale).
- b. **Noțiuni de microbiologie** privind condițiile necesare dezvoltării și multiplicării germenilor precum și modalitățile de distrugere a acestora.
- c. **Bolile transmisibile prin apă și alimente;** toxiinfecțiile alimentare; lanțul epidemiologic (sursă, vectori, receptor).
- d. **Rolul insectelor și animalelor** (rozătoare în special) în transmiterea unor boli și măsuri de prevenire.
- e. **Circuitul igienic al alimentelor:** prepararea și păstrarea corectă a acestora.
- f. **Examenul organoleptic** și caracteristicile diverselor alimente proaspete.
- g. **Normele igienico-sanitare** privind buna funcționare a unităților cu profil alimentar.

h. **Igiena individuală** a persoanelor ce lucrează în sectorul alimentar (mâinile, îmbrăcămintea, echipamentul de protecție etc.).

i. **Noțiuni de imunitate și profilaxie prin vaccinări.**

j. **Importanța efectuării examenelor medicale** la angajare și apoi periodic, în conformitate cu normativele în vigoare [18].

### ***Cursurile “Școala mamei”***

Aceste cursuri sunt o formă de educare și instruire, care se adresează atât viitoarelor mame, cât și tinerelor mame. Ele au drept scop acumularea unui bagaj de cunoștințe privind regimul de viață, igiena femeii în perioada gravidității și lăuziei, alimentația sugarului și copilului mic, baia și înfășurarea sugarului, tulburări de digestie ale sugarului, afecțiuni ale nou născutului și copilului mic, importanța controlului medical, atât al gravidei cât și al copilului sănătos, sau la apariția primelor semne de boală, importanța vaccinării etc.

Eficiența cursurilor crește foarte mult, dacă sunt însoțite de filme tematice și demonstrații practice prin care tinerele sau viitoarele mame să capete o oarecare manualitate (cum să țină copilul la sân, baia, înfășuratul etc.) [18].

### ***Discuția stimulativă de grup***

Are drept scop esențial modificarea atitudinilor și comportamentului, prin înlocuirea părerilor și obișnuințelor greșite cu motivări corecte.

Grupurile cărora li se adresează această modalitate de lucru pot fi: dintr-un loc de muncă comun (secție, atelier), dintr-o asociație sau un club (de femei, de tineret etc.), în general oameni care au ceva în comun [6].

În timpul desfășurării acestor discuții, liderul grupului trebuie să aibă în vedere câteva elemente importante:

- fiecare participant să aibă posibilitatea sa ia cuvântul (chiar și cei mai timizi);
- să folosească metoda ascultării active și întrebările deschise;
- să stimuleze ideile noi;
- să dea informații clare, relevante;
- să axeze discuția pe teme majore și să ajute grupul să cadă de acord asupra priorităților;
- să rezume și să sublinieze concluziile discuțiilor [18].

În cadrul transmiterii active a informațiilor se pot utiliza următoarele tehnici:

- "tehnica brainstorming" - urmărește să mobilizeze participanții pentru găsirea unor soluții, pentru identificarea unor nevoi.

- "tehnica brainwriting" în care fiecare persoană este pusă să-și exprime în scris cât mai concis ideile care se referă la nevoile educative într-o anumită problemă sau căile pentru modificarea unui comportament. Ideile se triază și se aduc apoi la cunoștința grupului.

- "tehnica grupului nominal" în care fiecare individ își exprimă câte o părere în legătură cu o problemă, iar educatorul grupează ideile comune.

### ***Concursurile***

Ca să fie cât mai atractive și să solicite interesul, de asemenea să beneficieze de o participare cât mai numeroasă, se recomandă ca acestea să se finalizeze cu premiarea câștigătorilor.

Concursurile se pot organiza în diferite moduri. De exemplu, se stabilește o temă, un termen de înscriere, data și locul desfășurării (o întreprindere, o școală, un club etc.) precum și bibliografia [6].

O altă formă este cea care folosește presa, radioul sau televiziunea, prin care se lansează întrebări și se așteaptă într-un termen bine stabilit, răspunsurile populației. După epuizarea termenului stabilit, o dată cu popularizarea și premiarea câștigătorului, se oferă și răspunsul corect. Premiarea se poate face după fiecare întrebare sau după un set de întrebări, în funcție de regula stabilită înainte de începerea concursului.

Scopul acestor acțiuni este de informare și educare a populației prin participarea activă a acesteia [18].

## **Cursurile diferențiate pe categorii de bolnavi**

### ***Sfatul medicului diferențiat și individualizat***

Practica a demonstrat că eficiența tratamentului unui bolnav crește atunci când atât el, cât și familia sa sunt instruiți de către cadrele medico-sanitare în ceea ce privește respectarea indicațiilor privind tratamentul propriu-zis, regimul igienico-dietetic și îngrijirea corectă a celui bolnav.

Sfatul diferențiat se realizează prin convorbiri individuale cu bolnavul și membrii săi de familie, după care li se oferă un memorator medical. Acest fel de convorbire este deosebit de utilă, mai ales pentru bolnavii cu afecțiuni cronice (ulcer gastro-duodenal, boală hipertonică, diabetici, bolnavi cu afecțiuni cardio-vasculare etc.) [18].

Convorbirile pe teme de dietetică, urmate sau asociate cu demonstrații practice, urmăresc înlăturarea tendinței bolnavului de a se limita numai la tratamentul medicamentos, neglijând regimul dietetic. Această formă de educație se adresează în egală măsură celor care îngrijesc bolnavii respectivi și celor care le prepară mâncarea. Trebuie să fie cunoscute exact atât alimentele indicate, cât și cele contraindicate, precum și prepararea și păstrarea corectă a acestora [18].



### ***Consultația profilactică pe grupuri omogene de bolnavi***

Se poate realiza la nivelul dispensarului, cabinetului medical de familie, centrului medical, cu bolnavii cronici dispensarizați sau în secțiile de spital. Se recomandă ca grupul să nu fie prea mare (8-10 bolnavi) și să cuprindă bolnavi cu aceeași afecțiune. Este de preferat ca această modalitate de educare să fie realizată de către un medic, care va face o prezentare succintă a bolii, a complicațiilor care pot surveni dacă nu se respectă întocmai recomandările și va răspunde la eventualele întrebări care i se pun de către bolnavi. Expunerea este mai eficientă dacă este însoțită de imagini (planșe, diapozitive, filme etc.). În final, se va înmâna fiecărui participant un memorator cu sfaturi și indicații individualizate, eventual se pot purta și convorbiri individuale axate pe problemele specifice ale fiecărui bolnav.

Această acțiune se pregătește cu câteva zile înainte și se repetă trimestrial sau semestrial, în funcție de afecțiunea respectivă [18].

### **Canale de comunicație, rețele de instituții, activități în elaborarea strategiilor**

Canalele de comunicație, rețelele de instituții și programele de activități constituie elemente ale unei strategii concepute pentru influențarea și antrenarea grupurilor țintă.

Metodele de lucru și sursele de comunicații nu se bucură de aceeași receptivitate din partea grupurilor țintă. Oamenii, în general dovedesc o anumită înclinație pentru rețelele de instituții care intră în interesul lor, cum sunt unitățile de învățământ, organizațiile religioase, cluburile sportive sau discotecile și preferă sursele informaționale cu care sunt obișnuiți, cum sunt posturile de radio, ziarele sau în problemele de sănătate, medicul de familie. Trebuie identificate preferințele de acest fel ale grupurilor țintă, pentru a le putea folosi [18].

Strategiile unui plan includ și această operație de identificare a canalelor și instituțiilor preferate și modul în care pot fi combinate pentru a fi cât mai eficiente.

Datele privind canalele de informație și instituțiile de interes vor cuprinde și detalii referitoare la influența lor asupra unor grupuri. Informațiile privind aceste grupuri pot fi furnizate de unele instituții. Redacțiile ziarelor, posturile de radio și televiziune, instituțiile specializate în efectuarea de sondaje pot oferi date despre orele de audiență și vizionare maximă [18].

Uneori se instalează o impresie generală asupra unor succese sau slăbiciuni specifice diferitelor canale de comunicație, însă generalizarea, de exemplu, a succeselor unui canal de comunicație poate fi adesea derutantă. Se impune o apreciere atentă a canalelor de comunicație în comparație cu alți factori de influență caracteristici culturii locale sau regionale specifice. Un număr mare de lucrători din domeniul promovării sănătății preferă folosirea mai multor canale de informații, oricum mai eficiente decât unul singur [18].

## ***Canale interpersonale***

Canalele interpersonale depind de interacțiunea dintre două sau mai multe persoane în procesul de transmitere a mesajelor. Canalele interpersonale includ contactul de la persoană la persoană, dintre lucrătorii din sfera socialului și sănătății, profesori, conferențieri, formatori, conducători de grup, consilieri și alte surse care oferă informații în cadrul ședințelor de antrenament, al discuțiilor în grup, cursurilor sau vizitelor la domiciliu și receptorii mesajului [6].

Canalele interpersonale:

- oferă informații care presupun interacțiunea cu o persoană, ca sursă de informație demnă de încredere;
- facilitează discutarea unor probleme pe care oamenii le consideră mai delicate sau personale;
- ajută oamenii în adoptarea unor practici noi;
- contribuie la crearea unor grupuri omogene și la obținerea sprijinului comunitar pentru idei și conduite noi.

Prin intermediul relațiilor interpersonale se pot promova metode noi în educația pentru sănătate. Astfel, educatorii de sănătate cu o pregătire specială pot organiza dezbateri libere în clinicile de dermato-venerologie, privind bolile cu transmitere sexuală. O parte din participanți, care manifestă un interes mai mare și sunt cunoscuți ca făcând parte din grupuri cu risc crescut (prostitute, homosexuali, chiar dacă la noi nu au încă statut legal) pot fi recrutați și instruiți ca educatori pentru difuzarea cunoștințelor despre bolile cu transmitere sexuală și prevenirea lor, în grupul din care fac parte [18].

## ***Mass-media***

Mass-media cuprinde: radioul, televiziunea, internetul, ziarele, revistele și filmele.

Mass-media:

- reușește să transmită rapid informații noi, repetate și pentru o bună parte din ansamblul populației;
- contribuie la legitimarea dezbaterii problemelor de interes public și creează sprijinul necesar desfășurării unor programe și activități;
- consolidează cunoștințele și conduitele nou însușite [6].

## ***Mijloacele informative de format mic***

Mijloacele informative de format mic: pliante, fluturași, afișe, DVD-uri, diapozitive, benzi sonore, graffiti, expoziții, machete și articole cu inscripții (tricouri, fulare, sacoșe, cutii de chibrituri etc.) urmăresc următoarele obiective:

- informează și reiterează unele teme legate de scopul urmărit;
- oferă informații mai amănunțite decât mass-media sau scurtele contacte interpersonale;
- sprijină activitățile întreprinse, prin informații asupra orei, locului, numerelor de telefon etc [5].

### ***Rețele de instituții***

Rețelele de instituții includ ministerele și subunitățile lor. De exemplu: spitalele, școlile, armata, poliția, organizațiile religioase, societățile voluntare, organizațiile nonguvernamentale, sindicatele, cercurile financiare și industriale, asociațiile profesionale și grupurile comunitare (cluburi feminine și de tineret etc.) [6].

Activitățile de promovare a sănătății includ:

- utilizarea canalelor diferitelor rețele de comunicații deja existente pentru difuzarea mesajelor privind prevenirea sau combaterea;
- obținerea accesului la grupurile țintă, deja incluse în rețelele instituționale și în structurile, serviciile și programele acestora;
- folosirea experienței personalului și a voluntarilor din rețele;
- integrarea mesajelor în activitățile de informare, educare și servicii ale rețelelor cooperante, potențând astfel efectele inițiativelor de promovare a sănătății [18].

O parte din aceste instituții, ca armata sau marile întreprinderi, au posibilitatea să finanțeze și să aplice elementele esențiale din planul de promovare a sănătății, în cadrul propriilor lor instituții, incluzând, de exemplu: manifestări de genul “Ziua Mondială fără Tutun” consacrată combaterii fumatului, sau consacrată discuțiilor despre SIDA; înființarea unui grup permanent de instruire și inițierea unor programe de consiliere individuală [18].

Sistemele de acordare a serviciilor care răspund de punerea la dispoziție a articolelor și serviciilor ce sunt promovate, prin programe, au rol hotărâtor în susținerea activităților de instruire, educare și comunicare.

Oamenii nu vor adopta un produs nou, oricât de bine ar fi susținut prin mass-media, dacă nu și-l pot permite sau nu există pe piață și nu vor accepta un serviciu care nu are credibilitate, dacă nu le este oferit de o manieră competentă și eficace [18].

### ***Antrenarea grupurilor țintă***

Pentru stabilirea unei comunicări eficiente care să ducă la o interacțiune productivă, se impune implicarea populației în planificarea, proiectarea și aplicarea programelor. Populația vizată poate fi imediat antrenată în planificarea și aplicarea acțiunilor locale de promovare a sănătății pentru

sine și pentru alții. Ea poate fi încurajată să aibă diferite inițiative, astfel încât proiectele la care participă să îi aparțină cu adevărat și să capete în acest fel maximum de eficiență [6].

Acțiunile principale pentru obținerea colaborării populației includ:

- vizite și consiliere a indivizilor: acasă și la locul de muncă, în centre de sănătate, grupuri întâmplătoare;
- întâlniri, discuții (în grup);
- orientare/pregătire (prin seminarii, cursuri, ateliere);
- manifestări publice/culturale (teatre, spectacole muzicale, sărbători tradiționale, festivaluri, aniversări, spectacole sportive, concursuri);
- programe de autoajutorare (acțiuni locale de grup, cu participarea în activități de planificare, aplicare și evaluare) [18].

### ***Conlucrarea activităților de comunicare cu rețelele instituționale***

Pentru sporirea eficienței, fiecare canal de comunicație presupune diferite abilități, contacte cu instituții, inițiative luate în scopul producerii de materiale și a creării unor condiții favorabile.

Eficiența activității unui singur canal de comunicație sau a unei rețele instituționale este sporită prin coordonarea cu toate celelalte unități strategice. Prin urmare, se impune punerea la punct a unei strategii globale [18].

Pentru selecționarea canalelor de comunicație și a activităților rețelelor instituționale și pentru elaborarea interacțiunii lor, este necesară cunoașterea datelor privind preferințelor grupurilor de populație. Informațiile necesare pot fi culese cu prilejul studiilor preliminare de evaluare [6].

### ***Strategie integrată***

Elaborarea strategiei trebuie să țină seama de interacțiunea diferiților factori:

- caracteristicile și necesitățile grupurilor țintă;
- obiectivele și performanțele pe care și le propune un program;
- natura mesajelor;
- activități, canale de comunicații, rețele instituționale prevăzute într-un program.

O strategie integrată de promovare a sănătății trebuie să folosească mesajele, activitățile, canalele de comunicație și rețelele instituționale, într-o îmbinare care să se dovedească cea mai adecvată specificului categoriilor de populație vizate și condițiilor în care acestea trăiesc [18].

## Răspunderile promotorilor de sănătate

Promotorii de sănătate au câteva obligații:

**- Să fie informați.**

Datele informaționale se schimbă mereu, iar noile descoperiri produc noi comentarii, noi termeni, noi speranțe. Promotorii de sănătate trebuie să fie în pas cu noile date, să cunoască suficient de bine ansamblul problemelor, să poată explica oamenilor noutățile în domeniu, în așa fel încât ele să poată fi înțelese și acceptate.

**- Să fie îndrăzneți.**

Promotorii de sănătate trebuie, să-și depășească slăbiciunile să-și învingă propriile prejudecăți, să descopere noi resurse și să lucreze împreună cu oameni pe care înainte nu-i considerau importanți.

**- Să fie expliciti [18].**

Oamenii nu trebuie derutați, folosind un limbaj ambiguu, cu jumătăți de adevăr sau un jargon tehnic. Limbajul folosit trebuie să fie clar, sincer și direct, spre a fi înțeles de cei care trebuie să-și modifice comportamentul obișnuit.

**- Să evite stereotipia și blamarea**, mai ales dacă este vorba de o afecțiune transmisibilă. Bolile nu au preferințe rasiale, religioase, etnice sau de sex [18].

**- Să-și concentreze eforturile** pentru a schimba comportamentul în grupurile țintă.

Sfaturile cu caracter general și educația largă a populației pot reduce teama și înlătura prejudecățile, dar asupra comportamentului oamenilor au un efect minim. De exemplu, nu este suficient să educi oamenii astfel încât 90% să știe că SIDA poate omorî, dar numai 5% din populație cu risc de îmbolnăvire să aibă un comportament sexual care să evite riscul infecției cu HIV [18].

**- Să activeze pe un front larg.**

Numai o atitudine pozitivă față de schimbarea comportamentului nu se dovedește eficientă. Omenirea este plină de fumători, care știu că fumatul dăunează sănătății și totuși continuă să fumeze. Modificarea comportamentului cere o ofensivă mult mai amplă; promotorii de sănătate trebuie să înțeleagă motivele care îi fac pe oameni să continue să se poarte la fel, să găsească alternative acceptabile și apoi să furnizeze resursele și sprijinul necesar pentru acceptarea alternativelor.

Numai frica, după cum se poate concluziona și așa cum au demonstrat diferite studii, nu poate aduce schimbările dorite [18].

## **Rolul asistentului medical în educația pentru sănătate**

Deși teoriile de învățare și modelele de educație pentru sănătate oferă un cadru util pentru planificarea intervențiilor de sănătate, capacitatea asistentului de a facilita procesul de educație și de a deveni un partener în raport cu indivizii și comunitățile este o parte importantă pentru aplicarea metodei. La baza educației pentru sănătate se află relația terapeutică dintre asistent și indivizi, familii și comunitate. Mai simplu spus, asistenții au un rol important în cadrul procesului și sunt catalizatori ai schimbării în furnizarea educației pentru sănătate. Asistenții generează idei, oferă intervenții adecvate, identifică resurse și facilitează împuternicirea grupului cărui i se adresează. Este foarte importantă câștigarea încrederii înainte de a furniza conținutul educației pentru sănătate.

Asistenții trebuie să cunoască forțele sociopolitice, culturale, de mediu și ecologice care afectează sănătatea comunității pentru a asigura succesul strategiilor de educație pentru sănătate. Pentru a crea intervenții educaționale semnificative, asistenții trebuie să-și evalueze publicul și caracteristicile sale în detaliu și să utilizeze abordări sistematice atunci când transmit mesajele de sănătate. Asistenții medicali se pot angaja să creeze strategii de împuternicire care echipează indivizii, familiile și comunitățile cu cunoștințe și abilități care să le permită abordarea de stiluri de viață și medii sănătoase.

Asistentul se poate folosi de o varietate de metode, materiale, mass-media și tehnologii inovatoare pentru a-și susține activitățile de educație pentru sănătate, inclusiv utilizarea de informații electronice și digitale. Asistentul trebuie să revizuiască și să evalueze aceste resurse pentru adaptarea lor culturală, lingvistică și de alfabetizare. El trebuie să-și însușească faptul că educația pentru sănătate este un proces interactiv continuu, influențat de mulți factori interni și externi fiind strategică pentru satisfacerea nevoilor indivizilor, familiilor și comunităților. Asistentul medical poate aduce contribuții importante la prevenirea bolilor și la promovarea sănătății persoanelor și comunității prin intermediul cunoștințelor transmise și angajament față de strategiile de împuternicire și implicare [23].

### **Studiu de caz**

Domnul Popescu, în vârstă de 70 de ani, s-a internat cu valori ale tensiunii arteriale de 175/95 mm Hg. Afirmă că în spitalul în care a fost îngrijit într-un alt oraș a fost tratat de hipertensiune mai bine de 7 ani, că medicii i-au prescris mai multe medicamente cu 6 luni în urmă și că a primit mai multe materiale scrise pentru citit.

Evaluarea asistentei medicale a relevat că domnul Popescu își ia medicamentele doar atunci când nu „se simte atât de bine”. El a spus că medicul lui de familie îl sfătuiește să-și ia medicamentele în mod regulat și afirmă că le ia cu fidelitate atunci când nu se simte bine. El îi spune asistentei că își amintește că a primit niște broșuri educaționale despre medicamentele sale și despre

hipertensiune, dar i s-au părut prea lungi și obositoare pentru a le citi. Evaluarea educațională a asistentei a arătat că domnul Popescu a absolvit 8 ani de școală, nu citește foarte mult, preferă să se uite la televizor decât să citească materiale tipărite și îi place să învețe din imagini sau de la alți oameni în grup. El afirmă că și-ar dori foarte mult să obțină informațiile despre sănătate într-un limbaj accesibil. Abilitățile lui de citire nu au fost verificate de furnizorii de servicii medicale. Se pare că domnul Popescu a abordat instrucțiunile primite într-o manieră proprie. De exemplu, el a interpretat „luați regulat” ca însemnând să ia medicația în mod consecvent atunci când „nu se simte bine” în loc să ia pastilele în permanență. Pentru a facilita învățarea, asistenta stabilește un plan de predare cu aportul domnului Popescu. Acest plan implică comunicarea instrucțiunilor de sănătate în moduri mai relevante (de exemplu, folosind imagini, desene, scheme grafice, DVD-uri). Asistenta stabilește, de asemenea, un plan de urmărire pentru a verifica dacă domnul Popescu a înțeles cum să-și ia medicamentele, cerându-i să repete cu propriile cuvinte când și cum își ia medicamentele. De asemenea, ea intenționează să dezvolte o serie de cursuri de educație pentru sănătate pentru pacienții vârstnici despre sănătate și bunăstare, cu hipertensiunea arterială ca unul dintre subiectele de discuție.

### **Mesaje cheie:**

Educația pentru sănătate este considerată de specialiștii în sănătate un important instrument al promovării sănătății. Unul dintre cele mai importante obiective ale educației pentru sănătate este implicarea indivizilor și grupurilor din comunitate în ceea ce privește propria lor sănătate. Scopul educației pentru sănătate este informarea-educarea populației în domeniul medical pentru dobândirea unor cunoștințe, atitudini și practici cu implicarea activă a populației în domeniul păstrării sănătății. Mijloacele educației pentru sănătate sunt numeroase și variate. Acestea pot fi folosite separat sau cel mai eficient în mod combinat. La baza educației pentru sănătate stă comunicarea.

### **Bibliografie:**

1. Ursoniu S. (1996). *Medicina socială*. Editura Mirton, Timișoara.
2. Green LW (1998). Prevention and health education in clinical, school, and community settings. In: Wallace RB (ed) *Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine*. Appleton & Lange, Stamford, Connecticut.
3. Cassens, BJ (1992). *Preventive Medicine and Public Health*, Harwal Publishing, Philadelphia.
4. Dorfman L, Wallack L, Woodruff K. (2005). More than a message: framing public health advocacy to change corporate practices. *Health Education & Behavior*, **32**, 320–36.
5. Mincă D.G. (2005). *Sănătate publică și management sanitar - note de curs pentru studenții facultății de medicină*. Editura Universitară „Carol Davila” București.

6. Dincă I. (2006). Introducere în educația pentru sănătate și promovarea sănătății. In: *Promovarea sănătății și educație pentru sănătate/ Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar.* – București : Public H Press.
7. World Health Organization [WHO] (2009). *Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region.* Individual Empowerment Conference Working Document. Prepared for the 7th global conference for health promotion: ‘Promoting Health and Development, Closing the Implementation Gap’, 26–30 October 2009.
8. Michaud, C. (2005). *Rapport d`activité 2004 - CODES du Doubs.*
9. Downie, R.S., Tannahill, C. and Tannahill, A. (1996). *Health Promotion, Models and Values.* Oxford University Press, Oxford.
10. Pizon F., Jourdan D. (2010). Etude de l’impact du décret interdisant de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif sur l’activité professionnelle des personnels de direction et de vie scolaire de 17 lycées français, *Recherches & Educations*, n°3, septembre; 123-150
11. World Health Organization [WHO]. (2010). *Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century.*
12. Finnegan JR, Viswanath K. (2008). Communication theory and health behavior change: the media studies framework. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath K, eds, *Health behavior and health education: theory, research, and practice*, 4th edn, pp. 363-87. Jossey-Bass, San Francisco
13. Coppé, M., Schoonbroodt, C. (1992). *Guide pratique d’éducation pour la santé.* Bruxelles: De Boeck Université
14. Douiller, A. et al. (2015). *Outils pour la santé publique - 25 techniques d’animation pour promouvoir la santé.* Paris: Le Coudrier.
15. Becker MH, Rosenstock IM. (1987) Comparing social learning theory and the health belief model. In Ward w (ed): *Advances in health education and promotion.* Greenwich, CT, JAI Press.
16. Schwartz R, Goodman R., Steckler A. (1995). Policy advocacy interventions for health promotion and education: advancing the state of practice. *Health Educ Q* 22:421-426.
17. Best JA, et al. (1988). Preventing cigarette smoking among school children. *Annu Rev Public Health* 9:161-201.
18. Ciobanu, V., Nistor, F. (1996). *Ghid în educația pentru sănătate-ed. 2.* Editura Mirton, Timișoara
19. Atkinson L.N, Saperstein L.S, Pleis J. (2009). Using the internet for health-related activities: findings from a national probability sample. *Journal of Medical Internet Research.* 11(1):e4.
20. Rainie, L., Brenner, J., and Purcell, K. (2012). Photos and Videos as Social Currency Online. Washington, DC: Pew Research Center’s Internet & American Life Project.
21. Della, L.J., Eroglu, D., Bernhardt, J., Edgerton, E., and Nall, J. (2008). Looking to the future of new media in health marketing: drawing propositions based on traditional theories. *Health Marketing Quarterly*, 25, 147–74.
22. Alexa (n.d.). How Popular is youtube.com? [Online] Available at: <http://www.alexa.com/siteinfo/YouTube.com>.
23. Nies MA, McEwen M. (2015). *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations.* Edition 6. Elsevier Saunders. St. Louis, Missouri.



*Costela-Lăcrimioara Șerban*

### **Obiective educaționale:**

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili:*

- *să identifice principalele tipuri de comportamente ce afectează stilul de viață sănătos*
- *să cunoască tehnicile generale de abordare și unele tehnici particulare pentru anumite comportamente cu risc*
- *să știe rolul pe care îl poate avea asistentul medical pentru a ajuta pacienții să reducă comportamentele nesănătoase*

Bolile cronice netransmisibile reprezintă 86% din decesele în Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății. Acestea includ boli cardiovasculare, cancer, boli respiratorii, diabet, boli ale rinichilor și ficatului [1]. Tutunul, alimentația necorespunzătoare, alcoolul și lipsa activității fizice sunt patru determinanți majori ai sănătății care sunt responsabili pentru o mare parte a bolilor, suferinței și deceselor timpurii legate de bolile cronice în Europa. Potrivit Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE), în medie, doar 3% din cheltuielile totale pentru sănătate în țările aparținând organizației sunt destinate prevenției la nivel populațional, în timp ce 97% din cheltuielile de sănătate sunt folosite pentru tratament.

Starea de sănătate depinde de influențele la care un individ este expus încă din momentul concepției și de interacțiunile acestor expuneri cu caracteristicile biologice individuale. Stilul de viață și factorii comportamentali contribuie în mare măsură la creșterea incidenței bolilor cronice.

### **Comportamente pozitive și negative**

Comportamentele sunt acțiuni întreprinse de indivizi care pot să afecteze sănătatea sau mortalitatea. Aceste acțiuni pot fi intenționate sau neintenționate și pot promova sau deteriora sănătatea proprie sau a altora. Acțiunile care pot fi clasificate drept comportamente privind sănătatea sunt multiple. Cele mai cunoscute exemple includ fumatul, consumul de substanțe, dieta, activitatea fizică, somnul, activitățile sexuale riscante, stresul, participarea la screening pentru anumite patologii și respectarea tratamentelor medicale prescrise și multe altele.

Comportamentele privind sănătatea sunt adesea abordate la nivel individual, dar pot fi măsurate și analizate și pentru diverse grupuri sau populații. Comportamentele privind sănătatea sunt dinamice, variind de-a lungul vieții, între grupuri de indivizi, locații, precum și de-a lungul timpului [2].

Adesea se face o distincție între comportamentele pozitive și negative pentru sănătate. Exemple de comportamente pozitive, „sanogene/sănătoase” sau „care îmbunătățesc sănătatea” sunt efectuarea regulată de exerciții fizice, efectuarea de controale anuale de sănătate, consumul a cel puțin cinci porții de fructe și legume pe zi și utilizarea unui prezervativ cu un nou partener sexual. Comportamentele negative, „nesănătoase”, „cu risc”, „defavorabile sănătății” includ, de exemplu, fumatul, consumul excesiv de alcool, condusul vehiculelor cu viteză excesivă și o dietă bogată în grăsimi saturate. Toate aceste comportamente pot fi considerate ca având două posibilități: o alternativă pozitivă și o alternativă negativă, de exemplu a merge la controale anuale de sănătate versus a nu merge la controale anuale de sănătate sau a fi fumător versus a fi nefumător [3].

## **Etape comportamentale**

Anumite comportamente privind sănătatea se schimbă de-a lungul vieții. De exemplu, unii adolescenți pot încerca o țigară, în timp ce alții vor rămâne nefumători. Unii dintre cei care au încercat să fumeze ar putea continua să experimenteze acest lucru, în timp ce alții nu vor mai fuma niciodată. Unii dintre cei care experimentează pot deveni fumători obișnuiți, în timp ce alții se pot opri din fumat. Unii dintre cei care devin fumători obișnuiți pot încerca să se lase de fumat, în timp ce alții nu o vor face. Unii dintre cei care încearcă să renunțe pot reuși, în timp ce alții recidivează. Unii dintre cei care recidivează pot face încercări suplimentare de a renunța la fumat.

*Un astfel de proces poate fi simplificat prin definirea unor etape comportamentale precum adoptarea sau inițierea, menținerea, încetarea și recidiva [3].*

## **Schimbarea comportamentului**

Interesul asupra comportamentelor privind sănătatea și eforturile menite să le schimbe au apărut la mijlocul secolului XX. Abordările biomedicale inițiale, care au pus un accent excesiv pe alegerea individuală și responsabilitatea personală sunt și acum criticate. Progresele conceptuale și metodologice în definirea comportamentelor de sănătate pun accent pe măsurarea integrativă și dinamică. Un progres teoretic important în ultimul deceniu s-a realizat prin conceptul de „stiluri de viață sănătoase” [2, 4]. De cele mai multe ori, politicile care vizează comportamentele de sănătate tind să se concentreze pe un singur astfel de comportament, constatând adesea că aceste

comportamente sunt rezistente la schimbare. Cercetări recente, abordează influența „determinanților sociali” asupra comportamentelor de sănătate. Această abordare schimbă optica de la responsabilitatea individuală la organizarea societății și nenumăratele instituții, structuri, inegalități și ideologii care stau la baza comportamentelor privind sănătate. Comportamentele privind sănătatea sunt din ce în ce mai recunoscute ca fiind multidimensionale și încorporate în stilurile de viață privind sănătatea, variind pe parcursul vieții și de la un loc la altul, fiind necesară situarea indivizilor în contextul în care aceștia se găsesc și apartenența lor la anumite grupuri sociale. Progresele în măsurarea și modelarea comportamentelor privind sănătatea promit să îmbunătățească evidențierea acestei complexități [5].

Astfel, stilurile de viață sănătoasă sunt puse în aplicare la nivel individual, dar sunt modelate de nivelurile *mezo* și *macro*. Nivelul *mezo* se concentrează pe mediile apropiate în care oamenii își trăiesc viața de zi cu zi – cartiere, locuri de muncă, familii și altele asemenea – precum și interacțiunile interpersonale care au loc în aceste locații. De exemplu, studiile privind riscul HIV al femeilor în Africa sub-sahariană s-au concentrat în mod tradițional pe dinamica relațiilor sexuale, dar cercetări mai recente recunosc necesitatea de a situa aceste relații în contextul mai larg al vieții femeilor, cuprinzând inclusiv gradul de rudenie, îngrijirea și responsabilitățile familiale, deoarece genul, vulnerabilitatea economică și riscul HIV sunt încorporate în sistemul familial și de rudenie [6].

Asistenții medicali pot să joace un rol hotărâtor prin încurajarea efectivă a pacienților să-și schimbe comportamentul privind sănătatea. Cu cât este mai mare numărul de comportamente sănătoase pe care le urmează un pacient, cu atât riscul de mortalitate de orice cauză scade [7]. Asistenții medicali se confruntă adesea cu pacienți angajați în comportamente nesănătoase. Intervențiile bazate pe dovezi pot ajuta pacienții să reușească să facă schimbări de durată.

## **Tehnici generale de schimbare a comportamentului**

Deși multe intervenții vizează comportamente specifice, trei tehnici pot fi utile într-o varietate de eforturi de schimbare a comportamentului. Acestea cuprind stabilirea unor obiective, identificarea barierelor și automonitorizarea.

**Stabilirea obiectivelor „SMART”.** Stabilirea obiectivelor este o intervenție cheie pentru pacienții care doresc să facă schimbări comportamentale. Ajutând pacienții să vizualizeze ceea ce trebuie să facă pentru a-și atinge obiectivele, poate crește probabilitatea ca aceștia să reușească. Acronimul SMART poate fi folosit pentru a ghida pacienții în cadrul procesului de stabilire a obiectivelor:

- **Specific.** Încurajați pacienții să fie cât mai specifici cu privire la obiectivele lor. Dacă pacienții doresc să fie mai activi sau să slăbească, cât de activi vor să fie și cât de mult vor să slăbească?

- **Măsurabil.** Asigurați-vă că obiectivul este măsurabil. Câte minute se vor antrena și de câte ori pe săptămână?
- Se poate **Atinge.** Asigurați-vă că pacienții își pot atinge obiectivele în mod rezonabil. Dacă pacienții se angajează să meargă zilnic la sală, cât de realist este acest obiectiv având în vedere programul lor? Care ar fi un obiectiv mai ușor de atins?
- **Relevant.** Asigurați-vă că scopul este relevant pentru pacient. De ce vrea persoana respectivă să facă această schimbare? Cum îi va îmbunătăți această schimbare viața?
- În **Timp** util. Ajutați pacienții să-și definească un termen specific pentru un anumit obiectiv. Când vor să-și atingă scopul? Când îi veți urmări? Sunt preferate obiectivele proximale (pe termen mai scurt), mai degrabă decât distale (pe termen lung). E mai bine să ajutați pacienții să-și stabilească un obiectiv de a-și reduce greutatea cu 2 kilograme în următoarea lună decât un obiectiv de a pierde 20 de kg în următorul an, această țintă fiind mai puțin solicitantă.

**Barierile în rezolvarea problemelor.** Asistenții medicali pot discuta cu pacienții despre schimbare, dar lipsa inițierii schimbării poate dezamăgi atât pacienții cât și personalul medical. O modalitate de a preveni acest fenomen comun și de a pregăti pacienții pentru succes este de a analiza posibilele obstacole în calea schimbării comportamentului în timpul discuțiilor.

Anumite bariere comune pot fi anticipate, dar alte probleme ridicate de pacienți sunt mai dificil de anticipat. Odată ce barierele sunt definite, asistentul și pacientul pot identifica soluții potențiale sau, dacă o anumită barieră nu poate fi depășită, obiectivul poate fi reevaluat sau schimbat. Această abordare poate îmbunătăți rezultatele clinice pentru numeroase afecțiuni medicale și pentru pacienții cu diferite niveluri de venit [8].

**Automonitorizarea.** O altă strategie eficientă pentru facilitarea unei varietăți de schimbări comportamentale implică auto-monitorizarea, definită ca urmărirea regulată a unui anumit element de comportament (număr de minute de exerciții fizice, numărul de țigări fumate) sau un rezultat mai distal (greutatea). Se recomandă notarea în jurnal a detaliilor unui comportament pe o perioadă scurtă, mai degrabă decât să le cerem pacienților să și le amintească în timpul unei întâlniri. Această abordare poate oferi date mai precise și mai valoroase, reprezentând și un punct de plecare de la care să se urmărească schimbarea.

Atunci când pacienții sunt de acord să-și automonitorizeze comportamentul, pot crește șansele de succes prin discutarea planului specific. De exemplu, la ce oră din zi își va înregistra pacientul comportamentul? Cum își va aminti pacientul să observe și să înregistreze comportamentul respectiv? Ce va scrie pacientul în jurnal? Înregistrarea comportamentului imediat după ce acesta a apărut va oferi cele mai precise date. Deși pacienții pot fi tentați să omită comportamentele nesănătoase sau să le exagereze pe cele sănătoase, ei ar trebui încurajați de către asistentul medical să fie complet sinceri pentru a maximiza utilitatea înregistrărilor lor. Pacienții ar trebui să-și aducă jurnalele la vizitele de urmărire, să le revizuiască împreună cu echipa medicală, să sărbătorească succesele, să discute provocările și să creeze împreună planuri pentru următorii pași.

La ora actuală sunt disponibile o varietate de instrumente de urmărire digitală, inclusiv programe online, aplicații pentru smartphone-uri și funcții de ceas inteligent. Asistenții pot ajuta pacienții să aleagă care metodă este cea mai convenabilă pentru utilizarea zilnică. Majoritatea programelor online pot prezenta datele sub formă de diagrame sau grafice, permițând pacienților și personalului medical să urmărească cu ușurință schimbările în timp. Eat & Track, un program online gratuit, ajută pacienții să urmărească planurile de nutriție și să-și stabilească anumite obiective. Alte aplicații precum Nutritio sau MyFitnessPal sau Google Fit pot fi folosite în același scop.

Procesul de urmărire constantă a comportamentului cuiva este uneori o intervenție în sine, pacienții mărturisind adesea că automonitorizarea a dus la auto-reflecție, ceea ce a produs în final unele schimbări. Cercetările arată că automonitorizarea este eficientă pentru mai multe comportamente privind sănătatea, de exemplu, monitorizarea aportului de alimente pentru a reduce greutatea [9] și monitorizarea pentru a reduce comportamentele sedentare [10].

## **Tehnici specifice de schimbare a comportamentului**

Pentru fiecare din principalele comportamente cu risc pentru sănătate se pot face recomandări, bazate pe dovezi, ce pot fi utile pentru a încuraja pacienții să adopte comportamente specifice de sănătate.

### ***Comportamentul sedentar***

În țările dezvoltate, nivelurile de comportament sedentar al adulților sunt ridicate. Studii la care s-au folosit accelerometre pentru măsurarea cantitativă a nivelului de activitate fizică au arătat pentru adulții din Europa un timp mediu de sedentarism de 8,83 ore/zi [11]. La adulții cu vârsta peste 60 de ani, media zilnică de sedentarism a fost de 9,40 ore/zi [12]. Reducerea acestor rate ridicate de prevalență este o prioritate de sănătate publică, deoarece comportamentul sedentar excesiv este asociat cu o multitudine de rezultate negative asupra sănătății, variind de la boli cronice precum boli cardiovasculare, obezitate, diabet de tip II și sănătate mintală precară, până la mortalitate de orice cauză [13]. În afară de sfaturile generale de reducere a comportamentului sedentar, mai multe ghiduri internaționale de sănătate publică au recomandat întreruperea timpului sedentar la fiecare 30 de minute cu beneficii atât în plan metabolic, cât și al sănătății mentale [14, 15].

De-a lungul întregii durate a unei zile, perioada de timp liber este cea mai sedentară [16]. Având în vedere că o mare parte a comportamentului sedentar este habitual, adică implică puține raționamente și este efectuat fără luarea unei decizii conștiente, sunt necesare tehnici specifice de schimbare a comportamentului. Una dintre tehnicile cele mai eficiente este percepția conștientă a comportamentului habitual și a contextului acestuia prin intermediul automonitorizării [17, 18].

### ***Prescripția de activitate fizică***

Personalul medical discută rareori despre activitatea fizică cu pacienții [19]. Clinicienii ar trebui să ofere consiliere și să lucreze cu pacienții pentru a oferi soluții personalizate de activitate fizică, care au potențialul de a crește nivelul de activitate al pacienților [20]. Aceste recomandări ar trebui să enumere opțiuni creative pentru exercițiile fizice, bazate pe experiențele, punctele forte, valorile și obiectivele pacientului și adaptate la starea pacientului și într-un sens mai larg la obiectivele tratamentului pe parcursul timpului. De exemplu, unui pacient care are astm bronșic i s-ar putea prescrie exerciții „tai-chi” pentru a-l ajuta să-și controleze respirația, precum și echilibrul și anxietatea [21], iar altui pacient cu diagnostic de fibromialgie i s-ar putea prescrie practicarea de yoga pentru reducerea oboselii musculare și îmbunătățirea calității vieții și a somnului [22].

În personalizarea acestor recomandări, asistentul medical ar trebui să ajute pacientul să recunoască beneficiile activității fizice; să identifice care sunt barierele și cum să le depășească; să stabilească obiective mici, realizabile și să-i ofere încrederea necesară pentru a încerca această activitate.

### ***Alimentația nesănătoasă***

Obiceiurile alimentare nesănătoase includ subalimentarea sau supraalimentarea, lipsa alimentelor sănătoase de care avem nevoie în fiecare zi sau consumul prea mare de alimente și băuturi, care sunt sărace în fibre sau bogate în grăsimi, sare și/sau zahăr. Aceste obiceiuri alimentare nesănătoase ne pot afecta aportul de nutrienți, calorii, proteine, carbohidrați, acizi grași esențiali, vitamine și minerale, precum și fibre și lichide.

În ultimii 40 de ani, modelele alimentare globale s-au schimbat în moduri semnificative. Dietele populației s-au îndreptat către un consum mai mare de alimente procesate și ultraprocesate, cu conținut scăzut de nutrienți și bogate în calorii. În prezent ne confruntăm cu o creștere a consumului de alimente preparate în afara casei, dar în același timp a crescut și dimensiunea porțiilor, ceea ce favorizează consumul excesiv. S-a înregistrat și o creștere a consumului alimentelor din surse animale, precum și un aport mai mare de uleiuri și îndulcitori cu conținut caloric ridicat. În multe țări, populația generală consumă cantități de sodiu, grăsimi nesănătoase și zaharuri adăugate care depășesc cu mult nivelurile recomandate. Consumul excesiv de alimente și băuturi nesănătoase a fost, de asemenea, cuplat cu un aport mai mic de componente dietetice mai sănătoase, inclusiv alimente bogate în nutrienți și cu calorii mai puține, cum ar fi leguminoasele, cerealele integrale și alte legume [23–25].

Aceste modificări ale dietei au consecințe majore asupra sănătății publice. Dieta și inactivitatea fizică se numără acum printre principalele cauze de deces și dizabilități care pot fi prevenite în aproape fiecare țară din lume [26]. Peste două miliarde de oameni din întreaga lume sunt acum supraponderali sau obezi, în timp ce subnutriția maternă și infantilă este responsabilă pentru 11%

din povara globală totală a bolilor [27]. Dietele nesănătoase, inclusiv aportul ridicat de zaharuri adăugate, grăsimi trans și aportul în exces de sodiu, sunt legate de obezitate, boli de inimă, diabet de tip 2, cancer, hipertensiune arterială și accident vascular cerebral [28]. Dacă ne referim doar la băuturile îndulcite cu zahăr, consumul lor a fost legat de obezitate, creștere în greutate, carii dentare, aport crescut de calorii, diabet zaharat de tip 2 și boli de inimă [29]. În plus, factorii de risc legați de dietă, inclusiv consumul scăzut de fructe și aportul ridicat de sodiu reprezintă 10% din anii de viață ajustați în funcție de dizabilități la nivel mondial [30]. Anii de viață ajustați în funcție de incapacitate (DALY sau disability-adjusted life years în limba engleză) reprezintă un indicator folosit de sistemul de sănătate care însumează pierderea de vieți prin decese premature și anii trăiți cu incapacitate date de prezența bolii.

**Obiective de alimentație sănătoasă.** Pacienții sunt greu de convins să-și schimbe dieta, la aceasta adăugându-se așteptări nerealiste și promovarea agresivă a unor diete la modă, a postului și a altor tendințe alimentare care deseori stârnesc confuzii atât în rândul pacienților, cât și a personalului medical. Mai mult, personalul medical în curs de formare primește puține informații cu privire la ceea ce constituie sfaturi bune de alimentație și nutriție ideală [31]. Aceste neajunsuri împiedică de multe ori tinerii absolvenți ai învățământului medical să abordeze acest subiect cu pacienții. Chiar dacă identifică opțiuni sănătoase, eșecurile frecvente pot lăsa atât pacienții, cât și personalul medical mai puțin motivați să reabordeze problema ulterior. Cu toate acestea, pacienții pot fi ajutați să își stabilească obiective realiste de alimentație sănătoasă folosind trei etape:

1. **Reflectarea** asupra dietei și tiparelor de alimentație actuale se poate face prin metoda menținerii pentru câteva zile a unui jurnal alimentar, în care să se noteze toate alimentele și băuturile consumate, inclusiv băuturile alcoolice. Pentru descoperirea tiparelor va fi utilă notarea orelor de consum. Câteva dintre obiceiurile alimentare pot duce la consum în exces de calorii. Trebuie remarcate următoarele practici: mâncatul prea repede, mâncatul fără senzație de foame, mâncatul fără a sta la masă, consumul de desert la fiecare masă, etc. Anumite consumuri de alimente pot fi declanșate de anumite situații în afară de foame, precum: lipsa de energie de după prânz, așezatul în fața televizorului înainte sau după o situație stresantă, plictiseala, prezența anumitor snack-uri/dulciuri așezate la vedere. Reflectând asupra obiceiurilor lor alimentare, pacienții pot conștientiza de exemplu că mănâncă prea repede atunci când mănâncă singuri. O strategie este punerea furculiței jos între două mușcăături sau minimizarea unor distrageri ale atenției, precum vizionarea știrilor în timpul mesei. Astfel de distrageri îi pot împiedica pe pacienți să fie atenți la cât de repede și cât de mult mănâncă. Un alt sfat pe care ar trebui să îl ia în considerare ar fi să mănânce numai atunci când le este cu adevărat foame, nu atunci când sunt obosiți, anxioși sau când simt o emoție în afară de foame. Rezolvarea constă în găsirea unei activități care nu implică mâncatul: o plimbare rapidă sau o discuție telefonică cu un prieten.

2. **Înlocuirea** obiceiurilor nesănătoase cu altele noi, sănătoase. Studiile au arătat că o modalitate de a combate inerția alimentației nesănătoase este de a ajuta pacienții să se angajeze în pași mici, care pot fi realizați și măsurați [32]. În primul rând, pacientul ar trebui să aleagă ce schimbare mică ar dori să facă — de exemplu, să scadă numărul de deserturi pe săptămână, să mănânce o porție de fructe sau legume pe zi sau să înlocuiască o masă de fast-food pe săptămână cu un sandwich sau o salată pregătite acasă [33]. Mesele ar trebui planificate din timp pentru a se asigura că mănâncă o hrană sănătoasă și echilibrată.
3. **Consolidarea** întărește noile obiceiuri sănătoase. Obiceiurile necesită timp pentru a se dezvolta și acest lucru nu se întâmplă peste noapte.

### ***Fumatul***

Fumatul tutunului crește riscul de a contracta o gamă largă de boli, dintre care multe sunt fatale. Renunțarea la fumat la orice vârstă este benefică în comparație cu continuarea fumatului. Pentru unele boli, riscul poate fi inversat, în timp ce pentru altele riscul este aproximativ păstrat în momentul în care s-a oprit fumatul.

Se estimează că anual fumatul de tutun duce la moartea prematură a aproximativ 6 milioane de oameni în întreaga lume [34]. O „moarte prematură din cauza fumatului” este definită ca un deces cauzat de o boală legată de fumat la o persoană care altfel ar fi murit ulterior din altă cauză. Multe dintre aceste decese apar la oameni care au renunțat la fumat, dar a căror sănătate a fost deja afectată de acesta. De asemenea, fumătorii care nu renunță la fumat își pierd în medie 10 ani din speranța de viață în comparație cu cei care nu fumează niciodată și încep să sufere de boli ale bătrâneții cu aproximativ 10 ani mai devreme decât nefumătorii [35].

Cele mai multe decese legate de fumat apar din cauza cancerelor (în principal cancer pulmonar), bolilor respiratorii (în principal boala pulmonară obstructivă cronică – BPOC) și bolilor cardiovasculare (în principal bolile coronariene). Fumatul este un factor de risc important pentru accidentul vascular cerebral, pentru orbire, surditate, osteoporoză și boli vasculare. După vârsta de 40 de ani, fumătorii au, în medie, niveluri mai mari de durere și dizabilități decât nefumătorii [36].

Atât la femei, cât și la bărbați fumatul reduce fertilitatea. Fumatul în timpul sarcinii provoacă subdezvoltarea fătului și crește riscul de avort spontan, deces neonatal, boli respiratorii la urmași și este probabil o cauză a problemelor de sănătate mentală la descendenți.

Renunțarea la fumat implică, de obicei, intenția de a nu mai fuma țigări dintr-un anumit moment în timp - o „încercare de renunțare”. Ea este urmată de rezistența conștientă la impulsul de a fuma, ceea ce duce la o anumită perioadă de abținere. Dacă cineva care încearcă să renunțe fumează una sau mai multe țigări cu o ocazie, dar apoi reia abținerea, aceasta este de obicei numită „cădere”. Dacă această persoană reia fumatul în mod regulat, se spune că a „recăzut”. „Abținerea pe termen scurt” reprezintă o perioadă de până la 4 săptămâni de abținere.



„Abstinența pe termen lung” se referă adesea la o perioadă de timp de cel puțin 6 luni, dar, de obicei, implică abstinența timp de cel puțin 12 luni. Nu există un criteriu clar convenit pentru a decide când cineva „a încetat să mai fumeze”, așa că este esențial atunci când se folosește termenul să fie clar cât de lungă a fost perioada de abstinență.

**Cei cinci R pentru a renunța la fumat.** În ciuda consecințelor bine-cunoscute ale fumatului și a eforturilor la nivel internațional și național de a reduce ratele de fumat, în România aproximativ 37,4% dintre bărbați și 16,7% dintre femei încă mai fumează țigări [37]. Ca și în cazul oricărui fel de schimbări de comportament, pacienții se pot găsi în diferite stadii de pregătire pentru a renunța la fumat. Tehnicile de interviu motivațional pot fi utile pentru a explora ambivalența unui pacient într-un mod care îi respectă autonomia și întărește auto-eficacitatea. Discutarea celor cinci R (în limba engleză) este o abordare utilă pentru explorarea ambivalenței în rândul pacienților [38]:

- **Relevanță (Relevance).** Explorați de ce renunțarea la fumat este relevantă din punct de vedere personal pentru pacient.
- **Riscuri (Risks).** Sfătuiți pacientul cu privire la consecințele negative ale continuării fumatului.
- **Recompense (Rewards).** Cereți pacientului să identifice beneficiile renunțării la fumat.
  - **Bariere (Roadblocks).** Ajutați pacientul să determine obstacolele pe care le poate întâmpina atunci când renunță. Barierele comune includ creșterea în greutate, stresul, teama de retragere socială, teama de eșec și de a avea alți fumători în imediata apropiere, cum ar fi colegii de muncă sau familia.
  - **Repetă (Repetition).** Încorporați aceste aspecte la fiecare contact clinic cu pacientul.

Mulți pacienți aleg să reducă cantitatea de tutun pe care o folosesc înainte de data la care vor să renunțe. Cu toate acestea, cercetările arată că reducerea numărului de țigări nu este mai eficientă decât renunțarea bruscă, iar stabilirea unei date de renunțare este asociată cu un succes mai mare pe termen lung [39].

Odată ce pacientul stabilește o dată de renunțare, este esențial contactul repetat cu echipa medicală pentru a se consolida mesajele de renunțare la fumat. Personalul medico-sanitar ar trebui să ia în considerare să sune sau să vadă pacientul în termen de una până la trei zile de la data renunțării pentru a încuraja eforturile continue de renunțare, deoarece această perioadă de timp are cel mai mare risc de recidivă. Contactarea pacientului crește rata de succes ca acesta să rămână abstinent de patru sau mai multe ori [38]. Renunțarea definitivă poate necesita mai multe tentative, dar încurajarea și eforturile continue, cum ar fi stabilirea de noi date de renunțare sau oferirea altor terapii farmacologice și comportamentale pot fi de ajutor.

## ***Consumul excesiv de alcool***

Alcoolul este o substanță psiho-activă care are proprietăți de producere a dependenței, care a fost folosită pe scară largă în multe culturi de-a lungul secolelor. Folosirea în exces a băuturilor alcoolice este implicată în mai multe afecțiuni, având totodată consecințe sociale și economice semnificative.

Interesul pentru consumul excesiv de alcool a crescut în ultimele decenii, ducând la un număr tot mai mare de cercetări științifice publicate [40]. Consumul excesiv de alcool la o ocazie (binge drinking) a fost definit ca un model de consum de băuturi alcoolice care aduce concentrația de alcool în sânge la 0,08 grame/100 ml sau mai mult. Pentru adultul obișnuit, acest tipar corespunde consumului a 5 sau mai multe porții la bărbați sau a 4 sau mai multe porții la femei, în aproximativ 2 ore [41]. Noțiunea de porție de alcool este o măsură care permite estimarea conținutului în alcool pur a unei porții de băutură. În România, prin consens, o unitate de alcool este echivalentă cu 12 grame de alcool pur. Numărul unităților de alcool din fiecare porție de băutură depinde de mărimea și de concentrația acesteia. De exemplu, o doză de bere de 330 ml 4% conține 13,2 grame alcool pur (1,1 unități de alcool), în timp ce o doză de bere de 500 ml 4% conține 20 grame de alcool pur (1,66 unități de alcool). Prevalența consumului intens de alcool episodic, definit ca 60 sau mai multe grame de alcool pur cel puțin într-o ocazie pe lună a scăzut la nivel global de la 22,6% în 2000 la 18,2% în 2016 în rândul populației totale, dar rămâne ridicată în rândul anumitor consumatori, în special în unele părți ale Europei de Est și în unele țări din Africa sub-sahariană, unde se găsesc peste 60% dintre consumatorii actuali. În toate regiunile, femeile consumă alcool mai rar și în cantități mai reduse per ocazie decât bărbații.

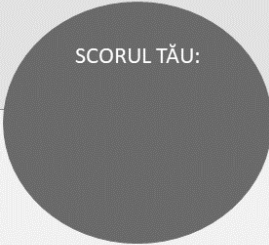
Utilizarea dăunătoare a alcoolului este un factor cauzal în peste 200 de boli și vătămări. La nivel mondial, 3 milioane de decese în fiecare an sunt cauzate de consumul excesiv de alcool. Aceasta reprezintă 5,3% din totalul deceselor. În general, 5,1% din povara globală a bolilor și traumatismelor este atribuită alcoolului, măsurată în anii de viață ajustați în funcție de dizabilitate (DALY).

Consumul excesiv de alcool cauzează decese și dizabilități relativ timpurii. La persoanele cu vârsta cuprinsă între 20 și 39 de ani, aproximativ 13,5% din totalul deceselor sunt atribuite alcoolului. Există o relație cauzală între consumul excesiv de alcool și o serie de tulburări mentale și de comportament, precum și alte afecțiuni netransmisibile și traumatisme [40].

## **Identificarea pacienților cu risc**

Datorită timpului limitat din timpul consultațiilor, discuțiilor despre alcool li se acordă o importanță mai scăzută, în ciuda faptului că există potențiale beneficii pentru sănătate. Anumite organizații internaționale recomandă integrarea testului de alcool în practica de rutină [42]. Asistenții medicali ar trebui să întrebe despre consumul de alcool în orice oportunitate relevantă,

de exemplu la pacienții care se prezintă pentru sfaturi privind sănătate sexuală sau care au hipertensiune arterială, la cei care se prezintă cu leziuni minore sau cu tulburări de somn, chiar și atunci când un factor de risc modificabil (de exemplu, obezitatea sau fumatul) nu a fost motivul inițial al vizitei pacientului. În Figura 1 este prezentat un exemplu de test de screening:

ÎNTREBĂRI	SISTEM DE SCOR					SCORUL TĂU
	0	1	2	3	4	
1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?	niciodată	lunar sau mai rar	2 - 4 ori pe lună	2 - 3 ori pe săptămână	4 sau mai multe ori pe săptămână	
2. Câte băuturi standard* consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?	una sau două	trei sau patru	cinci sau șase	șapte sau nouă	zece sau mai mult	
3. Cat de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?	niciodată	lunar sau mai rar	lunar	săptămânal	zilnic sau aproape zilnic	
<p>*o băutură standard conține 12 g alcool pur și este echivalentă cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 doză de bere 330ml,</li> <li>• 1 pahar vin a 125ml sau</li> <li>• 1 pahar de tărie a 40ml</li> </ul>						
SCOR:						
1-4	Risc redus					
5-7	Risc în creștere					
8-10	Risc înalt					
11-12	Posibilă dependență de alcool					

**Figura 1.** Testul de screening AUDIT C

Odată ce nivelul de risc al unui pacient a fost identificat, este important să se ofere feedback pentru a-l ajuta să înțeleagă modul în care consumul de alcool îl poate afecta. Asistenții medicali ar trebui să utilizeze scorul AUDIT C al pacientului și recomandările adecvate pentru a oferi sfaturi succinte adecvate.

Pentru pacienții care obțin scorul 1–4, reprezentând un consum cu risc mai scăzut la testul AUDIT C, comportamentul curent ar trebui consolidat în mod pozitiv și ar trebui discutate riscurile de creștere a consumului regulat sau episodic. Dacă scorul este de 5 sau mai mare, reprezentând un comportament de consum de alcool cu risc crescut, ar trebui discutate și mai detaliat riscurile pe termen scurt și riscurile de boli cronice ce includ afecțiuni cardiovasculare, depresie, pancreatită, boli hepatice și anumite tipuri de cancer. Dacă se identifică un pacient cu risc ridicat (scor 8-10) sau pe cineva care poate fi dependent de alcool (scor 11-12), acesta ar trebui să fie conștient de pericolele renunțării bruște la consumul de alcool și să fie încurajat să solicite tratament de specialitate [42].

Pe lângă risc, trebuie discutat și despre posibilele beneficii ale reducerii consumului de alcool și împărtășite informații despre kaloriile ascunse în alcool: o halbă de bere cu 5% alcool are 200-

220 calorii, similar cu jumătate de tablă de ciocolată. Exemple de alte beneficii conexe includ economisirea de bani, senzația de mai multă energie, îmbunătățirea somnului sau a dispoziției și îmbunătățirea relațiilor, a vieții la locul de muncă sau acasă.

Conversațiile trebuie să fie centrate pe persoană și adaptate nevoilor individuale ale pacientului. Teoria comportamentului privind sănătatea identifică furnizarea de informații ca fiind doar un aspect al schimbării comportamentului [43]. Scopul este de a facilita luarea deciziilor de către pacient printr-o abordare fără judecată, încurajatoare, empatică și cu autoritate, pentru a îmbunătăți probabilitatea acestuia de a recunoaște și planifica cum să reducă riscurile asociate comportamentului său legat de consum de alcool.

Asistenții medicali ar trebui să discute sfaturi practice despre modul în care pacienții își pot reduce riscul, de exemplu:

- să aibă mai multe zile fără alcool în fiecare săptămână;
- să consume băuturi de dimensiuni mai mici: sticla de bere de 0,33 l în locul celei de 0,5 l;
- să consume o băutură mai slabă (de exemplu, vin cu conținut scăzut de alcool);
- să alterneze băuturile alcoolice cu apă sau băuturi răcoritoare cu conținut scăzut de zahăr;
- să evite consumul de alcool în reprize;
- acasă, să folosească un pahar mai mic și să consume alcool numai în timpul meselor;
- înainte de a începe să consume alcool, să își stabilească o limită și să o păstreze.

Pacienții pot fi încurajați să folosească un jurnal pentru băuturile consumate sau o aplicație pentru a-i ajuta să identifice modele de băutură, să implementeze zile fără băutură și să reducă numărul de unități pe care le consumă.

Este necesară o combinație de intervenții individuale și populaționale pentru a reduce daunele legate de alcool – în beneficiul societății în ansamblu. Abordările *macro*, la nivel de populație sunt importante deoarece pot contribui la reducerea nivelului global de alcool consumat și, prin urmare, la reducerea riscului întregii populații de a suferi datorită problemelor cauzate de alcool. Intervențiile îi pot ajuta:

- pe cei care nu sunt în contact regulat cu serviciile relevante;
- pe cei care au fost consiliați în mod special să-și reducă consumul de alcool, prin crearea unui mediu care să susțină consumul de alcool cu risc scăzut.

Intervențiile personale pot ajuta oamenii să conștientizeze potențialele riscuri pe care și le asumă (sau răul pe care și-l pot face) într-un stadiu incipient. O intervenție timpurie este cel mai probabil să determine schimbarea comportamentului și în plus ar putea preveni daune mai mari [42].

### ***Lipsa de complianță la terapie***

Scopul final al oricărei terapii medicale prescrise este de a obține anumite rezultate dorite la pacienții în cauză. Aceste rezultate dorite sunt parte integrantă a obiectivelor în managementul diferitelor patologii. Cu toate acestea, în ciuda tuturor celor mai bune intenții și eforturi din partea specialiștilor din domeniul sănătății, aceste rezultate ar putea să nu fie realizabile dacă pacienții nu se conformează. Acest lucru poate avea, de asemenea, efecte grave și dăunătoare din perspectiva managementului bolii.

Complianța terapeutică nu include doar complianța pacientului față de medicamente, ci și față de dietă, exercițiile fizice sau schimbările stilului de viață. Pentru a evalua posibilul impact al nerespectării terapiei asupra rezultatelor clinice, au fost efectuate numeroase studii folosind diferite metode și s-a estimat că rata de complianță a terapiilor medicamentoase pe termen lung a fost între 40% și 50%. Rata de complianță pentru terapia pe termen scurt a fost mult mai mare, între 70% și 80%, în timp ce complianța cu modificările stilului de viață a fost cea mai scăzută la 20%-30% [44].

Dacă pacienții nu urmează sau nu aderă la planul de tratament cu fidelitate, efectele benefice scontate ale celui mai atent stabilit plan de tratament, bazat pe dovezi științifice nu vor fi realizate.

### ***Educarea pacientului pentru a preveni neaderarea la terapiile prescrise***

Respectarea administrării terapiilor prescrise poate fi o provocare pentru mulți pacienți. De fapt, aproximativ 20% până la 30% dintre rețete nu sunt niciodată ridicate de la farmacie și 50% dintre medicamentele pentru boli cronice nu sunt luate așa cum au fost prescrise [45]. Neaderarea este asociată cu rezultate terapeutice slabe, progresia ulterioară a bolii și scăderea calității vieții. Pentru a ajuta pacienții să-și îmbunătățească aderența la terapii, trebuie determinat motivul neaderenței. Cele mai frecvente motive sunt uitarea, frica de efecte secundare, costurile mari ale medicamentelor și o eficacitate percepută ca fiind deficitară. Pentru a ajuta pacienții să schimbe aceste convingeri, asistenții medicali îi pot aborda astfel:

- Să educe pacienții cu privire la patru aspecte cheie ale terapiei medicamentoase – motivul pentru care au primit-o – indicație; la ce ar trebui să se aștepte – eficacitate; efectele secundare și interacțiunile – siguranță; și modul în care se potrivește structural și financiar stilului lor de viață – comoditate [46].
- Să ajute pacienții să facă din administrarea medicamentelor o rutină a vieții lor de zi cu zi. De exemplu, dacă un pacient trebuie să folosească un inhalator de două ori pe zi, să i se recomande utilizarea inhalatorului înainte de a se spăla pe dinți în fiecare dimineață și seară. Dacă pacienții își descriu ziua, inclusiv rutinele de dimineață, orele de lucru și alte responsabilități se vor identifica oportunități optime de a integra acest nou comportament.

- Să identifice cine îi poate ajuta pe pacienți să își gestioneze terapiile. Rețelele de socializare, inclusiv membrii familiei sau prietenii apropiați sau chiar anumite aplicații, pot ajuta pacienții să-și configureze cutii de organizare a medicamentelor care trebuie administrate sau să ofere memento-uri pentru a preveni uitarea.

### Mesaje cheie:

Comportamentele nesănătoase contribuie la povara globală a bolilor, crescând morbiditatea și mortalitatea și reducând calitatea vieții. Principalele comportamente nesănătoase sunt sedentarismul, alimentația nesănătoasă, fumatul și consumul excesiv de alcool care au o pondere foarte mare în rândul unor populații. Pe lângă intervențiile populaționale, abordarea personală cu ocazia consulturilor de către asistenții medicali poate pregăti terenul pentru schimbările comportamentale și poate susține schimbarea, consolidând acceptarea unui stil de viață sănătos.

### Bibliografie:

1. Noncommunicable diseases: Mortality. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-mortality>. Accessed 3 Jun 2022
2. Cockerham WC (2005) Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J Health Soc Behav* 46:51–67.
3. (2022) *The SAGE Handbook of Health Psychology*. In: SAGE Publ. Ltd. <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/the-sage-handbook-of-health-psychology/book209914>. Accessed 3 Jun 2022
4. Armstrong D (2009) Origins of the problem of health-related behaviours: a genealogical study. *Soc Stud Sci* 39:909–926.
5. Short SE, Mollborn S (2015) Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. *Curr Opin Psychol* 5:78–84.
6. Harrison A, Short SE, Tuoane-Nkhasi M (2014) Re-focusing the gender lens: caregiving women, family roles and HIV/AIDS vulnerability in Lesotho. *AIDS Behav* 18:595–604.
7. Bodenheimer T, Handley MA (2009) Goal-setting for behavior change in primary care: an exploration and status report. *Patient Educ Couns* 76:174–180.
8. Estrada Del Campo Y, Cubillos L, Vu MB, et al (2019) Feasibility and acceptability of a Mediterranean-style diet intervention to reduce cardiovascular risk for low income Hispanic American women. *Ethn Health* 24:415–431.
9. Burke LE, Wang J, Sevick MA (2011) Self-Monitoring in Weight Loss: A Systematic Review of the Literature. *J Am Diet Assoc* 111:92–102.

10. Compernelle S, DeSmet A, Poppe L, et al (2019) Effectiveness of interventions using self-monitoring to reduce sedentary behavior in adults: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 16:63.
11. Loyen A, Clarke-Cornwell AM, Anderssen SA, et al (2017) Sedentary Time and Physical Activity Surveillance Through Accelerometer Pooling in Four European Countries. *Sports Med Auckl Nz* 47:1421–1435.
12. Harvey JA, Chastin SFM, Skelton DA (2015) How Sedentary are Older People? A Systematic Review of the Amount of Sedentary Behavior. *J Aging Phys Act* 23:471–487.
13. Rosenberg DE, Bellettiere J, Gardiner PA, et al (2016) Independent Associations Between Sedentary Behaviors and Mental, Cognitive, Physical, and Functional Health Among Older Adults in Retirement Communities. *J Gerontol Ser A* 71:78–83.
14. Paing AC, McMillan KA, Kirk AF, et al (2020) Diurnal patterns of objectively measured sedentary time and interruptions to sedentary time are associated with glycaemic indices in type 2 diabetes. *J Sci Med Sport* 23:1074–1079.
15. Hallgren M, Nguyen T-T-D, Owen N, et al (2020) Associations of interruptions to leisure-time sedentary behaviour with symptoms of depression and anxiety. *Transl Psychiatry* 10:128.
16. Ploeg HP van der, Venugopal K, Chau JY, et al (2013) Non-Occupational Sedentary Behaviors: Population Changes in the Netherlands, 1975–2005. *Am J Prev Med* 44:382–387.
17. Conroy DE, Maher JP, Elavsky S, et al (2013) Sedentary behavior as a daily process regulated by habits and intentions. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc* 32:1149–1157.
18. Quinn JM, Pascoe A, Wood W, Neal DT (2010) Can't Control Yourself? Monitor Those Bad Habits. *Pers Soc Psychol Bull* 36:499–511.
19. Sreedhara M, Silfee VJ, Rosal MC, et al (2018) Does provider advice to increase physical activity differ by activity level among US adults with cardiovascular disease risk factors? *Fam Pract* 35:420–425.
20. Pinto BM, Lynn H, Marcus BH, et al (2001) Physician-based activity counseling: intervention effects on mediators of motivational readiness for physical activity. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med* 23:2–10.
21. Liao P-C, Lin H-H, Chiang B-L, et al (2019) Tai Chi Chuan Exercise Improves Lung Function and Asthma Control through Immune Regulation in Childhood Asthma. *Evid Based Complement Alternat Med* 2019:e9146827.
22. Verma A, Shete SU, Doddoli G (2020) Yoga therapy for fibromyalgia syndrome: A case report. *J Fam Med Prim Care* 9:435–438.
23. Popkin BM, Adair LS, Ng SW (2012) NOW AND THEN: The Global Nutrition Transition: The Pandemic of Obesity in Developing Countries. *Nutr Rev* 70:3–21.
24. Serban CL, Banu AM, Putnoky S, et al (2021) Relative Validation of a Four Weeks Retrospective Food Frequency Questionnaire versus 7-Day Paper-Based Food Records in Estimating the Intake of Energy and Nutrients in Adults. *Nutr Diet Suppl* 13:113–125.

25. Șerban CL, Sima A, Hogeia CM, et al (2019) Assessment of Nutritional Intakes in Individuals with Obesity under Medical Supervision. A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 16:E3036.
26. World Health Organization (2009) *Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. World Health Organization
27. Ng M, Fleming T, Robinson M, et al (2014) Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults 1980-2013: A systematic analysis. *Lancet* 384:766–781.
28. León-Muñoz LM, García-Esquinas E, Soler-Vila H, et al (2016) Unhealthy eating behaviors and weight gain: A prospective study in young and middle-age adults. *Obes Silver Spring Md* 24:1178–1184.
29. Malik VS, Pan A, Willett WC, Hu FB (2013) Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 98:1084–1102.
30. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al (2012) A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380:2224–2260.
31. Guo H, Pavek M, Loth K (2017) Management of Childhood Obesity and Overweight in Primary Care Visits: Gaps Between Recommended Care and Typical Practice. *Curr Nutr Rep* 6:307–314.
32. Perkins-Porras L, Cappuccio FP, Rink E, et al (2005) Does the effect of behavioral counseling on fruit and vegetable intake vary with stage of readiness to change? *Prev Med* 40:314–320.
33. Kahan S, Manson JE (2017) Nutrition Counseling in Clinical Practice: How Clinicians Can Do Better. *JAMA* 318:1101–1102.
34. WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241516204>. Accessed 5 Jun 2022
35. Jha P, Peto R (2014) Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med* 370:60–68.
36. West R (2017) Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health* 32:1018–1036.
37. Data and statistics. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics>. Accessed 5 Jun 2022
38. Patients Not Ready To Make A Quit Attempt Now (The “5 R’s”). <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/tobacco/5rs.html>. Accessed 5 Jun 2022
39. Larzelere MM, Williams DE (2012) Promoting smoking cessation. *Am Fam Physician* 85:591–598
40. Global status report on alcohol and health 2018. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565639>. Accessed 7 Jun 2022
41. Kuntsche E, Kuntsche S, Thrul J, Gmel G (2017) Binge drinking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health* 32:976–1017.
42. Overview | Alcohol-use disorders: prevention | Guidance | NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph24>. Accessed 7 Jun 2022



43. Stevely AK, Buykx P, Brown J, et al (2018) Exposure to revised drinking guidelines and 'COM-B' determinants of behaviour change: descriptive analysis of a monthly cross-sectional survey in England. *BMC Public Health* 18:251.
44. Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Chuen Li S (2008) Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag* 4:269–286
45. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, et al (2012) Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Ann Intern Med* 157:785–795.
46. Cipolle R, Strand L, Morley P (2012) *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management*, Third Edition, 3rd edition. McGraw Hill / Medical, New York

## Capitolul 7

# EVALUAREA NEVOILOR DE SĂNĂTATE ȘI DEZVOLTAREA UNOR INTERVENȚII POTRIVITE

---

*Constantin Caraion-Buzdea, Sorin Ursoniu*

### **Obiective educaționale:**

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili:*

- să înțeleagă diferitele abordări ale sănătății populației;
- să identifice tipurile de nevoi;
- să înțeleagă relația între nevoi și serviciile de sănătate;
- să identifice nivelurile de responsabilitate privitor la evaluarea nevoilor de sănătate și dezvoltarea de intervenții potrivite;
- să înțeleagă modul cum funcționează sistemele de determinare a nevoilor;
- să descrie procesul de realizare a unei evaluări comunitare a nevoilor de sănătate;
- să identifice nevoile de sănătate la nivel de comunitate, grupuri țintă și individuale.

Pe măsură ce presiunea financiară va continua să crească, în majoritatea țărilor va exista un interes tot mai mare referitor la nevoile critice de sănătate ale comunității și la măsura în care sunt folosite cele mai bune dovezi pentru a justifica cheltuielile efectuate [1]. Intervențiile care vin în întâmpinarea acestor nevoi vor fi și ele evaluate cu grijă.

Inițial, preocuparea multor profesioniști din domeniul sănătății, cunoscută sub numele de *focalizare „în aval”*, a fost să furnizeze servicii de îngrijire a sănătății persoanelor bolnave și să încurajeze schimbările comportamentale la nivel individual necesare susținerii intervențiilor terapeutice propuse. În mod tradițional, accentul a fost pus pe promovarea sănătății și prevenirea bolilor prin lucrul cu indivizii și familiile în cadrul comunității. A apărut însă nevoia unei schimbări cu *focalizare „în amonte”*, care include atragerea grupurilor țintă și a comunităților în activități precum *organizarea și stabilirea politicilor de sănătate*.

Aceste grupuri și comunități sunt chemate în prezent să colaboreze pentru a crea *opțiuni* pentru medii mai sănătoase, ținând cont de componente esențiale ale sănătății precum educația, locuințe corespunzătoare, locuri de muncă și nutriție adecvate, și să ofere *opțiuni* care să le permită oamenilor să-și modifice comportamentul, să trăiască și să lucreze în medii sigure și să aibă acces la o asistență medicală echitabilă și cuprinzătoare. Drept urmare, se impune responsabilizarea societății în ce privește protecția vieții umane pentru a ne asigura că toți oamenii au nevoile de bază satisfăcute [2].

Noul model folosește asistenți medicali comunitari, care se familiarizează treptat cu comunitatea în care își desfășoară activitatea și încep să înțeleagă natura acesteia, implicându-se la nivel zonal. Treptat, asistentul medical percepe anumite probleme și generează ipoteze despre sănătatea comunității. Această abordare este denumită „*epidemiologia pantofilor de piele*”, *epidemiologie de teren* sau *epidemiologie de intervenție*. Ulterior, asistentul trebuie să fundamenteze aceste evaluări și impresii inițiale cu date mai concrete, înainte de a putea formula un diagnostic și un plan comunitar [3]. El trebuie să înțeleagă perspectiva comunității în ce privește starea de sănătate, serviciile pe care le solicită aceasta și îngrijorările pe care le manifestă. Majoritatea datelor oficiale nu captează acest tip de informații. Datele colectate direct de la un grup țintă pot să ofere mai multe informații și pot fi mai precise.

Asistenții medicali comunitari efectuează adesea evaluări ale nevoilor comunității. Deși datele colectate sunt subiective, planificarea atentă a procesului de către asistentul medical implicat va contribui la creșterea fiabilității și utilității acestuia, indiferent de metoda folosită.

Pe lângă metodele de observare directă, anumite instrumente de sănătate publică devin esențiale pentru o practică de nursing concentrată pe grupuri țintă. Astfel, analiza informațiilor demografice și a datelor statistice oferă informații descriptive despre populație.

Epidemiologia implică analiza datelor de sănătate pentru a descoperi modelele de sănătate și distribuția bolilor într-o populație. Epidemiologia presupune, de asemenea, efectuarea de cercetări pentru a explica natura problemelor de sănătate și pentru a identifica grupurile cu risc crescut.

**Sănătatea** stabilește măsura în care un individ sau un grup este capabil, pe de o parte să-și realizeze aspirațiile și să-și satisfacă nevoile, pe de altă parte să schimbe sau să facă față mediului de viață. Sănătatea este, așadar, văzută ca o *resursă pentru viața de zi cu zi*, nu ca un obiectiv al vieții; este un concept pozitiv care pune accent pe resursele sociale și personale [4].

Un mediu favorabil, care să le permită oamenilor să ducă o viață sănătoasă, este de cea mai mare importanță pentru ca populațiile să fie sănătoase. **Politicile publice sănătoase** reprezintă una dintre cele mai importante abordări pentru atingerea acestui obiectiv [5].

Potrivit Glosarului de promovare a sănătății al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) [6], **politicile publice sănătoase** sunt caracterizate printr-o „*preocupare explicită pentru sănătate și echitate în toate domeniile politicii și prin responsabilitatea pentru impactul asupra sănătății*”.

**Politicile publice sănătoase** promovează sănătatea indivizilor și a comunităților prin:

- ✓ oferirea de oportunități pentru ca oamenii să adopte un stil de viață sănătos;
- ✓ împiedicarea adoptării de către oameni a unui stil de viață defavorabil sănătății;
- ✓ crearea de medii fizice și sociale sănătoase.

Conform aceluiași Glosar de promovare a sănătății, **politica de sănătate** este „o declarație sau o procedură formală în cadrul instituțiilor, care definește prioritățile și parametrii de acțiune ca răspuns la nevoile de sănătate, resursele disponibile și alte presiuni politice”[6].

**Politica de sănătate** este adesea adoptată prin legislație sau alte forme de stabilire a regulilor care definesc reglementări și stimulente ce permit furnizarea de servicii și programe de sănătate și accesul la aceste servicii și programe.

**Politica de sănătate** ar trebui să se distingă de **politicile publice sănătoase** prin preocuparea sa principală legată de serviciile și programele de sănătate.

**Tabelul 1. Rezumatul principalelor diferențe dintre politica de sănătate și politicile publice sănătoase**

<b>Caracteristici</b>	<b>Politica de sănătate</b>	<b>Politici publice sănătoase</b>
<b>Preocupare primară</b>	Funcționarea sistemului de sănătate	Crearea unui mediu de sprijin pentru sănătate; permiterea echității în sănătate
<b>Orientarea activității</b>	Organizarea serviciilor și a programelor de sanătate	Împuternicirea societăților, comunităților și indivizilor pentru a-și asuma responsabilitatea pentru sănătatea lor
<b>Baza modelului explicativ de sănătate</b>	Predominant biomedical	Predominant bio-psiho-social (socio-ambiental)
<b>Orientarea spre sănătate sau boală</b>	Boală (vindecarea bolii)	Sănătate (menținerea, îmbunătățirea sănătății)
<b>Responsabilitatea sectorului</b>	Sectorul de sănătate	Mai multe sectoare (preocupare intersectorială)
<b>Durată/sustenabilitate</b>	Termen scurt	Termen lung

Adaptat după: Premik, M., Pavlekovic, G., Kragelj, L.Z., Donev, D. [5]

Un obiectiv major în cadrul acțiunii intersectoriale este obținerea unei conștientizări mai importante a consecințelor asupra sănătății ca urmare a deciziilor politice și ale practicii organizaționale în diferite sectoare. Nu toate acțiunile intersectoriale pentru nevoi de sănătate implică sectorul sănătății.

**Politicile publice sănătoase** se caracterizează prin sustenabilitate, care se referă la utilizarea resurselor, direcția investițiilor, orientarea dezvoltării tehnologice și dezvoltarea instituțională în moduri care să asigure că dezvoltarea și utilizarea actuală a resurselor nu va compromite sănătatea și bunăstarea generațiilor viitoare.

## **Servicii de sănătate, nevoi de sănătate și nevoia de reorientare a serviciilor de sănătate [7]**

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), *reorientarea serviciilor de sănătate* este definită ca un proces care se caracterizează printr-o preocupare mai explicită pentru atingerea rezultatelor privind sănătatea populației prin modurile în care este organizat și finanțat sistemul de sănătate. În acest context, *nevoile de sănătate ale individului* se află în poziția centrală, echilibrate cu *nevoile grupurilor populaționale*.

În mod tradițional, serviciile de sănătate sunt orientate intrinsec către boală (abordare biomedicală) și, în consecință, spre satisfacerea unor nevoi definite medical. În majoritatea cazurilor, dar nu în toate (de exemplu, în cazul vaccinărilor sau *screening*-urilor), satisfacerea acestor nevoi coincide cu *satisfacerea nevoilor percepute de pacienți*. Pe de altă parte, furnizorii de sănătate nu sunt interesați, în mare parte, să ia în considerare *nevoile sociale*. De aceea, *serviciile de sănătate tradiționale* răspund cu greu cerințelor abordării cuprinzătoare a sănătății pentru a servi cetățenii.

Pe măsură ce costurile asistenței medicale cresc, serviciile de sănătate se confruntă cu probleme financiare și etice foarte mari. Pe de o parte, acest lucru se întâmplă datorită îmbunătățirilor aduse tehnologiei medicale, care au făcut posibilă tratarea diferitelor boli și dizabilități cu echipamente din ce în ce mai sofisticate, atât în scopuri de diagnostice, cât și în scopuri terapeutice.

Deoarece progresele recente în medicina clinică au îmbunătățit prognosticul persoanelor cu boli acute și cronice, există o nevoie crescută de formare specifică a furnizorilor de servicii medicale. Reabilitarea și îngrijirea pe termen lung fiind deosebit de importante, se ajunge în cele din urmă la costuri mai mari pentru îngrijirea sănătății.

Deși *sistemul serviciilor de sănătate* are o influență importantă asupra sănătății populației, acesta reprezintă doar unul dintre determinanții stării de sănătate. Interacțiunea dintre *mediul în care oamenii trăiesc, lucrează și comunică* (mediul natural și social, inclusiv mediul economic și cultural) și *factorii individuali* (factori moșteniți sau factori dobândiți) au o influență marcată asupra stării de sănătate a unui individ și a unei populații.

Pe lângă *sistemul de sănătate*, unul dintre determinanții extrem de importanți ai sănătății este *sistemul economic*. Sistemele de sănătate și cele economice nu sunt independente [8]. De fapt, ele sunt strâns legate: populațiile mai sănătoase sunt populații mai productive, ceea ce avantajează sistemul economic. Astfel, din perspectiva economiei, procesul de îmbunătățire continuă, progresivă a stării de sănătate a indivizilor și grupurilor populaționale ar trebui să aibă o importanță primordială. În definitiv, ambele sisteme au o influență marcantă asupra sănătății populației.

Deși foarte importanți, acești doi factori determinanți nu sunt suficienți pentru obținerea sănătății optime a unei populații. Pentru atingerea acesteia (fie sănătate bună a indivizilor, fie a populației în ansamblu) ar trebui abordați mai mulți factori determinanți ai sănătății, iar responsabilitatea

pentru problemele de sănătate trebuie împărțită între mai mulți parteneri, inclusiv *indivizi și comunități*.

În ceea ce privește *serviciile de sănătate*, acestea vor necesita o extindere a acțiunilor de promovare a sănătății și prevenire a bolilor pentru a realiza un *echilibru optim între investițiile în diferite tipuri de servicii de sănătate*: promovarea sănătății, prevenirea bolilor, diagnosticare, tratament, îngrijire și reabilitare.

Oricare ar fi procesul intervenției, este necesar să se țină seama de faptul că *inegalitățile în materie de sănătate* trebuie evitate și trebuie pus accentul pe *responsabilitatea socială pentru sănătate*.

*Carta de la Ljubljana privind reforma asistenței medicale*, adoptată în 1996, a definit 5 principii de reorganizare a serviciilor de îngrijire a sănătății: „*reforme în domeniul sănătății ar trebui să fie conduse de valori, orientate spre sănătate, centrate pe oameni, centrate pe calitate, bazate pe finanțare solidă și orientate către asistența medicală primară*”. Ar trebui să ne asigurăm că serviciile de sănătate protejează și promovează sănătatea la toate nivelurile, îmbunătățesc calitatea vieții, previn și tratează bolile, reabilitează pacienții și îi îngrijesc pe cei care suferă și pe cei aflați în fază terminală, și ar trebui să promoveze *exhaustivitatea și continuitatea îngrijirii în medii specifice*.

Serviciile de sănătate au doar un impact limitat asupra stării de sănătate a unei populații în absența altor activități care vizează sănătatea populației, deoarece determinanții cheie ai sănătății se află în afara sectorului sănătății. Politicile în domenii precum *educația, ocuparea forței de muncă și agricultura* au adesea un impact și mai mare asupra sănătății populației decât medicina. Prin urmare, este necesară cooperarea asistenței medicale primare cu alte sectoare.

Dintre direcțiile strategice stabilite prin Programul Operațional Sănătate pentru perioada 2021-2027 amintim „*creșterea gradului de informare a populației generale și țintirea familiilor și copiilor cu risc crescut, vulnerabile, prin măsuri de intervenție la nivel de comunitate (outreach) pentru informare, educare și consiliere, ajustate nevoilor*”[9].

Pentru a produce modificările necesare, trebuie identificate în primul rând nevoile.

- **Nevoia** (explicația semantică) – reprezintă o stare dorită care necesită să fie satisfăcută.

Dintre definițiile nevoii de sănătate, cea mai simplă este „*dorința oamenilor de a rămâne sănătoși*”.

## **Problemă de sănătate sau nevoie de sănătate?**

- **Problema** reprezintă o stare de sănătate considerată ca fiind deficitară de către individ, personalul sanitar sau colectivitate.
- **Nevoia** se manifestă ca o discrepanță între situația dorită și situația actuală în termeni de sănătate, servicii sau resurse. Ea exprimă voința de a se soluționa problema de sănătate observată, în întregime sau parțial. Nevoia de sănătate, la rândul ei, naște o nevoie de servicii de sănătate. Pe de altă parte, nevoile de sănătate pot să genereze obiective ale unor proiecte de sănătate.

Exemple [9]:

- Numărul încă mare al sarcinilor nedorite care se soldează cu avort, ponderea destul de mare a avorturilor la fetele sub 19 ani, dar și creșterea după anul 2010 a numărului nou-născuților abandonați în maternități confirmă *nevoia încă neacoperită de servicii de planificare familială*, mai ales pentru femeile dezavantajate;
- Reducerea riscului de deces infantil și matern, existând o nevoie de îmbunătățire a stării de sănătate și nutriție a femeii și copilului în grupurile defavorizate.

Există o legătură între nevoi și obiectivele pe care le vor genera [10]:

Nevoia de sănătate (ex. planning familial) → Obiective de sănătate

↓

Nevoi de servicii (ex. asistență medicală primară, asistență comunitară) → Obiective de servicii

↓

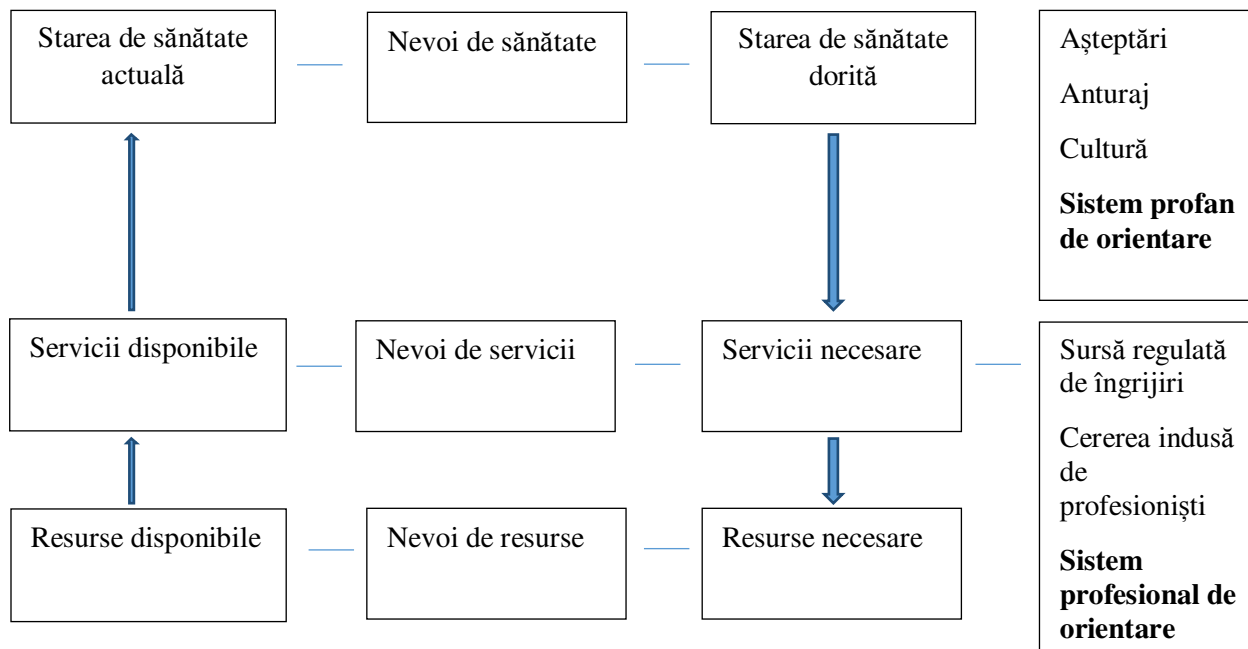
Nevoi de resurse (ex. medici de familie, asistente comunitare) → Obiective de resurse

Nevoile de îngrijiri de sănătate reprezintă un concept relativ, care implică atât individul cât și societatea. Neajunsurile pleacă de la nivelul scăzut de cunoștințe de care dispune pacientul în legătură cu nevoile sale de îngrijiri de sănătate.

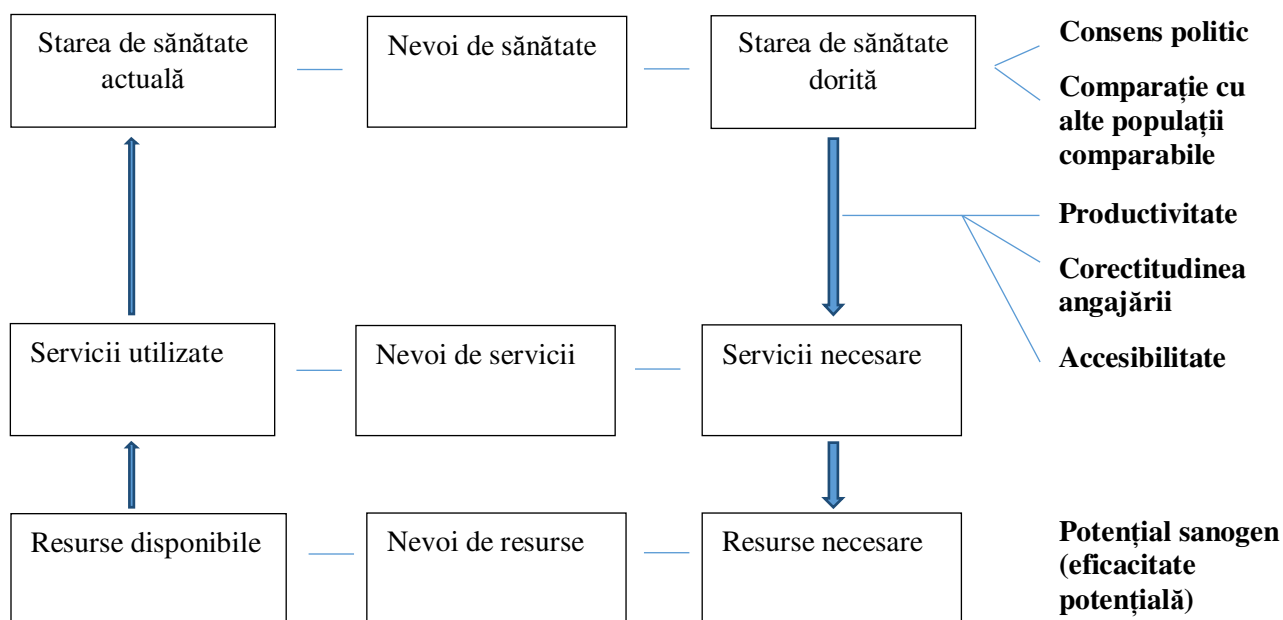
Nevoile de sănătate exprimă voința de a soluționa problemele de sănătate observate. Soluționarea tuturor problemelor de sănătate identificate nu este posibilă întotdeauna, în primul rând din rațiuni economice. Pentru a mobiliza ansamblul de intervenții către problema de sănătate prioritară este necesară *ierarhizarea problemelor de sănătate*.

Problema determinării nevoilor de îngrijiri de sănătate stă la baza **relației de agenție** care apare între furnizorii de îngrijiri de sănătate și pacienți. Relația de agenție reprezintă situația în care o persoană (*agent*) ia decizii în interesul altei persoane. Acest fapt face ca în cazul îngrijirilor de sănătate să apară fenomenul cunoscut sub numele de *cerere indusă de ofertă* [11].

Prin urmare, se impune o abordare obiectivă a nevoilor. De fapt, natura și amploarea nevoilor depind de cei care le definesc.



**Fig. 1. Determinarea nevoilor – abordare individuală – recurgerea la servicii**



**Fig. 2. Determinarea nevoilor – abordare populațională – planificarea**

Adaptare după: Pineault, R. Évaluer les besoins de santé: Comment s’y prendre pour ne pas s’y perdre? Présentation au Département de santé publique de l’Hôpital Charles LeMoyne, 18 avril 2007, DSP Montréal et INSPQ



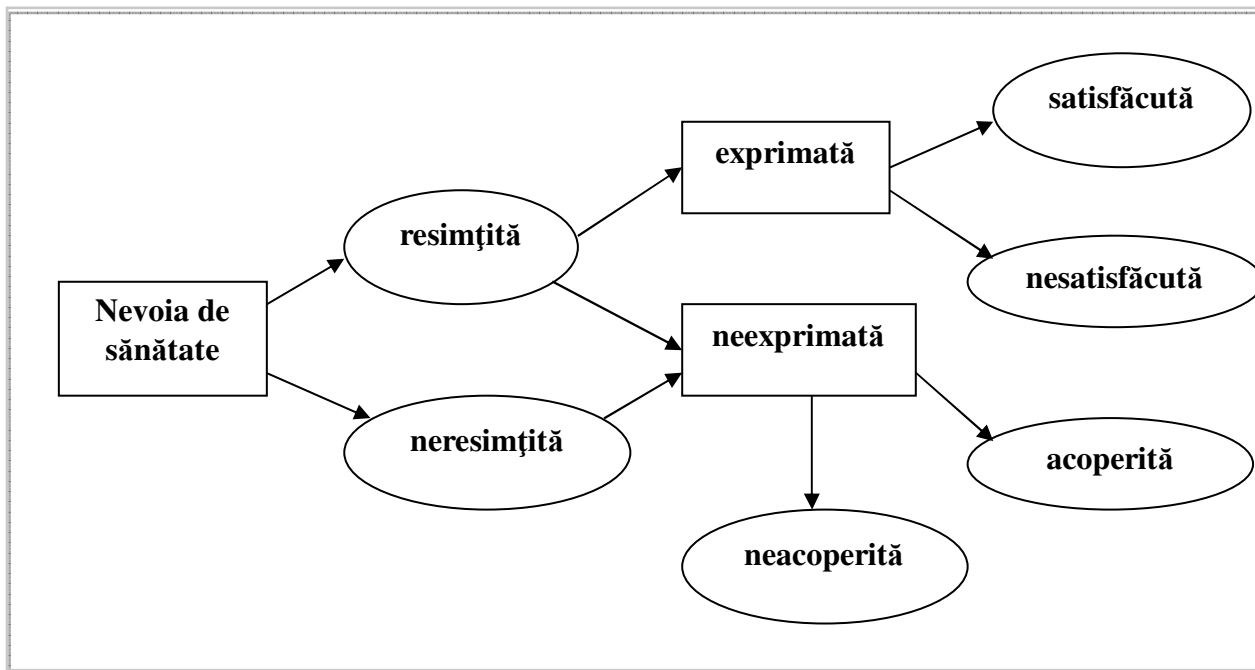
Jonathan Bradshaw distinge următoarele patru categorii de nevoi [12]:

- 1. Nevoia normativă** este definită de către experți, profesioniști, administratori, în raport cu o anumită normă dorită sau considerată optimă. Ea poate fi definită de către experți după ce aceștia compară, spre exemplu, indicatorii de boală sau de sănătate dintr-o regiune/județ cu valoarea medie a indicatorilor pe țară. Se poate astfel determina care dintre indivizi au dreptul la anumite servicii și care nu se înscriu în limitele situației disfuncționale.
- 2. Nevoia resimțită** se referă la percepțiile oamenilor asupra problemelor de sănătate sau asupra serviciilor de sănătate. Acest tip de nevoi sunt echivalente cu dorințele. Este totuși posibil ca un individ, un grup sau o comunitate să se afle într-o situație problematică prin raportare la „normalitatea” definită de către experți dar, cu toate acestea, să nu resimtă propria stare ca pe o lipsă, o insuficiență sau un decalaj între optim și real. Atunci când se evaluează nevoia pentru un anumit serviciu medical, populația consumatoare este întrebată dacă resimte această nevoie. Dacă aceasta resimte perturbarea stării de sănătate, poate să se exprime prin accesarea serviciilor medicale existente (Fig. 3).
- 3. Nevoia exprimată** este o nevoie resimțită care se transformă în acțiune. Echivalează cu o cerere concretă de ajutor, formulată de către un individ, un grup sau o comunitate. Ea reprezintă nevoia resimțită care determină accesarea la servicii, fiind echivalentă cererii de sănătate sau de servicii. Termenul este utilizat în serviciile de sănătate acolo unde *listele de așteptare* sunt considerate unități de măsură a nevoilor. Listele de așteptare sunt în general considerate o definiție a „nevoilor reale”, mai cu seamă pentru cazurile preclinice, asimptomatice.
- 4. Nevoia comparativă** reprezintă nevoia pe care un individ sau un grup populațional ar trebui să o aibă deoarece prezintă aceleași caracteristici cu un alt individ sau grup populațional pentru care s-a identificat deja o nevoie asemănătoare.

Putem identifica și **nevoi nesatisfăcute** (Fig.3), care semnaleză discrepanțe persistente între situația actuală (considerată problematică) și o situație dorită (normă) a stării de sănătate, a determinantilor ei, în special a serviciilor de sănătate și a resurselor, fie la nivel individual, fie la nivel colectiv.

În societățile democratice sărace satisfacerea nevoilor de sănătate ține în mare măsură de decizia politică. Serviciile private răspund în primul rând *nevoilor resimțite și exprimate*, deoarece identificarea lor nu necesită costuri suplimentare. *Nevoile neresimțite și cele neexprimate* rămân de regulă în sarcina serviciilor publice de sănătate.

Nevoia ar trebui să nu fie determinată fără considerarea rezultatului final și a mijloacelor de atingere a scopurilor generate de nevoia respectivă. Pe de altă parte, ignorarea posibilității de aflare a nevoilor este echivalentă cu ineficiența și inechitatea.



**Fig. 3.** Relația între nevoi și servicii de sănătate

Aproape întotdeauna, indiferent de definiția nevoii, se are în vedere implicarea unei a treia părți în procesul de evaluare a nevoilor. Ele ar trebui evaluate și din punct de vedere financiar. Contribuția economiștilor în „cercetarea nevoilor“ derivă din aceea că nivelul de aflare a oricărei nevoi va depinde de costurile și beneficiile aduse de satisfacerea nevoii.

Putem identifica *nevoi complementare* (nevoia de reducere a indicelui de masă corporală duce la nevoia de exerciții fizice) dar și *concurrente* (apetitul crescut poate fi combătut printr-un stil de viață sănătos).

*Studiul nevoilor* presupune parcurgerea mai multor etape [2]:

1. relevanța de a face studiul;
2. determinarea finalității studiului;
3. definirea populației studiate (populația țintă, un grup, utilizatorii serviciilor etc.);
4. alegerea tipului de studiu;
5. alegerea indicatorilor;
6. elaborarea protocolului;
7. culegerea informației;
8. elaborarea și redactarea raportului.

După ce s-au identificat nevoile, urmează stabilirea unui scop și a unor obiective, dezvoltarea unei intervenții, implementarea acesteia și evaluarea rezultatelor [13].

**Abordarea populațională** – *viziune globală a sănătății și a determinantilor ei* – vizează populația în întregime sau subgrupe ale ei, implicând o *responsabilitate populațională*:

- cu privire la sănătatea și bunăstarea unei populații;
- cu privire la determinanții sănătății, incluzând accesul la servicii de calitate pentru populația vizată;
- partajată cu ceilalți actori din rețea.

În Tabelul 2 prezentăm tipul de date care pot fi culese și importanța lor pentru asistentul medical.

**Tabelul 2.** Parametrii ai evaluării comunitare a nevoilor de sănătate

<b>Parametru</b>	<b>Importanța pentru asistentul medical</b>
Geografie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Topografie</li> <li>• Climat</li> </ul>	Influențează natura problemelor de sănătate și accesul la îngrijiri de sănătate
Populație <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensiune</li> <li>• Demografie</li> <li>• Tendințe</li> <li>• Migrație</li> <li>• Densitate</li> </ul>	Descrie populația deservită; sugerează riscurile și nevoile de sănătate <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugerează creșterea sau declinul</li> <li>• Sporește stresul; poate să crească expunerea la boli transmisibile</li> </ul>
Mediu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apa (sursa, fluorizare)</li> <li>• Canalizare și managementul deșeurilor</li> <li>• Calitatea aerului (ozon, poluanți)</li> <li>• Calitatea hranei și accesul la alimente</li> <li>• Locuințe (uni- sau multifamiliale)</li> <li>• Controlul animalelor (expunere la turbare sau alte zoonoze)</li> </ul>	Afectează calitatea vieții și natura problemelor de sănătate influențate de mediu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflectă resursele comunității</li> <li>• Sugerează neajunsuri socio-economice</li> </ul>
Industrie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Locuri de muncă</li> <li>• Manufacturi</li> <li>• Nivel de angajare</li> <li>• Venituri</li> </ul>	Afectează clasa socială, accesul la îngrijiri de sănătate și resursele <ul style="list-style-type: none"> <li>• Influențează natura problemelor de sănătate</li> </ul>

Parametru	Importanța pentru asistentul medical
<p>Educație</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Școli (locație, securitate)</li> <li>• Tipuri de educație</li> <li>• Rata de alfabetizare</li> <li>• Educație specială</li> <li>• Servicii de sănătate</li> <li>• Educație sexuală</li> <li>• Programe de servire a mesei (diete nutriționale)</li> <li>• Programe <i>after-school</i></li> <li>• Îngrijire de zi</li> <li>• Acces la educație de vârf</li> </ul>	<p>Influențează statutul socio-economic, accesul la îngrijiri de sănătate și abilitatea de a citi și înțelege informațiile privitoare la sănătate</p>
<p>Recreere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parcuri și locuri de joacă</li> <li>• Librării</li> <li>• Recreație publică și privată</li> <li>• Facilități speciale</li> </ul>	<p>Reflectă calitatea vieții, resurse disponibile pentru comunitate și preocuparea pentru tineri și persoane dezavantajate</p>
<p>Religie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Locuri de cult</li> <li>• Confesiuni</li> <li>• Programe comunitare</li> <li>• Programe de sănătate</li> <li>• Organizații comunitare</li> </ul>	<p>Influențează valorile comunității prin organizarea intereselor și preocupărilor comune</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflectă implicarea membrilor, abilitățile comunității și resursele pentru nevoile acesteia</li> </ul>
<p>Comunicare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziare</li> <li>• Știri de vecinătate</li> <li>• Radio și televiziune</li> <li>• Telefon</li> <li>• Internet</li> <li>• <i>Hotline</i></li> <li>• <i>Mass media</i> medicală</li> <li>• Anunțuri ale serviciilor publice</li> </ul>	<p>Reflectă preocupările și nevoile comunității</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conțin rețele și resurse disponibile pentru sănătate</li> </ul>
<p>Transport</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Între localități și în localitate</li> <li>• Persoane dezavantajate</li> <li>• Transport de urgență</li> </ul>	<p>Afectează accesul la servicii, hrană și alte resurse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflectă resursele disponibile pentru comunitate</li> </ul>

<b>Parametru</b>	<b>Importanța pentru asistentul medical</b>
Servicii publice <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pompieri</li> <li>• Poliție</li> <li>• Servicii medicale de urgență</li> <li>• Centre de tratament</li> <li>• Utilități</li> </ul>	Afectează securitatea comunității <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflectă resursele disponibile</li> </ul>
Organizații politice <ul style="list-style-type: none"> <li>• Structura</li> <li>• Metode folosite pentru acoperirea responsabilităților</li> <li>• Responsabilitățile acoperite</li> <li>• Surse de finanțare</li> <li>• Înregistrarea votantului</li> </ul>	Reflectă nivelul activismului, implicării, valorile și preocupările cetățenești <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanism pentru activismul asistenților medicali și activități de <i>advocacy</i></li> </ul>
Dezvoltare comunitară sau <i>planning</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activități</li> <li>• Probleme majore</li> </ul>	Reflectă nevoile și preocupările comunității <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afectează nivelul de implicare a profesioniștilor în rezolvarea problemelor</li> </ul>
Programe dedicate dezastrelor <ul style="list-style-type: none"> <li>• ISU</li> <li>• Planuri de intervenție în dezastre</li> <li>• Surse potențiale de dezastre</li> </ul>	Oferă un nivel de pregătire, coordonare și resurse disponibile <ul style="list-style-type: none"> <li>• Influențează resursele și planurile</li> </ul>
Statistici de sănătate <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalitate</li> <li>• Morbiditate</li> <li>• Cauze principale de deces</li> <li>• Natalitate</li> </ul>	Reflectă problemele de sănătate, tendințele și starea de sănătate a comunității <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afectează resursele necesare și serviciile de sănătate furnizate</li> </ul>
Probleme sociale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Probleme de sănătate mintală</li> <li>• Abuzul de alcool și de droguri</li> <li>• Suicid</li> <li>• Crime</li> <li>• Abandonul școlar</li> <li>• Lipsa locurilor de muncă</li> <li>• Crima organizată</li> </ul>	Afectează problemele de sănătate și volumul de servicii necesare <ul style="list-style-type: none"> <li>• Influențează prioritățile programelor de nursing</li> </ul>
Organizații profesionale de sănătate	Furnizează suport practic

Parametru	Importanța pentru asistentul medical
Servicii ale comunității <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costuri și eligibilitate, accesibilitate și acceptabilitate</li> <li>• Instituții de sănătate</li> <li>• Îngrijiri de sănătate mintală</li> <li>• Îngrijiri ambulatorii</li> <li>• Servicii de prevenire a sănătății</li> <li>• Servicii de nursing</li> <li>• Servicii de binefacere</li> </ul>	Reflectă disponibilitatea serviciilor

Adaptat după: Nies MA, McEwen M. Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations, Sixth edition. ELSEVIER 2015 [2]

Majoritatea programelor de promovare a sănătății care nu reușesc să-și atingă obiectivele sunt construite pe presupuneri nevalide despre ceea ce oamenii au nevoie, doresc și vor face. Oamenii sunt mai susceptibili în a se angaja în activități de sănătate publică atunci când participă la dezvoltarea acestor activități [15].

Pentru a înțelege mai bine modurile de abordare privind nevoile și evaluarea capacității de intervenție care au apărut în ultimul deceniu, trebuie să cunoaștem următoarele modificări care au avut loc [16]:

1. *Evaluarea nevoilor și capacităților* fac parte acum din responsabilitățile profesionale într-o măsură mai mare decât în trecut. Această schimbare pare să se datoreze unui accent mai mare pus pe documentare pentru justificarea unor programe și inițiative, precum și a costurilor acestora. Pe de altă parte, consumatorii au devenit mai selectivi și mai conștienți de costuri atunci când fac alegeri legate de sănătate din dorința de a-și îndeplini niște dorințe specifice la un cost rezonabil. În plus, procedurile de evaluare a capacității de intervenție au fost extinse la procesul de planificare pentru a explora resursele existente și necesare la nivelul grupurilor țintă, comunităților etc.
2. Există un context mai larg în ceea ce privește nevoia evaluată. Sunt analizați factori care influențează starea de sănătate, precum factorii de risc, factorii protectori și o serie de alți determinanți ai stării de sănătate (factori biologici, comportamentali, sociali).
3. S-au dezvoltat *strategii de evaluare individuală*. Această abordare personalizată poate fi utilă pentru menținerea sănătății și pentru eforturile de promovare a acesteia. O persoană poate fi ajutată să identifice factorii de risc specifici care îi pot afecta negativ sănătatea. Evaluarea capacității de intervenție la nivel individual poate ajuta o persoană să identifice alți factori și resurse care au un efect pozitiv și pot să-i îmbunătățească sănătatea.

4. Au avut loc schimbări în ceea ce privește *evaluarea nevoilor și a capacității de intervenție* și cum sunt folosiți acești doi termeni. Există o dezbatere referitoare la care dintre nevoi le evaluăm: cele *reale* sau cele *percepute*. Profesioniștii din domeniul sănătății pot să facă această evaluare pentru planificarea unui program sau o pot face pe o perioadă mai îndelungată, în cadrul aceleiași populații, pentru a detecta schimbări ale nevoilor în timp pentru a ajusta serviciile care se bazează pe acele nevoi. În mod similar, *evaluarea capacității de intervenție*, constatând care sunt resursele actuale sau cele potențiale, poate duce la o *planificare* mai eficientă.
5. *Abordarea bazată pe participarea comunității* s-a dezvoltat pentru a influența determinanții sociali ai sănătății. În acest fel, membrii comunității au început să fie implicați în procesul de planificare, implementare și evaluare a intervențiilor. Această muncă de colaborare evidențiază rolul sistemelor comunitare și interdependența dintre sectoare în influențarea rezultatelor asupra sănătății [17].
6. Există o concentrare continuă pe *analiza capacității de intervenție* pentru a completa procesul de evaluare a nevoilor. Bunurile comunității sunt inventariate, examinându-se contribuțiile potențiale ale indivizilor, organizațiilor, asociațiilor și instituțiilor. La aceste eforturi se adaugă strategiile mediului social, care se concentrează asupra modificărilor directe ale condițiilor mediului social [18].
7. S-au dezvoltat mai multe forme de evaluare la nivel comunitar care se bazează pe *evaluarea unor informații colectate anterior* (date secundare), pregătind totodată strângerea în plus a unor *date de la populația țintă* (date primare).
8. Evaluarea nevoilor și a capacității de intervenție a fost încorporată în situațiile de urgență. De exemplu, măsurile de evaluare care au avut loc după cutremurul major și *tsunami*-ul din Japonia, din anul 2011, care a dus la situații de urgență legate de radiații, comunicații și evaluarea cu ajutorul rețelelor sociale [19-20]. Pregătirea pentru viitoare situații de urgență este esențială pentru măsuri de planificare la nivel comunitar împreună cu dezvoltarea tehnologiilor de comunicație și un conținut al informațiilor potrivit atât pentru personalul medical cât și pentru public.

## **Abordarea individuală**

Scopul evaluării la nivel individual este de a stabili un nivel bazal al sănătății și bunăstării persoanei și de a crea un plan de îngrijire/acțiune agreeat. Majoritatea evaluărilor nevoilor individuale de sănătate vor include profilul biografic și domeniile: fiziologic, psihologic, sociocultural, de dezvoltare și spiritual. Evaluarea este o parte a managementului cazului/îngrijirii [14].

## Capacitatea de intervenție

Capacitatea de intervenție se referă la resursele individuale și colective care pot fi folosite pentru îmbunătățirea sănătății. Poate să includă anumite calități ale persoanelor care pot exercita diverse influențe protectoare care să determine dacă anumite persoane se vor angaja sau nu în comportamente cu risc crescut, precum fumatul. Așa cum spune Clark [21]: *“Indivizii trebuie să dezvolte perspectivele, valorile și abilitățile necesare pentru a-și menține calitatea vieții, așa cum este [...] dorită în comunitatea și cultura lor particulară, și trebuie să fie învăluite de o societate care este integrată social, coerentă și care oferă sprijin moral și material atunci când este necesar.”*

*Evaluarea capacității de intervenție* reprezintă o măsurare a resurselor actuale și potențiale la nivel individual, de grup sau comunitate care pot fi folosite pentru menținerea sau îmbunătățirea stării de sănătate. Acest lucru reprezintă o oportunitate pentru părțile interesate în a revizui resursele existente sau potențiale ce pot influența parteneriatele existente sau viitoare. Evaluarea poate să acopere dimensiuni legate de timp (trecut, prezent, viitor), de localizare (nivel local, județean, regional, național, internațional) și de context (social, cultural, politic etc.).

## Modelul *PRECEDE-PROCEED* („precede-continuă”)

*Evaluarea nevoilor și a capacității de intervenție* reprezintă o parte integrală a unui proces de planificare. Aceste evaluări sunt pași cheie în planificarea efectivă a activităților de educație pentru sănătate și promovarea sănătății.

Modelul *PRECEDE-PROCEED* reprezintă una dintre cele mai importante resurse prin corelația pe care o realizează între nevoi, capacitatea de intervenție, planificare și evaluare. Acest model este orientat în mare parte asupra comportamentului și scoate în evidență trei categorii de factori, care influențează comportamentele sănătoase:

- factori predispozanți;
- factori favorizanți;
- factori de consolidare.

Un alt aspect al modelului este implicarea activă a comunității în procesul de planificare. Aceasta asigură obținerea susținerii pentru deciziile ulterioare privind implementarea programului și determină succesul în obținerea schimbărilor propuse.



Modelul include opt etape care ghidează specialiștii în procesul de planificare a programului [22].

- Partea *PRECEDE* a modelului (engl. *Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation*) se concentrează asupra componentei de diagnostic și pleacă de la premisa conform căreia, similar unui diagnostic clinic care precede un tratament, un *diagnostic educațional și de mediu* ar trebui să preceadă planul intervențional în cazul programului de promovare a sănătății. Cuprinde primele 4 etape.
- Partea *PROCEED* (engl. *Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Education and Environmental Development*) se referă la implementare și evaluare, fiind centrată pe factorii de mediu ca determinanți ai sănătății și pe comportamentele legate de sănătate. Cuprinde următoarele 4 etape.

Prezentăm în continuare cele 8 etape:

1. **diagnosticul social**, definit de comunitate în termeni de șomaj, zile pierdute de la locul de muncă sau școală, precum și alte dimensiuni ale calității vieții; presupune identificarea problemelor sociale care afectează calitatea vieții persoanelor din comunitate, identificarea priorităților percepute la nivel de comunitate. Este realizat, de obicei, prin organizarea discuțiilor de grup, focus grupuri, interviuri informative, observație participativă, sondaje de opinie.

2. **diagnosticul epidemiologic**, definit de către profesioniștii din domeniul sanitar în termeni de morbiditate, mortalitate, fertilitate etc.; include identificarea unor probleme de sănătate care contribuie în modul cel mai direct la schimbarea dorită de comunitate, identificarea priorităților și stabilirea scopurilor și a obiectivelor programului. Se realizează prin analiza secundară a datelor sau colectarea anumitor indicatori epidemiologici din comunitatea respectivă (indicatori de mortalitate, morbiditate, dizabilitate, etc.).

3. **diagnosticul educațional și ecologic** identifică trei grupuri de factori, care influențează comportamentul: factori predispozanți, factori de consolidare și factori favorizanți.

*Factorii predispozanți*, care motivează sau oferă un motiv pentru un anumit comportament, se referă la:

- variabile demografice (vârsta, sexul, grupul etnic, starea civilă);
- nivelul de cunoștințe (de ex., cunoștințe privind modul de transmitere a infecției HIV/SIDA; importanța alăptării pentru sănătatea copilului și a mamei; efectele activității fizice asupra nivelului glicemiei);
- atitudini și convingeri (riscul perceput; stereotipuri; severitate percepută; barierele percepute).

*Factorii (de)favorizanți*, care permit persoanelor să acționeze în conformitate cu predispozițiile acestora, pot influența comportamentul prin:

- disponibilitatea resurselor (disponibilitatea zonelor de recreere, distribuirea prezervativelor, amplasarea punctelor de alimentare de genul *fast food*);
- accesibilitatea resurselor (accesul la servicii medicale, la surse de apă și sanitație, la transport);
- costuri (prețul țigărilor, plata pentru servicii medicale).

*Factorii de consolidare*, care devin importanți după ce schimbarea de comportament a fost inițiată, influențează anumite comportamente prin:

- recompensă sau descurajare (influența din partea prietenilor, a părinților, persoanelor cu autoritate, normelor sociale și valorilor culturale).

Diagnosticul educațional poate să împartă pacienții în trei grupuri în care:

- (a) lipsește motivația personală;
- (b) există motivația, dar lipsește priceperea pentru auto-îngrijire sau o altă resursă;
- (c) motivația personală și priceperea sunt prezente, dar pacienții nu sunt sprijiniți acasă, la școală sau la locul de muncă.

**4. dezvoltarea programelor de sănătate și a politicilor** identifică resursele și intervențiile care pot fi folosite pentru a iniția acțiunea asupra factorilor *predispozanți, permisivi și de sprijin*. Totodată, este elaborat bugetul estimativ al programului și se stabilește intervalul de timp pentru implementare.

**5. evaluarea procesului** - determină în ce măsură punerea în aplicare a programului a fost în conformitate cu planul. Se evaluează:

- nivelul de acoperire (dacă programul a ajuns la populația țintă);
- prestarea serviciului (dacă activitățile programului au fost desfășurate precum a fost planificat);
- folosirea resurselor (resursele umane și financiare cheltuite la realizarea programului);
- nivelul de satisfacție ca urmare a activităților programului.

**6-7. evaluarea pe termen scurt/mediu** – se realizează imediat sau la scurt timp după încheierea programului și determină modificarea factorilor care influențează probabilitatea producerii schimbării la nivel de comportament sau de mediu (se apreciază schimbarea nivelului de cunoștințe, atitudinii, comportamentului, precum și a mediului).

**8. evaluarea pe termen lung** - este efectuată la un anumit interval de timp mai mare, după încheierea programului. Se determină dacă intervenția a influențat starea de sănătate și indicatorii de calitate a vieții.

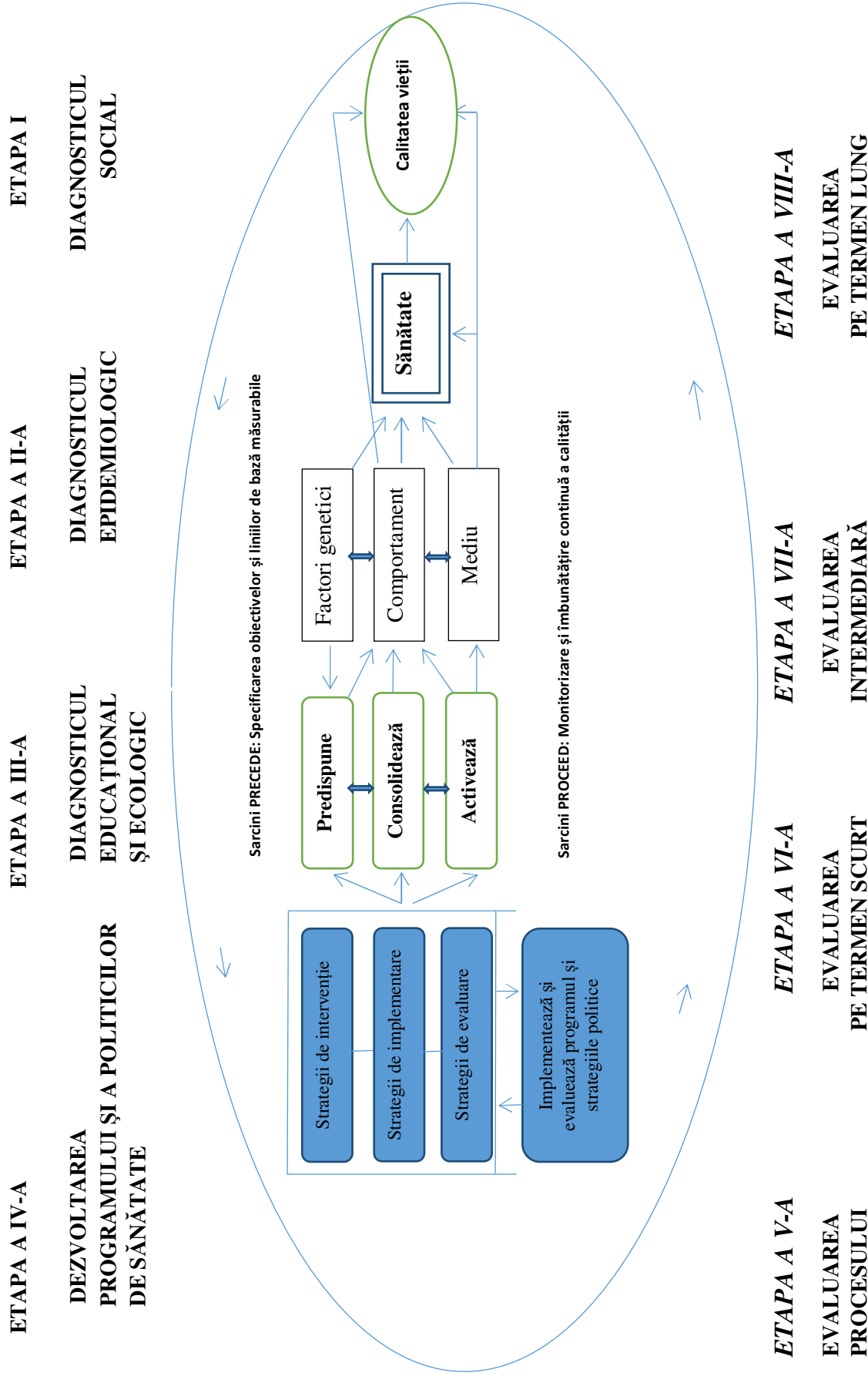
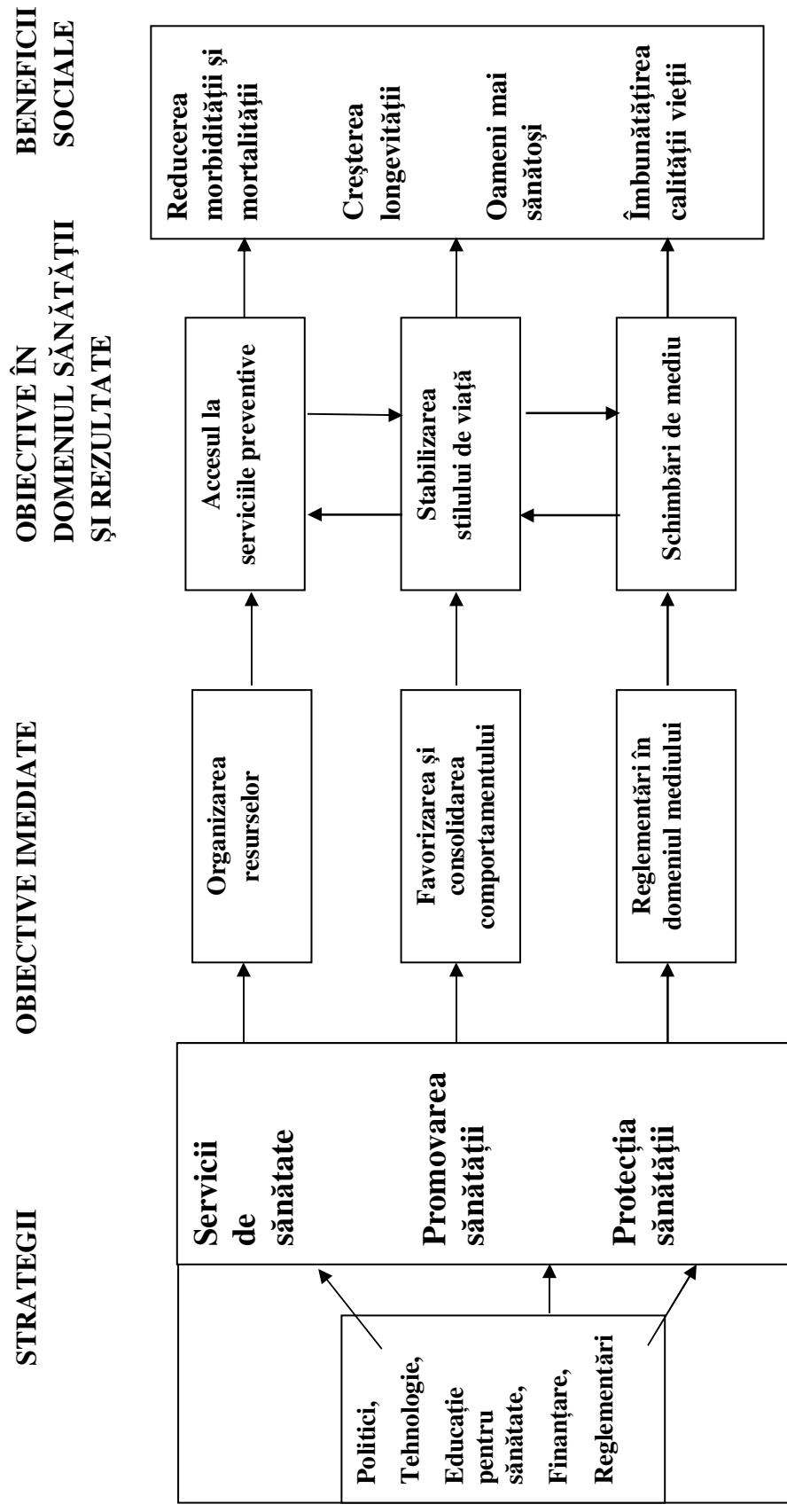


Fig.4. Modelul PRECEDE-PROCEED (adaptat după Green et al. 2022)[22]



**Fig.5. Relații funcționale ale strategiilor educației pentru sănătate în ceea ce privește obiectivele imediate și pe termen lung ale serviciilor de sănătate, promovării sănătății și protecției sănătății (adaptat după Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine)[23].**

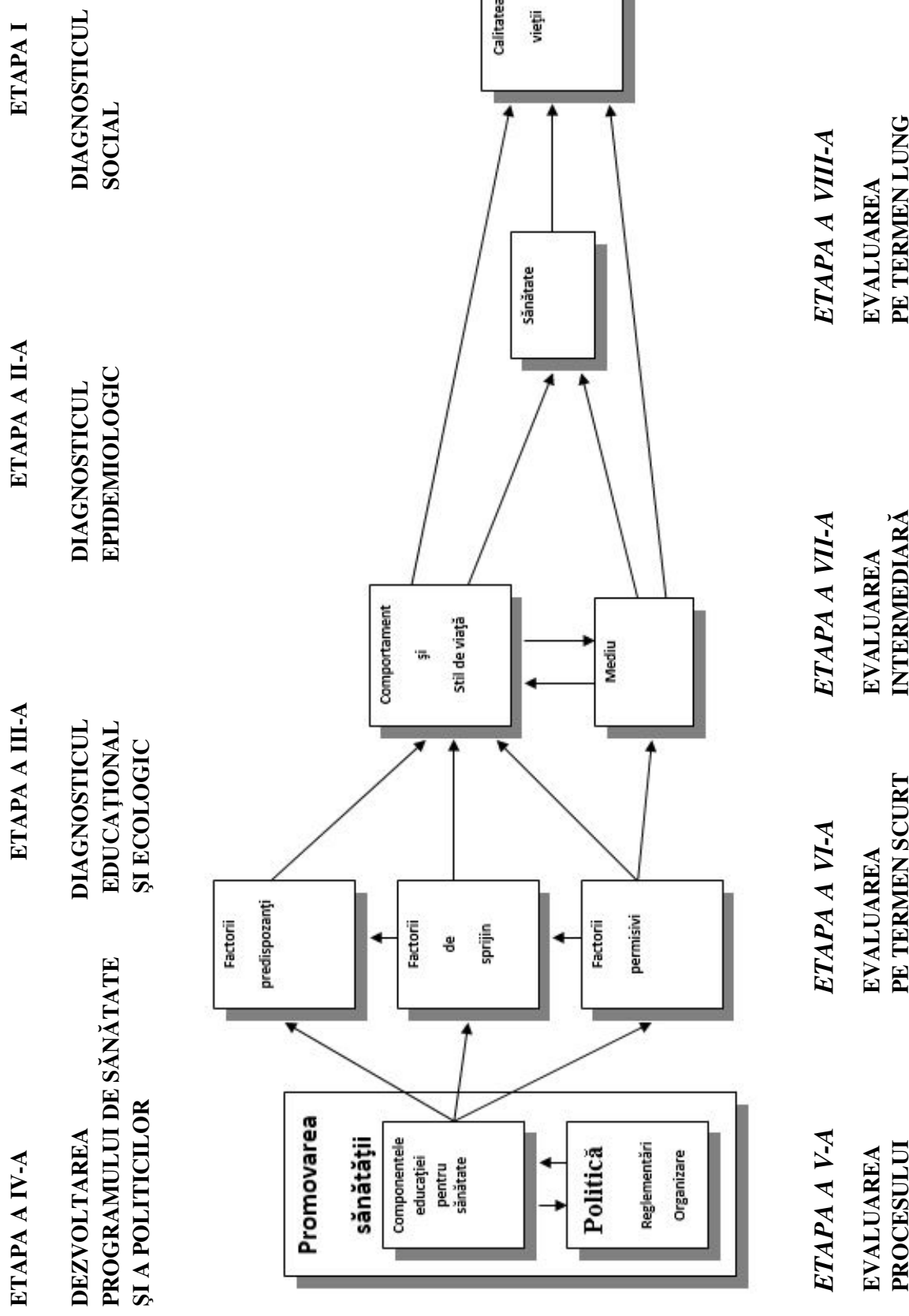


Fig. 6. Etapele elaborării unui plan de educație pentru sănătate (adaptat după Green et al. 2022)[22]

## Probleme de ordin calitativ și cantitativ

Nevoile umane și capacitățile de intervenție sunt diverse și în continuă schimbare. O singură metodă de evaluare nu este întotdeauna potrivită. O modalitate de a extinde abordarea este luarea în considerare atât a informațiilor calitative, cât și a celor cantitative.

Personalul medico-sanitar este mai familiarizat cu datele cantitative, numerice. Totuși, cifrele nu reflectă fenomenele în totalitate. De fapt, ele pot să simplifice prea mult lucrurile. De aceea trebuie echilibrate cu date calitative. Informațiile narative pot să evidențieze variații și excepții și să portretizeze nevoile și resursele disponibile într-o măsură mai completă. *Abordarea calitativă* constă într-un proces de interpretare. Discuțiile cu oamenii pot să evidențieze anumiți factori care contribuie la apariția unei situații.

*Intuiția și sentimentele* contează și ele în evaluarea nevoilor și a capacității de intervenție și nu ar trebui ignorate. Mai multe studii întreprinse la nivel internațional au arătat că de multe ori persoanele cu funcții de decizie folosesc intuiția atunci când iau decizii [24-27]. Totuși, intuiția și sentimentele sunt folosite mai ales de persoanele care au experiență și mai puțin de către cei care abia și-au început activitatea [16].

## Mesaje cheie:

Deși sunt complexe, nevoile umane și capacitățile de intervenție pot fi evaluate în contextul condițiilor grupului țintă și al situațiilor care pot afecta aceste nevoi și resursele necesare. Asistenții medicali pot să ajungă la anumite concluzii preliminare referitoare la nevoi și la capacitatea de intervenție bazat pe experiența personală și pe impresii. Totuși, acest lucru reprezintă doar un punct de plecare în determinarea nevoilor prioritare și a capacităților de intervenție într-o manieră structurată, în colaborare, astfel încât eforturile pentru promovarea sănătății și educația pentru sănătate să fie eficiente, să se desfășoare continuu, să fie ajustate sau dezvoltate în funcție de necesități.

## Bibliografie:

1. Gilmore, G.D. (2011). *Needs and Capacity Assessment Strategies for Health Education and Health Promotion*, 4th Edition, Jones & Bartlett Learning
2. Nies MA, McEwen M. (2015). *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations*, 6th EDITION. ELSEVIER
3. Nies MA, McEwen M. (2019). *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations*, 7th EDITION. ELSEVIER

4. World Health Organization. (1986). A discussion document on the concept and principles of health promotion. *Health Promot.*1:73–78.
5. Premik M, Pavlekovic G, Kragelj LZ, Donev D. (2007). *Healthy public policy. Health promotion and disease prevention. A handbook for teachers, researchers, health professionals and decision makers.* Hans Jacobs Publishing Company.
6. World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary.* Geneva: World Health Organization.
7. Erzen I, Kragelj LZ, Farkas J. (2007). *Re-orientation of health services. Health promotion and disease prevention. A handbook for teachers, researchers, health professionals and decision makers.* Hans Jacobs Publishing Company.
8. Zöllner H, Stoddart G, Selby Smith C. (2003). *Learning to live with Health Economics.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
9. Sinteza Programului Operațional Sănătate 2021-2027  
<https://mfe.gov.ro/wp-content/uploads/2020/07/5e0bdcbddccca4d66d74ba8c1cee1a68.pdf>
10. Pineault R, Daveluy C. (1986). *La planification de la santé: concepts, méthodes, strategies.* Edition V, Agence d'Arc.
11. Ursoniu, S. (2009). *Management in nursing.* Timișoara, Editura de Vest.
12. Bradshaw, J. (1972), „A taxonomy of social need”. *New Society*, 3: 640-643
13. McKenzie, J. F., Neiger, B. L., & Thackeray, R. (2009). *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs (5th ed.).* San Francisco: Benjamin Cummings.
14. Brook, J. (ed.), McGraw, C. (ed.), Thurtle V. (ed.). (2020). *Oxford Handbook of Primary Care and Community Nursing (3 edn).* Oxford University Press
15. Bensky, J., and Hietbrink, R. (1994). Getting down to business. *Worksite Health*, 1, 25–28
16. Green, L. and Kreuter, M. (2005) *Health program planning: An educational and ecological approach. 4th Edition,* McGraw Hill, New York.
17. Miller RL, Bedney BJ, Guenther-Grey C. (2003). Assessing Organizational Capacity to Deliver HIV Prevention Services Collaboratively: Tales from the Field. *Health Education & Behavior.* 30(5):582-600.
18. Barnett, E., Anderson, T., Blossnich, J., Menard, J., Halverson, J., Casper, M. (2007). *Heart Healthy and Stroke Free: A Social Environment Handbook.* Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
19. Becker S.M. (2011). Protecting public health after major radiation emergencies. *BMJ*;342:d1968
20. Tucker, C. (2011). Social media, texting play new role in response to disasters: Preparedness, communication targeted. *The Nation's Health*, May/June, 41 (4) 1-18;
21. Clark, N. (2000). Understanding individual and collective capacity to enhance quality of life. *Health Education & Behavior*, 27(6), 699–707.
22. Green, L.W., Gielen, A.C., Ottoson, J.M., Peterson, D. V., & Kreuter, M. W. (2022). *Health Program Planning, Implementation, and Evaluation: Creating Behavioral, Environmental and Policy Change.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

23. Wallace, R.B. (Ed) (1998) *Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine 14th Edition*. Stamford, Appleton & Lange.
24. Agor, W.H. (1984). *Intuitive management: Integrating left and right brain management skills*. Prentice-Hall.
25. Roach, B. (1986). Organizational Decision-Makers: Different Types for Different. Levels. *Journal of Psychological Type*. 12: 16-24.
26. Reynierse, J. H. (1995). A comparative analysis of Japanese and American managerial types through organizational levels in business and industry. *Journal of Psychological Type*, 33, 19–32.
27. Järnlström, M., & Valkealahti, K. (2010). Person-job fit related to psychological type of Finnish business students and managers: Implications for change in the management environment. *Journal of Psychological Type*, 70(4), 41–52.



# STRATEGII PREVENTIVE: STRATEGIA RISCULUI CRESCUT ȘI STRATEGIA ECOLOGICĂ

---

*Adina-Ioana Bucur*

### **Obiective educaționale:**

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili:*

- să identifice strategiile preventive cele mai potrivite în vederea îmbunătățirii stării de sănătate a populației;
- să aplice concepte de promovare a sănătății atunci când lucrează cu pacienții, familii sau comunități pentru a promova sănătatea;
- să explice avantajele alegerii unei strategii comparativ cu cealaltă.

Unul dintre obiectivele centrale ale științei sănătății populației este de a realiza distribuții echitabile a sănătății în cadrul populațiilor, încercând în același timp maximizarea sănătății populației generale [1]. Totuși, impactul politicilor și programelor de sănătate nu este adesea distribuit în mod egal în întreaga populație, iar politicile și programele de sănătate pot exacerba inegalitățile în materie de sănătate [2,3]. Deși nu este întotdeauna cazul [4,5], contradicția dintre echitate și eficiență înseamnă că, atunci când resursele sunt limitate, poate exista un compromis între maximizarea sănătății populației și minimizarea inechității în sănătatea populației.

Numeroși cercetători au descris abordări pentru îmbunătățirea sănătății populației, explicând diferențele dintre concentrarea asupra populațiilor cu risc ridicat față de populațiile în ansamblu [4]. În epidemiologie și sănătate publică, o astfel de explicație a fost mai vizibilă în lucrarea lui Geoffrey Rose, în cartea sa fundamentală, „A strategy for preventive medicine” [6].

După Geoffrey Rose [6], modelele de prevenire a bolii se împart în funcție de ținta acestora: fie individual, fie populațional. Astfel avem de-a face cu strategii bazate pe demersul individual ce interesează boala și cauzele bolii individului, care se adresează exclusiv individului și aparțin sectorului clinic și strategii populaționale care urmăresc incidența bolii în populație și aparțin sectorului de sănătate publică: Strategia riscului înalt și Strategia ecologică.

### **1. Strategia bazată pe demersul individual**

Aparține exclusiv sectorului clinic, este adresată persoanei care s-a adresat medicului. Este strategia în care medicul trebuie să evalueze riscul relativ ca expresie a forței asociației epidemiologice, fiind importantă pentru practica medicală în raport cu pacientul.

## 2. *Strategia populațională*

Această strategie se adresează populației și urmărește aspecte precum incidența bolii (cazurile noi de boală). De precizat că există diferențe între cauzele bolii și cauzele incidenței acesteia. Factorii genetici pot explica susceptibilitatea individului față de boală, dar nu pot explica frecvența bolii. Frecvența bolii este explicată prin factorii ambientali.

În cadrul strategiei populaționale se disting două tipuri de abordări:

### a) **Strategia riscului crescut**

Această strategie se bazează pe intervenția asupra persoanelor care au cea mai mare probabilitate de a dezvolta o anumită patologie [5]. Strategia riscului crescut este o strategie activă care încearcă să ajute pe acei indivizi care sunt expuși la un factor de risc, acest ajutor fiind îndreptat fie către protecția față de efectele expunerii (cum ar fi prin imunizare sau medicamente care scad colesterolul) fie către reducerea nivelului de expunere al individului (de exemplu prin sfatul de a consuma mai puțin alcool sau printr-o schimbare a ocupației) [6]. Această abordare a prevenției nu urmărește să modifice situațiile care determină expunerea, nici să atace cauzele care generează problema de sănătate: oferă pur și simplu protecție persoanelor cele mai vulnerabile față de efectele expunerii permanente la un factor de risc [6].

Există două moduri diferite prin care se poate realiza prevenția:

**Strategiile de prevenție primară** identifică persoanele cu risc ridicat, dar încă sănătoase, pe baza factorilor de risc cunoscuți și intervin pentru a reduce aceste expuneri. Scopul acestor strategii este de a reduce numărul de cazuri incidente de boală sau de a preveni apariția în timp a unei incidențe crescute de boală. Pentru această identificare se utilizează testele de screening populațional [6].

**Strategiile de prevenție secundară** urmăresc să identifice persoanele cu risc ridicat de boală și să reducă morbiditatea bolii, complicațiile acesteia sau să scadă prevalența bolii (cazuri vechi și noi) prin atenuarea simptomelor bolii la niveluri subclinice. În cazul prevenției secundare, persoanele cu risc ridicat reprezintă adesea cele mai grave cazuri de boală, mai ales dacă factorii de risc sunt puternic corelați cu apariția bolii, sau cei bolnavi nu au acces la serviciile de sănătate disponibile [6].

Strategia riscului crescut are, ca orice strategie, avantaje și dezavantaje.

*Avantaje:*

- intervenția serviciilor de sănătate servește intereselor individului;
- motivația de a participa atât a individului cât și a medicului este mai mare
- raportul cost/eficacitate este favorabil (se limitează la persoanele la risc înalt);
- raportul beneficiu/risc este favorabil (sunt expuși efectelor secundare numai cei susceptibili).

*Dezavantaje:*

- dificultățile și costurile legate de screening;
- efecte paliative și temporare. Este protejat doar grupul inițial, persoanele la risc înalt care apar ulterior fiind ignorate.
- efectele pozitive sunt limitate la cei care fac obiectul intervenției, nu cuprind toată populația;
- limite de ordin comportamental, psihologic, pentru că se protejează numai o parte a populației;
- într-o populație dată persoanele la risc mic sau moderat, care sunt mai numeroase decât cele la risc înalt, rămân neprotejate.

**b) Strategia ecologică**

În loc să se concentreze asupra persoanelor cu risc ridicat ca în strategia anterioară, strategia ecologică reprezintă o abordare populațională care se bazează pe implementarea unor strategii la nivelul întregii populații.

Strategia ecologică pornește de la principiul că apariția bolilor comune și expunerile reflectă comportamentul și circumstanțele societății în ansamblul ei. Această recunoaștere se bazează pe considerente sociologice, morale și medicale [6].

**Argumentul sociologic.** Societatea există ca o entitate și nu doar ca o colecție de indivizi sau familii. Fiecare societate are propriile sale caracteristici colective distincte, multe dintre acestea influențând starea de sănătate a populației [6]. Acești factori de risc social se pot schimba, iar atunci când fac acest lucru, distribuțiile lor tind să se schimbe ca întreg, reflectând natura coerentă a societății [6].

**Argumentul moral.** Problemele grupurilor cu risc sunt considerate ca și cum existența lor ar fi independentă de restul societății. Alcoolicii, dependenții de droguri, criminalii, obezii, handicapații, bolnavii mintal, cei săraci, fără adăpost, șomerii și subnutriții, sunt văzuți ca grupuri având diferite probleme, fiind separați de restul societății. Această poziție exonerează în mod convenabil pe cei majoritari de orice vină pentru “devianți”, iar remediul poate să conștie în extinderea serviciilor special oferite acestor categorii [6]. Este o abordare mult mai puțin solicitantă decât admiterea nevoii de schimbare generală sau socio-economică. Acest punct de vedere poate fi convenabil, dar se bazează pe o presupunere falsă. Grupurile problematice nu apar independent de restul societății; mai degrabă, consumul mediu de alcool prezice numărul de mari băutori, tensiunea arterială medie prezice prevalența hipertensiunii, sănătatea mintală prezice povara bolilor psihice și așa mai departe. Acestea sunt elemente care evidențiază caracteristicile existente la nivelul populației respective și, prin urmare prevenția presupune acceptarea unei responsabilități colective [6].

**Argumentul medical.** Toate bolile majore prezintă variații foarte mari ale incidenței în rândul diferitelor populații și adesea chiar într-o singură populație. Multe dintre cauzele lor sunt cunoscute [6]. Obiectivul strategiei ecologice este de a controla determinanții de bază ai bolii și în acest fel să se reducă ratele de incidență ale bolilor în rândul populației. Există mai multe motive pentru care controlul eficient poate fi necesar la nivelul întregii populații. Primul motiv este faptul că multe dintre cauzele de bază sunt de natură comportamentală fiind reprezentate de activități precum consumul de alimente, de băuturi alcoolice și lipsa exercițiilor fizice [6]. Un al doilea motiv este că incidența multor patologii, plecând de la boli de inimă și mergând până la fracturi de șold, reflectă schimbări de distribuție ale factorilor de risc asociați la nivel de populație. Chiar și o mică schimbare a acestor distribuții ale factorilor de risc poate avea un efect mare asupra numărului de indivizi afectați [6]. Ignorarea cauzelor specifice nu exclude în sine posibilitatea acțiunilor preventive. Astăzi, în cadrul acțiunilor preventive pornim de la premisa că măsurile de îmbunătățire a alimentației raționale și diminuarea inegalităților socio-economice ar aduce beneficii corespunzătoare pentru sănătatea populației [6].

Ca și în cazul strategiei riscului crescut, strategia ecologică poate fi concepută atât pentru prevenția primară, cât și pentru cea secundară [7].

**O strategie de prevenție primară** a populației urmărește să reducă expunerea la un factor de risc foarte răspândit ce ar putea duce la apariția bolii.

**O strategie de prevenție secundară** a populației urmărește să disemineze o strategie globală de tratament în întreaga populație pentru a identifica și/sau trata cazurile în vederea reducerii morbidității printr-o boală sau pentru a vindeca o anumită proporție dintre cei bolnavi, dacă este posibil.

Strategia ecologică se adresează deci întregului grup populațional.

Această strategie încearcă să scadă incidența prin scăderea factorilor de risc în populația generală și are ca avantaje:

- abordarea nu mai este paliativă;
- potențial mare;
- nu face nici o discriminare, deci e adecvată comportamental și psihologic;
- beneficii mari la nivelul populației.

Dezavantajele strategiei ecologice sunt:

- avantaje mici pentru cei la risc înalt;
- motivație scăzută pentru individ și medic;
- presupune alt mod de abordare a serviciilor medicale;
- raportul beneficiu/risc este mai mic decât la strategia riscului înalt; măsurile preventive aduc beneficii mari pentru populația generală și beneficii mici pentru indivizii la risc înalt (“paradoxul prevenirii”).

Conduita cea mai potrivită ar fi o combinație a celor două strategii, ele fiind complementare.

O prezentare generală și exemple pentru fiecare dintre cele patru abordări sunt descrise în Tabelul 1 [8].

În concluzie, atât strategia riscului crescut, cât și cea ecologică pot fi implementate ca prevenție primară, care urmărește să prevină incidența bolii, și prevenție secundară, care urmărește să trateze sau să vindece persoanele deja bolnave. Principala diferență dintre strategii este legată de cine se găsește în punctul central al intervenției. Strategia riscului crescut este în general implementată pentru a scădea riscul sau evoluția bolii în rândul celor cu cel mai mare risc potențial, în timp ce strategia ecologică urmărește să maximizeze numărul de indivizi care pot fi abordați de o intervenție, fiind mai puțin preocupată de diferența de risc cu care se confruntă indivizii în dezvoltarea bolii [8].

**Tabelul 1.** Comparații între strategia riscului crescut și strategia ecologică

	<i>Scopul intervenției</i>	<i>Cine este la risc?</i>	<i>Exemplu</i>
<b>Strategia riscului crescut</b>			
Prevenția primară	Prevenirea expunerii în vederea reducerii incidenței bolii	Persoane cu expunere cunoscută cu risc crescut de boală	Renunțarea la fumat a fumătorilor normotensivi (Hjermann, Holme, Byre, & Leren, 1981)
Prevenția secundară	Tratarea bolii în vederea reducerii morbidității și prevalenței	Persoane diagnosticate, adesea cu forme severe de boală	Intervenție intensivă în vederea renunțării la fumat, a fumătorilor cu patologii cardiopulmonare diagnosticate (Murray, Connett, Rand, Pan, & Anthonisen, 2002)
<b>Strategia ecologică</b>			
Prevenția primară	Reducerea expunerii la un factor de risc cu prevalență crescută	Riscul este prezent pentru întreaga populație	Program antifumat dezvoltat în întreaga comunitate (Egger et al., 1983)
Prevenția secundară	Identificarea și tratarea cazurilor prevalente	Boala are prevalență crescută în populație	Intervenții clinice de renunțare la fumat la pacienții hipertensivi (Jatoi, Jerrard-Dunne, Feely, & Mahmud, 2007)

Sursa: Platt J. M., Keyes K. M., Galea S., Efficiency or equity? Simulating the impact of high-risk and population intervention strategies for the prevention of disease SSM Popul Health. 2017 Dec; 3: 1–8.

De exemplu, există studii care au evaluat dacă intervențiile având ca scop reducerea fumatului au fost asociate cu o scădere a tensiunii arteriale sistolice și cu reduceri ale prevalenței hipertensiunii arteriale (HTA) [9]. HTA este o afecțiune extrem de relevantă, deoarece reprezintă atât o boală, cât și un factor de risc modificabil pentru multe alte boli cu prevalență ridicată, cum ar fi bolile cardiovasculare [10] și accidentul vascular cerebral [11]. Mai mult, HTA este o afecțiune în mare parte lipsită de simptome, care are implicații pentru strategiile de intervenție [12]. Persoanele cu afecțiuni cronice asimptomatice sunt mai puțin susceptibile de a se prezenta la medic și, de asemenea, sunt mai puțin compliante la schemele de tratament, în comparație cu cei cu simptome mai perceptibile [13]. Prin urmare, este esențial să înțelegem impactul strategiilor riscului crescut în rândul populației hipertensive, deoarece acestea sunt necesare pentru a inversa incidența și consecințele hipertensiunii într-o populație [14]. Mai simplu spus, strategiile riscului crescut urmăresc să identifice indivizi sau grupuri care sunt susceptibile de a avea o incidență crescută a unei boli, pe baza prezenței factorilor de risc modificabili cunoscuți a fi cauzatori ai bolii (de exemplu, hipertensiune arterială) sau caracteristici care țin de persoană și care sunt asociate cu o incidență mai mare a bolii [15]. Odată identificate, intervențiile sunt direcționate către acești indivizi sau grupuri pentru a le modifica riscul de îmbolnăvire. În lucrarea sa, publicată în 2008 [16], Geoffrey Rose a susținut că strategiile de prevenție care s-au concentrat exclusiv pe cei cu risc crescut au avut un impact mai mic decât strategiile care s-au concentrat asupra întregii populații, deoarece pentru multe afecțiuni comune, cele mai multe cazuri au apărut la cei care nu prezintă risc crescut. Cu toate acestea, strategiile care au impact asupra populațiilor necesită adesea acțiuni dincolo de sectorul asistenței medicale și sunt mai dificil de realizat din punct de vedere politic. Mai mult, beneficiile pe termen mai scurt pot fi mai ușor de obținut prin concentrarea asupra celor cu risc crescut. Se produce o schimbare relativ mai ușoară a comportamentului, iar raportul risc-beneficiu este mai favorabil. Noțiunea de intervenții preventive cu risc crescut se concentrează pe individ și pe comportamentele sale cu risc. Acest lucru a determinat abordări bazate pe o mai bună identificare a celor expuși riscului (căutarea unor factori de risc suplimentari, măsurarea mai precisă a factorilor de risc, concomitent cu apariția unor cerințe pentru efectuarea unor studii randomizate care să dovedească eficacitatea) [17].

Cu toate acestea, practica prevenției recunoaște din ce în ce mai mult că cel puțin atunci când vine vorba de schimbarea comportamentului, familia, comunitatea și într-un sens mai larg mediul social și cultural sunt esențiale pentru a obține o schimbare de durată a comportamentului cu risc în rândul persoanelor.

### **Mesaje cheie:**

Practica sănătății publice și a promovării sănătății presupune folosirea unei combinații a strategiilor de prevenție ecologice și a celor cu risc crescut. Cu toate acestea, pentru orice populație sau comunitate dată, există metode pentru a stabili o combinație de intervenții care vor produce cele mai bune beneficii.

## Bibliografie:

1. Krieger N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol.* Aug;30(4):668-77.
2. Krieger N, Davey Smith G. (2016). The tale wagged by the DAG: broadening the scope of causal inference and explanation for epidemiology. *Int J Epidemiol.* Dec 1;45(6):1787-1808.
3. McLaren L, McIntyre L, Kirkpatrick S. (2010). Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health. *Int J Epidemiol.* Apr;39(2):372-7.
4. Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians* (Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, Ottawa).
5. Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford and New York: Oxford Univ. Press.
6. Rose G. (1985). Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol.* Mar;14(1):32-8.
7. Platt JM, Keyes KM, Galea S. (2016). Efficiency or equity? Simulating the impact of high-risk and population intervention strategies for the prevention of disease. *SSM Popul Health.* Nov 19;3:1-8.
8. Frohlich KL, Potvin L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health.* Feb;98(2):216-21.
9. Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martínez JM. (2013). A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health.* Mar;67(3):286-91.
10. Graham, H. (2004). Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients?. *Journal of Social Policy*, 33(1), 115-131.
11. Kannel W. B. (1996). Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. *JAMA*, 275(20), 1571–1576.
12. Collins, R., Peto, R., MacMahon, S., Hebert, P., Fiebach, N. H., Eberlein, K. A., Godwin, J., Qizilbash, N., Taylor, J. O., & Hennekens, C. H. (1990). Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet (London, England)*, 335(8693), 827–838.
13. Miller N. H. (1997). Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *The American journal of medicine*, 102(2A), 43–49.
14. Diez-Roux, A. V., Link, B. G., & Northridge, M. E. (2000). A multilevel analysis of income inequality and cardiovascular disease risk factors. *Social science & medicine (1982)*, 50(5), 673–687.
15. Rose, G. 1981. Strategy of prevention: Lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal* 282:1847–1851.
16. Rose, G., K.-T. Khaw, and M. Marmot. 2008. *Rose's strategy of preventive medicine*. Oxford and New York: Oxford Univ. Press.

## STRATEGII, MODELE ȘI TEORII DE COMUNICARE ÎN SĂNĂTATE

---

*Adina-Ioana Bucur*

### **Obiective educaționale:**

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili:*

- *să definească noțiunile teoretice referitoare la principiile de bază ale comunicării, funcțiile și regulile comunicării, stilurile de comunicare*
- *să-și însușească noțiunile necesare dobândirii abilităților de comunicare*

### **Introducere**

Comunicarea este o dimensiune esențială atât în viața personală cât și în cea profesională. Până acum a existat tendința de a trata comunicarea în principal ca pe o activitate individuală și/sau interpersonală, însă comunicarea individuală sau personală reprezintă doar un aspect al comunicării organizaționale.

Întâlnirile de grup, ca metodă de informare și de luare a deciziilor, sunt tot atât de vechi ca și istoria omenirii și au existat odată ce oamenii au început să se asocieze și să lucreze în grupuri. Astfel, în ultimul deceniu comunicarea de grup are o pondere din ce în ce mai însemnată. Acest lucru se datorează faptului că organizațiile au devenit mai mari și mai complexe, determinând astfel un nivel de specializare a informației necesare pentru a lua decizii.

O situație similară există la nivelul organizațiilor din sectorul sanitar care au devenit din ce în ce mai complexe ca urmare a apariției de noi specialități medicale și progresului rapid din domeniul tehnologiei. Comunicarea la nivelul organizației nu mai poate fi adecvat asimilată, evaluată și decisă de o singură persoană sau de o categorie de specialiști, fără a face referiri la alte domenii ale organizației și fără a ține cont de contextul în care organizația își desfășoară activitatea.

Mai mult, studiile de cercetare a atitudinilor și motivațiilor oamenilor care lucrează într-o organizație, au arătat că ei au nevoie să se simtă implicați, informați și pregătiți să participe la deciziile care îi afectează.

În țări ca Marea Britanie, Canada, Spania, Suedia, Franța, Germania decizii importante legate de misiunea și activitatea unităților sanitare sunt luate de comisii din care fac parte reprezentanți ai conducerii, ai pacienților, ai comunității, ai patronatului și ai asociațiilor profesionale.



## **Teoriile comunicării**

Teoriile comunicării sunt relevante atunci când discutăm despre promovarea sănătății, deoarece declarația de la Ottawa (OMS, 1986) a subliniat necesitatea reorientării serviciilor de asistență medicală.

Teoriile care se concentrează pe comunicarea furnizor de servicii de sănătate - pacient, pe comunicarea între furnizori și pe adoptarea de noi tehnologii medicale contribuie la reorientarea serviciilor de sănătate.

### ***Teoria difuzării inovațiilor (1962)***

Teoria difuzării inovațiilor (DOI), deși în primul rând este un model care descrie etapele schimbării implicate de adoptarea progreselor tehnologice, este relevantă pentru promovarea sănătății în două moduri. În primul rând, informatica și utilizarea mijloacelor electronice au devenit din ce în ce mai mult o parte esențială a promovării sănătății. În al doilea rând, încercările inițiale de implementare nu conduc întotdeauna la utilizarea susținută a unui program sau a unui comportament de promovare a sănătății [1,2]. Etapele relevante ale schimbării conform teoriei DOI includ: cunoașterea (înțelegerea), persuasiunea (dezvoltarea unei atitudini favorabile), decizia (cântărirea beneficiilor și barierelor, apoi angajamentul către adoptare), implementarea (acțiunea) și confirmarea (întărirea bazată pe rezultate pozitive).

Pentru a fi adoptat ca o inovație sau o promovare planificată a sănătății, un program trebuie să aibă un avantaj relativ (să fie mai bun decât alte opțiuni), să fie compatibil (să fie în concordanță cu valorile existente, experiențele și nevoile din trecut) și să aibă o anumită probabilitate (capacitatea de a fi).

Un program de inovare sau de promovare a sănătății trebuie, de asemenea, să fie ușor de utilizat, ușor de înțeles și comunicat, să poată fi adoptat cu o investiție minimă de timp, să poată fi întreprins cu riscuri minime și să poată fi folosit doar cu un nivel moderat de angajament [1,2]. Rolurile importante în adoptarea inovațiilor și a comportamentului de promovare a sănătății includ liderii de opinie (cei care au influență informală asupra celorlalți), agenții schimbării (care mediază între noua schimbare și sistemele sociale relevante) și ajutoarele schimbării (persoane de încredere care interacționează cu clienții) [2]. Teoria difuziei a fost folosită pentru a studia diseminarea programelor de educație SIDA în școli; utilizarea de noi teste, tehnologii și agenți farmaceutici pe măsură ce acestea sunt încorporate în practică de către profesioniștii din domeniul sănătății; promovarea sănătății la locul de muncă; și adoptarea de practici sexuale sigure, printre alte subiecte [1].

### ***Teoria comunicării în sănătate a lui Weick (1969–1979)***

Teoria lui Weick (1979) subliniază rolul central al comunicării și procesării informației în cadrul grupurilor și instituțiilor sociale. Teoria se concentrează pe comunicarea între furnizorii de servicii medicale din cadrul organizațiilor, precum și pe comunicarea client-furnizor. Este important de luat în considerare munca lui Weick ca o teorie de promovare a sănătății bazată pe declarația de la Ottawa, care a afirmat că este nevoie de identificarea influențelor grupului asupra sănătății. Îmbunătățirea comunicării promovează acuratețea transferului de informații și adaptarea organizațională [3].

Există trei faze în teoria lui Weick: **implementare**, **selecție** și **reținere**.

**Faza de implementare** se concentrează pe provocările legate de sănătate. În faza de implementare, consumatorii și furnizorii de servicii medicale trebuie să dezvolte cele mai bune strategii de comunicare și intervenții pentru a aborda problema de sănătate dată.

În **faza de selecție**, se iau decizii cu privire la modalitățile de creștere a înțelegerii comunicării.

În **faza de reținere**, procesele sunt folosite pentru a păstra ceea ce a fost învățat prin crearea unui experiențe despre ceea ce a funcționat și ce nu. Un exemplu al fazei de reținere este un program de navigare a pacienților în care persoanele care s-au confruntat cu o problemă de asistență medicală îi ajută pe alți pacienți să navigheze în sistemul de sănătate folosind experiența lor din trecut [3]. Regulile organizaționale și modelele de interacțiune sunt folosite pentru a crește echivocitatea (înțelegerea mesajului). Fiecare participant organizațional se străduiește să transforme mesajele echivoce în mesaje ușor de înțeles și previzibile. Deoarece indivizi diferiți sunt capabili să gestioneze diferite niveluri de echivoc, pot fi necesare strategii și cicluri de comunicare multiple pentru a înțelege informațiile partajate [3]. De exemplu, un pacient care nu vorbește cursiv limba română, căruia i se prezintă informații detaliate despre un diagnostic crucial se poate simți confuz. Regulile și ciclurile sunt folosite pentru a ajuta indivizii să gestioneze informații echivoce. Instrucțiunile tipărite sunt exemple de strategii guvernate de reguli. Printre ciclurile de comunicare se numără stabilirea unei proceduri pentru trimiterea unui pacient către un specialist, solicitarea unei asistente să explice informațiile în limba maternă a pacientului sau trimiterea unui pacient către un grup de sprijin care l-ar putea ajuta să adune informațiile necesare [3].

### **Competențele în comunicare**

În cadrul Școlii de la Palo Alto au fost formulate câteva principii de bază ale comunicării și anume [4]:

1. *Într-o relație de comunicare nu se poate să nu comunici.*
2. *Comunicarea cuprinde un mesaj precum și o relație*

3. *Secvențele de comunicare cuprind segmente prin care participanții la procesul de comunicare interacționează*

4. *Relațiile în cadrul comunicării pot fi simetrice sau/și complementare.*

5. *Comunicarea este un proces în care mesajul odată transmis nu mai poate fi șters.*

6. *Comunicarea poate fi digitală, termen asimilat cu comunicarea verbală, sau analogică, termen asimilat cu comunicarea non-verbală.*

Competența de comunicare este una complexă realizându-se prin interacțiunea următoarelor competențe:

- competența lingvistică;
- competența socio-culturală;
- competența enciclopedică
- competența generică.

*Competența lingvistică* este caracteristică vorbitorilor nativi ai unei limbi prin capacitatea acestora de a înțelege și interpreta frazele mesajelor din limba respectivă.

*Competența socio-culturală* a participanților la procesul de comunicare se bazează pe relațiile interumane ale acestora generate și de stilul de comunicare al acestora.

*Competența referențială sau enciclopedică* variază în funcție de societatea în care trăim, fiind influențată de experiențele pe care le trăim pe parcursul vieții.

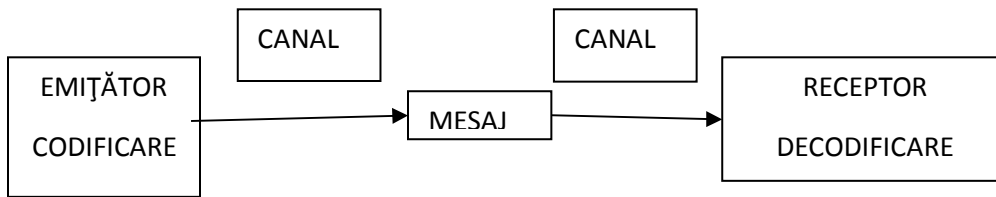
*Competența generică* variază atât în funcție de societate cât și de individ, majoritatea membrilor unei societăți fiind capabili să producă enunțuri simple sau schimburi de replici uzuale.

## **Principalele abordări ale comunicării**

Literatura prezintă mai multe tipuri de abordare a procesului de comunicare astfel:

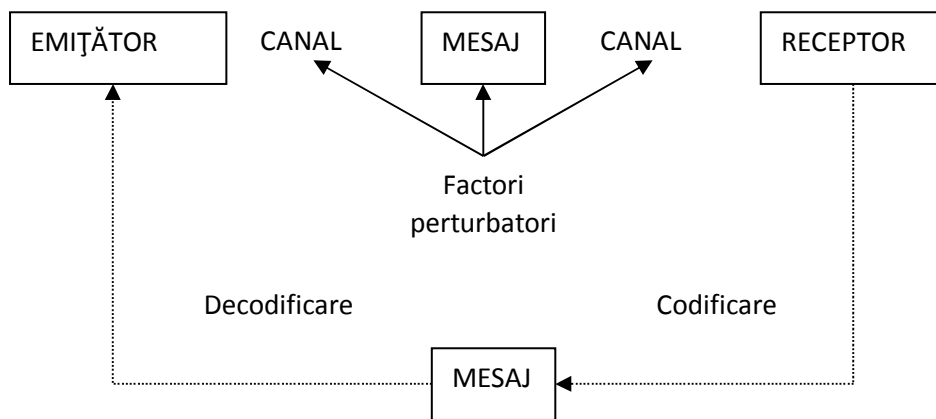
**1. Schema lui Lasswell** – este schema cea mai simplă, procesul fiind astfel conceput încât să răspundă la 5 întrebări: cine? ce zice? prin ce mijloace? cui? cu ce efecte? Schema este reprezentată ca traseul unui stimul (informație) ce provoacă un răspuns (impactul asupra receptorului) [5].

**2. Schema lui Shannon-Weaver** este mult mai complexă și implică codificarea și decodificarea mesajului. [6,7].



**Fig.1: Schema lui Shannon-Weaver**

**3. Schema lui Wiener** – completează schemele precedente cu feed-backul primit de emițător, făcând posibilă cunoașterea mesajului comunicat. Această schemă presupune o abordare dinamică, fiind îmbogățită cu elemente care țin de complexitatea proceselor de comunicare. Pe baza acestei scheme pot fi identificate atât componentele fundamentale ale procesului de comunicare, cât și legăturile dintre ele [8].



**Fig. 2. Schema lui Wiener**

## Tipuri de comunicare

### *Comunicarea interpersonală*

Conform definiției, comunicarea este un **proces de transmitere a informațiilor între participanții la acest proces, unele cu statut de emițător, altele cu statut de receptor, transmiterea făcându-se prin intermediul unor canale specifice.**

## **Elemente ale procesului de comunicare:**

1. Schema comunicării;
2. Componentele comunicării;
3. Mesajul;
4. Modalitatea de transmitere;
5. Canale de transmitere a mesajelor;
6. Perturbarea comunicării;
7. Modelul “Ferestrei lui Johari”;
8. Funcțiile comunicării;
9. Regulile comunicării.

**1. Schema comunicării** este una simplă fiind formată din emițător care transmite mesajul printr-un canal de comunicare, acesta ajungând la receptor/primitor/destinatar.

## **2. Componentele comunicării**

Comunicarea are mai multe componente și anume:

- a. Comunicarea **exteriorizată (observabilă)** cuprinde atât acțiuni verbale cât și nonverbale, putându-se manifesta prin vorbire și ascultare, dacă procesul de comunicare se realizează oral, sau prin scriere și citire în mediul scris.
- b. **Metacomunicarea** este ceea ce se înțelege dincolo de cuvinte.
- c. **Intracomunicarea** se realizează la nivelul sinelui individual.

## **3. Mesajul**

Este un element complex fiind dependent de prezența etapelor de codificare și decodificare, precum și de modalitatea de transmitere, iar feedbackul este o reacție la mesaj.

## **4. Modalitățile de transmitere a mesajelor**

Se pot face prin limbaj verbal, nonverbal sau paraverbal. Pe baza cercetărilor sale, Albert Mehrabian a concluzionat că doar 7% din sentimentele și atitudinile noastre sunt comunicate prin cuvintele pe care le folosim în comunicarea verbală, în timp ce 38% sunt transmise prin tonul și vocea noastră (limbaj paravertebral), iar restul de 55% prin limbajul corporal (nonverbal) [8].

Prima impresie pe care ne-o facem asupra unei persoane întâlnite pentru prima dată se datorează limbajului non-verbal și paraverbal

### *COMUNICAREA VERBALĂ*

- Este dezvoltată la om, vorbirea fiind actul prin care informația este emisă prin intermediul codurilor lingvistice.
- Indivizii pot fi caracterizați prin:
  - competența lingvistică (capacitate de a transmite mesaje)
  - performanța lingvistică (capacitatea de a genera prin intermediul mesajelor transmise efecte noi)
- Ceea ce generează STILUL DE COMUNICARE

### *COMUNICAREA NONVERBALĂ ȘI PARAVERBALĂ*

- Comunicarea nonverbală se realizează prin intermediul:
  - surâsului;
  - privirii aprobative;
  - strângerii de mână;
  - gesturilor amical-familiare;
- Comunicarea paraverbală poate însoți comunicarea verbală. Factorii paraverbali se referă la:
  - tonalitate;
  - ritm;
  - intonație;
  - volumul vocii.

### *ASCULTAREA*

- Ascultarea este esențială pentru o comunicare eficientă.
- Ascultarea activă esențială în interacțiunea cu pacientul presupune:
  - tăcere și concentrare pe cuvintele transmițătorului;
  - utilizarea întrebărilor deschise (de precizare) și a celor dirijate;
  - folosirea de întrebări releu (de explicitare, de tipul „ce vreți să spuneți?”);
  - repetarea întrebării interlocutorului și reformularea acesteia pentru o mai bună înțelegere.

**5. Canale de comunicare** pot fi de mai multe tipuri:

- **formale:** guvernate de reguli
- **informale:** bazate pe prietenie, preferințe, interesul personal.

**Mediul de comunicare poate fi** oral sau scris.

**6. Perturbarea comunicării** este generată de imaginea de sine a participanților în procesul comunicării, imaginea despre interlocutor, de percepțiile diferite ale participanților legate de situația în sine.

Comunicarea poate fi perturbată de o serie de factori și anume:

- imaginea de sine;
- imaginea despre persoana implicată în procesul de comunicare;
- situația în care se realizează comunicarea
- motive, sentimente, intenții care intervin în procesul de comunicare;
- așteptările participanților la procesul de comunicare;

Perturbările se pot manifesta sub formă de zgomote din mediul înconjurător, bariere, filtre etc [8].

Perturbările pot fi de natură:

- externă – generată de stimuli exteriori etc.;
- internă – cețin de participanții la procesul de comunicare, etc.;

### **7. Modelul “Ferestrei lui Johari”**

Potrivit acestui model orice persoană poate fi privită ca având mai multe zone [10]:

- o “**zonă deschisă**” (de al cărei conținut suntem conștienți și pe il dezvăluim).
- o “**zonă ascunsă**” (de al cărei conținut suntem conștienți, dar pe care, nu dorim il dezvăluim).
- o “**zonă oarbă**” (de al cărei conținut noi nu suntem conștienți, dar pe care ceilalți îl văd).
- o “**zonă necunoscută**” (al cărui conținut nu ne este cunoscut nici nouă, nici celorlalți).

*Există mai multe nivele de comunicare între diferitele “zone Johari” și anume: comunicarea deschisă, comunicarea neintenționată, comunicarea intenționată, comunicarea prin “molipsire”.*

## **8. Funcțiile comunicării**

- a. **Informare:** de a furniza și primi informații.
- b. **Socială:** de realizare de relații .
- c. **Persuasivă:** de a convinge interlocutorii de noi metode de acțiune
- d. **Instrumentală:** de realizare a unui obiectiv.
- e. **Îndeplinirea rolului:** de a acționa predictibil.
- f. **A reduce anxietatea:** prin rezolvarea problemelor
- g. **Emoțională:** de consiliere.

## **9. Regulile comunicării:**

- a. A fi un bun ascultător.
- b. A stimula oamenii să vorbească.
- c. A pune întrebări urmate de răspunsuri.
- d. De a crea un mediu prietenos.
- e. De a îndepărta barierele de limbaj.

## **Comunicarea personalului medical cu pacientul**

Caracteristica principală a activității într-un spital este munca în echipă, la nivelul căruia este deosebit de important procesul de comunicare pentru eficientizarea activității echipei.

La nivelul unei instituții sanitare deosebit de importantă este comunicarea personal medico-sanitar – pacient.

Comunicarea interpersonală este una dintre sursele cheie de influență socială, un proces critic pentru schimbarea comportamentului de sănătate. Comunicarea interpersonală poate avea loc în într-un mediu informal, în familie sau în cadrul unui grup de prieteni, sau în mod formal, cum ar fi relația asistent medical - pacient. Există mai multe avantaje ale delimitării modului în care comunicarea interpersonală poate influența comportamentul și anume: înțelegerea modului în care unele intervenții pot fi eficiente pentru schimbarea comportamentului și îmbunătățirea comunicării pacient-furnizor de servicii de sănătate.

Interacțiunile personal medical-pacient au fost studiate de peste cincizeci de ani de către sociologi medicali și cercetători în serviciile de sănătate [11,12]. În timpul interacțiunilor furnizor de servicii de sănătate - pacient, nivelul de implicare a pacientului poate varia pe un continuum de total pasiv [11] până la extrem de activ [12-14].



Diferitele tipuri de întâlniri furnizor-pacient sunt cel mai bine ilustrate de tipologia relațiilor furnizor-pacient a lui Roter și Hall (1992). Nivelul de control pe care furnizorul și pacientul îl dețin determină care dintre cele patru tipologii operează. Modele descriptive ale comunicării pacient-furnizor au fost clasificate în funcție de gradul de control exercitat de pacient și furnizor [1,14,15]. Roter și Hall (1992) identifică cel puțin patru tipuri diferite de interacțiuni, bazate pe gradul de control dintre furnizor și pacient.

1. Relația este considerată paternalistă atunci când furnizorul are un control mai mare asupra interacțiunii și se caracterizează printr-un grad scăzut de implicare de către pacient [13].
2. Mutualitatea se caracterizează prin echilibru în controlul dintre furnizor și pacient, precum și interacțiunile și luarea deciziilor sunt mai probabil participative [13].
3. Implicit interacțiunea are loc atunci când niciuna dintre părți nu deține controlul și ar putea duce la nemulțumirea pacientului și lipsa participării acestuia [12].
4. În cele din urmă, consumerismul este atunci când pacientul exercită un control mai mare în interacțiunile cu personalul medico-sanitar [14]. Este posibil ca un pacient să aibă un cuvânt mai mare de spus, iar furnizorul de servicii medicale este mai sensibil la scopurile și nevoile pacienților în astfel de situații [16,17].

Căi de comunicare asistent medical - pacient și efectele asupra stării de sănătate a pacientului

Asistentul medical trebuie să fie deosebit de conștient de primele interacțiuni orale introductive cu pacientul și aparținătorii acestuia. Un termen mai nou folosit este incluziunea pacientului. Ea înseamnă că toți suntem egali și că toți putem să avem contribuții semnificative de făcut. Incluziunea poate presupune pur și simplu salutarea pacienților, familiilor și grupurilor într-un mod cald, oferind confort și față de îngrijorările, preocupările sau grijile lor imediate. Educația pentru sănătate nu începe odată cu primele noțiuni de instruire. Mai degrabă, educația pentru sănătate începe cu stabilirea unei atmosfere propice învățării, prin care o relație terapeutică de încredere formează fundamentul unei relații de vindecare. Dacă asistentul se ocupă mai întâi de incluziune, indivizii, familiile și grupurile încep apoi să aibă încredere în asistent și, prin urmare, să aibă încredere în conținutul mesajului de educație pentru sănătate. Această încredere este evidentă prin participarea activă și angajamentul față de procesul educațional [18].

Asistenții medicali îndeplinesc un rol esențial în a răspunde preocupărilor zilnice de sănătate ale diversilor membri ai comunității cu informații semnificative și ușor de înțeles. Aceasta implică să își facă timp pentru a cunoaște indivizii, familiile lor și experiențele lor.

Meleis (1999) [19] descrie îngrijirea competentă din punct de vedere cultural ca acea îngrijire care manifestă sensibilitate față de indivizi pe baza experienței și a răspunsurilor lor, care ține cont de mediul din care provin, orientarea sexuală, statutul socioeconomic, etnia, gradul de alfabetizare și nivelul de cultură generală. Autoarea descrie mai multe proprietăți care alcătuiesc „esența asistenților medicali” care oferă îngrijiri competente din punct de vedere cultural. În primul rând, ei posedă un sistem explicativ care prețuiește diversitatea. Acesta este un sistem

care nu se bazează pe încercarea constantă de a interpreta simboluri, ci mai degrabă ține cont de variații. În al doilea rând, ei arată abilități de evaluare pentru a discerne modele diferite și similare de răspunsuri care ajută la planificarea intervențiilor educaționale adecvate. În al treilea rând, asistenții competenți din punct de vedere cultural sunt conștienți de diversitatea tiparelor de comunicare și de modul în care limbajul și comunicarea influențează „încrederea în relație”. Profesioniștii eficienți din punct de vedere cultural recunosc, de asemenea, modul în care marginalizarea poate crește riscurile privind starea de sănătate pentru indivizi.

Furnizarea doar de informații are un efect minim asupra cunoștințelor și comportamentului pacientului. Chiar și o bază de cunoștințe îmbunătățită este puțin probabil să catalizeze schimbarea comportamentului dacă atitudinile și convingerile concomitente ale pacientului nu sunt modificate [20].

Chiar dacă un număr de studii au oferit modele descriptive ale factorilor care afectează comunicarea, procesele și rezultatele în starea de sănătate, mecanismele prin care interacțiunea asistent medical - pacient sunt asociate cu rezultate pozitive în starea de sănătate a pacientului nu sunt pe deplin înțelese.

Se pare că în primul rând comunicarea asistent medical - pacient ar putea ajuta pacientul să înțeleagă modalitatea de administrare a tratamentului ceea ce ar determina vindecarea sau ameliorarea bolii. În al doilea rând, comunicarea asistent medical - pacient ar putea afecta motivațional și cognitiv procesele care stau la baza comportamentelor legate de sănătate (de exemplu, fumatul, dieta, exercițiile fizice). Aceste procese ar putea îmbunătăți procesul decizional și rezolvarea problemelor pacientului prin adoptarea unui stil de viață sănătos care, la rândul său, ar putea duce la o sănătate mai bună. Dar dacă mediul social al pacientului nu suportă aceste schimbări de comportament, pacientul poate întâmpina bariere. Comunicarea asistent-pacient poate afecta sănătatea direct sau o poate afecta indirect, prin efectele mediatore ale rezultatelor imediate (cum ar fi înțelegere, încredere, satisfacția pacientului și implicarea pacientului în decizie) și rezultate intermediare (cum ar fi schimbări în comportamentele pacientului, îngrijirea personală, aderență la tratament și decizii medicale mai bune).

În majoritatea situațiilor, însă, o serie mai complexă de mecanisme leagă comunicarea de rezultatele în starea de sănătate [21]. Comunicarea asistent medical - pacient caracterizată prin schimb eficient de informații și efect pozitiv poate duce la o mai mare încredere a pacientului (un rezultat imediat) și o mai mare dorință de a fi compliant la tratament (un rezultat intermediar), care, la rândul său, poate afecta supraviețuirea. Sau, participarea activă a pacientului la consultații ar putea ajuta asistentul să înțeleagă valorile și preferințele pacientului și să descopere posibile percepții greșite ale pacientului în ceea ce privește tratamentul. Se pot comunica apoi informații clinice într-un fel în care pacientul înțelege (un rezultat imediat) și, împreună cu pacientul, să se ajungă la o decizie care se potrivește cel mai bine circumstanțelor pacientului și care va conduce la îmbunătățirea sănătății acestuia.

Indiferent dacă este directă sau indirectă, comunicarea poate îmbunătăți sănătatea prin diverse mecanisme sau căi. Acestea ar putea include cunoștințe îmbunătățite ale pacientului și acordul asistent-pacient cu privire la diagnostic și tratament, complianța la tratament și implicarea pacientului în îngrijire, ajutarea pacientului în gestionarea mai eficientă a emoțiilor negative, construind o relație socială mai puternică, sprijin, decizii medicale mai bune (de exemplu, informate, solide din punct de vedere clinic, în concordanță cu valorile pacientului și susținute reciproc) și o atenție îmbunătățită a pacientului [22].

O bună comunicare în promovarea sănătății este importantă deoarece îi permite asistentului medical să transmită cu succes mesaje clare, concise și inconfundabile de promovare a sănătății. Comunicarea pentru promovarea sănătății poate avea loc în orice cadru și în orice moment, cum ar fi [23]:

- în secție în timpul admiterii sau externării pacientului;
- înainte de o procedură, cum ar fi schimbarea unui pansament;
- în timpul vizitei când asistentul discută despre îngrijirea pacientului cu rudele acestuia;
- ca parte a procesului de reabilitare a pacienților cu afecțiuni pe termen lung, cum ar fi diabetul zaharat.

Comunicarea poate fi uneori dificilă din mai multe motive, cum ar fi:

- limbajul pacientului și al asistentului diferă;
- pacientul este surd sau cu probleme de auz;
- pacientul are o serie de probleme de prezentare și este posibil să nu poată prelua informații noi;
- durerea, oboseala sau frica opresc pacientul să fie atent;
- pacientul crede că este judecat;
- asistentul este ocupat și, prin urmare, nu transmite mesaje în mod eficient;
- asistentul folosește un limbaj jargon;
- informațiile referitoare la starea de sănătate sunt nerealiste sau par a fi irelevante.

Există multe moduri în care întâlnirile care au ca scop promovarea sănătății ar putea fi îmbunătățite prin dezvoltarea unor abilități mai bune de comunicare. Deseori considerăm comunicarea ca mergând de la sine și uităm să acordăm atenție elementelor sale de bază, cum ar fi ascultarea și atenția la ceea ce spun pacienții și arătând în limbajul corpului nostru, atenție, respect și recunoaștere că persoana din fața noastră este unică. Privind la ceas, răspunzând la telefon sau citind notițe legate de pacientul respectiv poți să dai impresia că nu ești interesat. Este ușor pentru un pacient să se simtă sub presiune când are în fața sa un asistent ocupat și să nu pună întrebări sau să spună că nu înțelege ceva pur și simplu pentru a evita o posibilă ofensă.

Pentru a comunica eficient cu pacienții și pentru a se angaja în ascultare activă, asistenții trebuie să folosească o serie de abilități de comunicare [23]:

- să stea cu fața către pacient, ideal la același nivel;
- să folosească întrebări deschise;
- să asculte în mod activ pacientul;
- să stabilească contactul vizual dacă este acceptabil pentru pacient;
- să reflecte, adică să repete dorințele exprimate de pacient pentru a clarifica faptul că asistentul a auzit și a înțeles nevoile acestuia.

Sfaturi cheie pentru ascultarea activă [23]:

- Empatie:* Arătând că înțelegeți: „Trebuie să vă fie foarte greu...” Recunoașteți problemele și sentimentele individului, prin ascultare activă de exemplu: „Apreciez disponibilitatea dvs. de a vorbi despre o problemă atât de dificilă...”
- Parafrazarea:* Pentru a arăta că ascultați, repetați din când în când ceea ce credeți că a spus persoana – nu ca un papagal, ci parafrazând ceea ce ați auzit cu propriile dumneavoastră cuvinte. De exemplu, „Să vedem dacă dacă am înțeles clar...”
- Rezumat:* Reuniți părțile problemei pentru a verifica înțelegerea, de exemplu, „Deci mi se pare că...” sau, „Asta este?”
- Reflectarea:* Exprimați cuvintele vorbitorului în termeni de sentimente, de exemplu, „Acest lucru vi se pare cu adevărat important... Trebuie să fie frustrant.” Acest lucru poate determina pacientul să explice mai multe sau chiar să vă provoace.
- Sondarea și clarificarea:* Atrageți pacientul la discuție prin întrebări, astfel obținând informații mai profunde și mai semnificative, de exemplu, „Ce credeți că s-ar întâmpla dacă...? Ați vrea să vorbim despre asta?”

### Mesaje cheie:

Comunicarea este un proces extrem de complex: ea se realizează prin intermediul mai multor feluri de limbaje, poate fi perturbată de diferiți factori, depinde de contextul în care are loc, este specifică fiecărui individ, poate avea loc la diferite niveluri. Comunicarea este un proces interactiv și reciproc și reprezintă o abilitate cheie atât pentru asistentul medical implicat în promovarea sănătății, cât și pentru pacient.

## Bibliografie:

1. Glanz, K., Rimer, B. and Lewis, F. (2002) *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. Wiley & Sons, San Fransisco;
2. Rogers, E.M. (1962) *Diffusion of Innovations*. Free Press, New York.Kreps, 2009;3
3. Weick Karl E (1979), *The Social Psychology of Organizing*, Second Edition. Paperback: 294 pages Publisher: McGraw-Hill (1979) Language: English ISBN: 978-0075548089
4. Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2011). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. WW Norton & Company.
5. Lasswell, H. (1948). "The Structure and Function of Communication in Society". In Bryson, L. (ed.). *The Communication of Ideas*. New York: Institute for Religious and Social Studies. pp. 37–51.
6. Shannon, C. E. (July 1948). "A Mathematical Theory of Communication". *Bell System Technical Journal*. **27** (3): 381.
7. Shannon, E.; Weaver, W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*. University of Illinois Press
8. Wiener, N. (1948). *Cybernetics: Or Control and Communication in the Animal and the Machine*. Paris, (Hermann & Cie) & Camb. Mass. (MIT Press)
9. Mihăescu-Pinția, C. (2007). *Introducere în promovarea sănătății și educație pentru sănătate*, Editura Public H Press, București.
10. Mehrabian, A.(1981). *Silent Messages*. Belmont, Calif.: Wadsworth Pub. Co.
11. Luft, J., & Ingham, H. (1961). The johari window. *Human relations training news*, 5(1), 6-7.
12. Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe, Ill.: Free Press.
13. Roter, D. L., Frankel, R. M., Hall, J. A., and Sluyter, D. (2006). "The Expression of Emotion Through Nonverbal Behavior in Medical Visits: Mechanisms and Outcomes." *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl 1), S28–S34.
14. Roter, D. L., and Hall, J. A. (1992). *Doctors Talking to Patients/Patients Talking to Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Westport, Conn.: Auburn House.
15. Haug, M. R., and Lavin, B. (1983). *Consumerism in Medicine: Challenging Physician Authority*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
16. Lewis, M. A., DeVellis, B. M., and Sleath, B. (2002). "Social Influence and Interpersonal Communication in Health Behavior." In K. Glanz, F. M. Lewis, and B. K. Rimer (eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. (3rd ed.) San Francisco: Jossey-Bass.
17. Kaplan, S., et al. (1996). "Characteristics of Physicians with Participatory Decision-Making Styles." *Annals of Internal Medicine*, 124(5), 497–504.
18. Stewart, M. (2001). "Towards a Global Definition of Patient Centred Care: The Patient Should Be the Judge of Patient Centred Care." *British Medical Journal*, 2001, 322, 444–445.
19. Nies MA, McEwen M. (2015). *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations*. Edition 6. Elsevier Saunders. St. Louis, Missouri.
20. Meleis A.I. (1999). Culturally competent care. *J Transcult Nurs.*;10:12.

21. Piper S. (2009). *Health promotion for nurses theory and practice*, Routledge, New York
22. Arora, N. K. (2003). "Interacting with Cancer Patients: The Significance of Physicians' Communication Behavior." *Social Science & Medicine*, 57, 791–806.
23. Epstein, R. M., and Street, R. L., Jr. (2007). *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. Bethesda, Md.: National Cancer Institute.
24. Wills J. (2014). *Fundamentals of health promotion for nurses - 2nd edition*, Wiley-Blackwell, Chichester.

*Sorin Ursoniu*

**Obiective educaționale:**

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili:*

- *să cunoască conceptele marketingului social*
- *să înțeleagă principalele modalități de realizare a marketingului social*
- *să aplice conceptele marketingului social atunci când lucrează cu pacienții, familiile sau comunitățile pentru a promova sănătatea.*

**Scurt istoric și definiție**

Marketingul social a apărut ca o aplicare a filozofiei și metodologiei de marketing la probleme sociale și conexe. Ca disciplină formală, a fost introdusă de doi experți în marketing Philip Kotler și Gerald Zaltman în 1971, cu publicația lor *Social Marketing: An Approach to Planned Social Change* în *Journal of Marketing* [1]. Chiar dacă marketingul social se bazează pe concepte ale marketingului comercial, acesta a devenit recunoscut în ultimele decenii ca o disciplină distinctă [2].

Campaniile de promovare a sănătății de la sfârșitul anilor 1980 au început să aplice tehnicile marketingului social. Primele astfel de tentative au avut loc în Australia. În această categorie au intrat campania anti fumat "Quit" (1988) și cea de prevenire a cancerului de piele "SunSmart" (1988).

Marketingul social a fost definit ca „*aplicarea tehnologiilor de marketing comercial la analiza, planificarea, punerea în aplicare și evaluarea programelor menite să influențeze comportamentul voluntar al publicului țintă în scopul îmbunătățirii bunăstării lor personale și a societății căreia îi aparțin*” [3-4]. Acest proces oferă beneficiile pe care le dorește publicul, reduce barierele cu care se confruntă acesta și folosește persuasiunea pentru a influența intențiile de a acționa favorabil [5]. Deși conceptul de marketing social este vechi de câteva decenii, aplicarea lui în educația pentru sănătate/promovarea sănătății este mult mai recentă [6].

## Modelul marketingului social

În comparație cu modelele tradiționale de schimbare a comportamentului, marketingul social promovează schimbarea voluntară a comportamentului prin oferirea de beneficii potențiale, reducerea barierelor și prin folosirea persuasiunii pentru a convinge publicul țintă că produsul (intervenția) este soluția la problema abordată. Într-un model de marketing social, tehnicile de marketing comercial sunt aplicate pentru a planifica, implementa și evalua programe pentru a schimba comportamentul publicului țintă pentru a îmbunătăți sănătatea [7]. Practicile de marketing care au fost utilizate în mod tradițional în reclame sunt aplicate în scopuri sociale pentru ca grupul țintă să adopte o idee, un produs sau un comportament. Principiile de bază includ: (1) orientarea către consumator, (2) cunoașterea concurenței, (3) schimbul reciproc de bunuri tangibile sau intangibile, (4) segmentarea populațiilor și selecția atentă a publicului țintă și (5) mixul de marketing și intervenția. O abordare de marketing depășește educația pentru a schimba comportamentul, deoarece agenții de marketing social încearcă să crească atractivitatea comportamentului dorit, astfel încât consumatorii să-și dorească noul comportament [8].

Se fac eforturi pentru a oferi efecte imediate, deoarece acestea au un potențial mai mare de a modela comportamentul.

Modelul de marketing social este mai degrabă un set de principii decât o teorie. El poate fi aplicat ca o componentă în dezvoltarea unui program. Conceptele de marketing social sunt folosite pentru a ghida studiile calitative în vederea obținerii unei perspective asupra comportamentelor individuale înainte de implementarea schimbării. De exemplu, focus grupurile au fost folosite pentru a efectua o evaluare formativă pentru a identifica perspectivele referitoare la sănătate și nutriție ale femeilor americane [9].

Modelul de marketing social este considerat a fi o componentă a acțiunilor și teoriilor multiple pentru a produce o schimbare de succes. În cercetarea pentru reducerea barierelor în calea utilizării mijloacelor de protecție solară, intervențiile de marketing social au fost combinate cu concepte din modelele individuale de schimbare a comportamentului (bariere percepute, atitudini și cunoștințe despre protecția solară și cancerul de piele) [10]. Modelele de marketing sunt, de asemenea, recomandate pentru a realiza schimbarea [11].

### Instrumente

Social Marketing Assessment and Response Tool (SMART) este un instrument de planificare a marketingului social dezvoltat de Neiger și Thackeray [12]. Acesta a fost folosit în mai multe ocazii în mai multe intervenții de marketing social [13]. Modelul oferă, de asemenea, o imagine de ansamblu excelentă asupra marketingului social în general [14].

SMART este compus din șapte faze (Tabel 1). „*La fel ca și alte instrumente de planificare în marketingului social, punctul central al SMART-ului îl reprezintă consumatorii. Inima acestui model, compus din fazele 2, 3 și 4, ține de dobândirea unei înțelegeri ample a consumatorilor care vor fi destinatarii unui program și a intervențiilor acestuia. Aceste trei faze caută să*



*înțeală consumatorii înainte ca intervențiile să fie dezvoltate sau implementate. Deși aceste faze (2-4) sunt afișate în mod liniar... ele sunt de obicei efectuate simultan...” [14].*

**Tabelul 1. Fazele SMART**

<b>FAZA 1: PLANIFICAREA PRELIMINARĂ</b>
• Identificați o problemă de sănătate și denumiți-o în termeni de comportament.
• Dezvoltați obiectivele generale.
• Schițați planurile preliminare pentru evaluare.
• Stabiliți costurile programului.
<b>FAZA 2: ANALIZA CONSUMATORILOR</b>
• Segmentați și identificați populația prioritară.
• Identificați metodelor de cercetare formativă.
• Identificați dorințele, nevoile și preferințele consumatorilor.
• Dezvoltați idei preliminare pentru intervențiile preferate.
<b>FAZA 3: ANALIZA PIEȚEI</b>
• Stabiliți și definiți mixul de marketing (cei 4P).
• Evaluați piața pentru a identifica concurenții (comportamente, mesaje, programe etc.), aliații (sisteme de susținere, resurse etc.) și partenerii.
<b>FAZA 4: ANALIZA CANALULUI DE COMUNICARE</b>
• Identificați mesajele, strategiile și canalele adecvate de comunicare.
• Evaluați opțiunile pentru distribuirea programului. Stabiliți cum ar trebui utilizate canalele.
• Evaluați opțiunile pentru distribuirea programului.
• Identificați rolurile de comunicare pentru partenerii de program.
<b>FAZA 5: DEZVOLTAREA INTERVENȚIEI, MATERIALELOR ȘI PRETESTAREA</b>
• Creați intervenții și materiale folosind informațiile colectate în urma analizelor consumatorilor, pieței și canalelor de comunicare.
• Interpretați mixul de marketing într-o strategie care reprezintă schimbul și binele social.
• Pretestați și rafinați programul.
<b>FAZA 6: IMPLEMENTAREA</b>
• Comunicați cu partenerii și clarificați implicarea.
• Activați strategiile de comunicare și distribuție.
• Documentați procedurile și comparați progresul realizat cu termenele stabilite.
• Rafinați programul.
<b>FAZA 7: EVALUAREA</b>
• Evaluați gradul în care populația prioritară primește programul.
• Evaluați impactul imediat asupra populației prioritare și rafinați programul după caz.
• Asigurați-vă că livrarea programului este în concordanță cu protocolul stabilit.
• Analizați schimbările în populația prioritară.

Lefebvre și Flora [15] descriu abordarea planificării educației pentru sănătate cu ajutorul marketingului social ca având opt componente esențiale:

1. orientarea consumatorului pentru a realiza obiectivele organizației;
2. punerea accentului pe schimburile voluntare de bunuri și servicii între furnizori și consumatori;
3. cercetarea în domeniul analizei audienței și a strategiilor de segmentare;
4. folosirea cercetării formative în proiectarea produsului sau mesajului și pretestarea acestor materiale;
5. analizarea canalelor de distribuție (comunicare);
6. folosirea unui “amestec de marketing” (marketing mix), adică abordarea simultană a produsului, prețului, locului și caracteristicilor de promovare în planificarea intervenției și implementării;
7. utilizarea unui sistem de urmărire a procesului, cu funcții integrative și de control;
8. folosirea unui proces de management care implică analizarea problemei, planificarea, implementarea și funcții de feedback.

Marketingul social combină cunoașterea principiilor de marketing cu teoria schimbării comportamentului pentru a produce o schimbare durabilă. Un exemplu de program de marketing social pentru reducerea consumului de alcool este Campania Efectele Alcoolului, lansată de Departamentul de Sănătate din SUA în anul 2010 [16]. Au fost identificate nevoile băutorilor expuși la risc și au fost explorate atitudinile grupului față de consumul de băuturi alcoolice. Apoi programul a abordat beneficiile schimbării, ajutând grupul țintă să recunoască relevanța campaniei și să-și examineze consumul de alcool și în final să-și schimbe comportamentul. Marketingul social nu se rezumă doar la a le spune indivizilor ce să facă prin utilizarea mass-media; este o campanie integrată care îi sprijină să își schimbe comportamentul și să susțină schimbarea comportamentului [17].

Marketingul social este adesea folosit pentru a proiecta campanii și există dovezi care sugerează că astfel de campanii au un impact și o eficacitate sporite [18]. Această abordare a promovării sănătății este utilizată pe scară largă în SUA și este din ce în ce mai utilizată și în alte țări precum Marea Britanie.

Marketingul social poate fi legat de mass-media, dar poate fi folosit mai extins și mai eficient pentru a planifica intervenții și campanii cuprinzătoare [18].

În raport cu mass-media se bazează pe ideea că este nevoie să ne concentrăm asupra consumatorului și să avem o abordare integrată pentru a susține schimbarea. Marketingul social utilizează mass-media, dar poate influența și politica și poate fi vorba și despre „vânzarea” schimbării comportamentului.

Marketingul social are șase caracteristici principale, care sunt combinate pentru a fi eficiente [16]:

1. teoria schimbului
2. segmentarea publicului
3. concurența
4. mixul de marketing
5. orientarea spre consumator
6. monitorizarea și revizuirea continuă.

## **1. Teoria schimbului**

Acest lucru recunoaște faptul că indivizilor sau comunităților li se cere să-și schimbe comportamentul în mod voluntar și, pentru ca acest lucru să aibă succes, trebuie luată în considerare influența interesului propriu. Aceasta înseamnă că trebuie să fim clari cu privire la ceea ce oferă cel mai mare beneficiu la cel mai mic cost pentru individ sau comunitate. Beneficiile sunt legate de o schimbare care are valoare pentru individ sau comunitate. Această parte a teoriei marketingului social se leagă de Modelul Credinței în Sănătate, unde beneficiile și costurile sunt luate în considerare și influențează dacă schimbarea are loc. De exemplu, un program de imunizare trebuie să fie clar despre ceea ce oferă și care sunt beneficiile pentru comunitatea locală, ținând seama de situația locală. O campanie de promovare a vaccinare pentru prevenirea rubeolei într-o țară în care imunizarea este disponibilă gratuit și boala este rar observată va trebui să se concentreze pe diferite beneficii comparativ cu o campanie într-o țară în care rubeola apare în mod regulat și imunizarea trebuie să fie plătită de către individ. Marketingul social recunoaște că schimbarea comportamentului este voluntară și, pentru a avea succes, beneficiile trebuie să fie clar precizate.

### ***Studiu de caz***

Marian este un bărbat căsătorit în vârstă de 42 de ani, care locuiește în propria casă împreună cu soția sa și doi băieți de 10 și 8 ani. Lucrează la o firmă de taxiuri, iar de când a preluat responsabilitatea promovării afacerii, profiturile anuale au crescut. Orele lui sunt lungi și implică multe ore de stat la birou și foarte puține exerciții. Lui Marian îi place să mănânce, iar soția lui este o bucătăreasă foarte bună. Recent s-a îngrășat destul de mult și îi este mereu sete. Tatăl lui Marian a fost diagnosticat cu diabet la vârsta de 45 de ani și soția sa este îngrijorată că și Marian ar putea avea aceeași problemă. Ea observă un afiș, la cabinetul medicului de familie, care explică semnele și simptomele diabetului. De asemenea, afișul oferă îndrumare spre un centru care oferă teste gratuite de depistare a diabetului pentru orice persoană cu antecedente familiale de diabet. Marian se programează pentru testare, iar nivelul glicemiei indică faptul că ar putea avea diabet de tip II. Asistenta medicală de la centru îi oferă informații scrise despre îmbunătățirea dietei și promovarea exercițiilor fizice, pe care le parcurge cu el pentru a se asigura că le înțelege. De asemenea, se oferă să o vadă pe soția sa, deoarece Marian afirmă că aceasta se

ocupă exclusiv de gătit și de aprovizionarea cu alimente. Asistenta sugerează, de asemenea, că ar dori ca Marian să participe la un grup de sprijin la centrul comunitar local, care a fost înființat pentru a ajuta diabeticii nou diagnosticați să facă față schimbării stilului de viață.

Pentru Marian, legătura cu teoria schimbului este clară. El trebuie să se gândească dacă merită să-și schimbe dieta pentru controlul diabetului, el făcând de fapt o schimbare în stilul său de viață. Beneficiile reducerii cantităților de grăsimi și de zahăr din dieta lui vor fi că diabetul său va fi controlat fără ca acesta să fie nevoit să ia vreun medicament. Costurile sunt reprezentate de faptul că Marian și familia lui vor trebui să se îndepărteze de modul tradițional de a găti folosind grăsimi și, în schimb, să folosească alternative cu conținut scăzut de lipide. Dacă Marian se schimbă sau nu, va depinde de modul în care vede el aceste costuri și beneficii. Rolul marketingului social este de a-l ajuta să înțeleagă valoarea schimbării.

## **2. Segmentarea publicului**

Marketingul social folosește segmentarea publicului pentru a selecta publicul țintă, un proces de împărțire a populației în segmente distincte pe baza caracteristicilor care le-ar putea influența răspunsul la programul de marketing. Segmentele identifică grupuri mai mici care pot necesita strategii de marketing diferite. Profilurile de grup îi ajută pe furnizorii de servicii medicale să decidă ce grupuri să vizeze și care este cea mai bună modalitate de a ajunge la segmentele vizate [8].

Segmentarea recunoaște că populația trebuie împărțită pe baza comportamentului actual, mai degrabă decât în funcție de vârstă, cultură sau gen. Marketingul social are nevoie de timp pentru identificarea populației țintă și pentru a observa care este comportamentul ei actual. Cu cât se cunosc mai multe detalii despre grupurile țintă, comportament și atitudini, cu atât este mai ușor să se proiecteze o intervenție eficientă pentru a schimba comportamentul. Grupul țintă sau consumatorul ar trebui să fie în centrul marketingului social [17].

De exemplu, o campanie de renunțare la fumat care vizează adolescenții care doresc să renunțe ar trebui să fie diferită de una care este concepută pentru adolescenții care nu doresc să renunțe la fumat. Pentru primul grup, accentul s-ar pune pe cum să se oprească, în timp ce pentru al doilea grup conștientizarea ar trebui abordată mai întâi. Marketingul social recunoaște faptul că un anumit tip de intervenție nu va fi eficient pentru toată lumea.

### ***Studiu de caz***

Emilia are 6 ani și este reticentă în a face mișcare; preferă să se uite la televizor sau să se joace pe telefonul mobil și este pretențioasă în ceea ce privește mâncarea pe care o consumă. Locuiește împreună cu mama ei și cu un frate mai mic într-un apartament închiriat. Mama Emiliei tinde să-i hrănească cu mâncare gătită rapid, ieftină, bogată în grăsimi saturate și carbohidrați. Ea face asta în principal pentru că a observat că acest gen de mâncare este pe placul copiilor, dar și pentru că este ieftină, iar abilitățile ei în domeniul preparării hranei sunt limitate.

În clasa Emiliei, mulți dintre copii sunt asemănători cu ea prin faptul că nu le place activitatea fizică și preferă să joace jocuri pe computer decât să se joace în aer liber. Marketingul social ar putea ajuta la identificarea problemelor relevante pentru Emilia și familia ei, precum și pentru colegii ei de clasă. S-ar putea ca, analizând comportamentul copiilor la școală, să se constate că aceștia nu fac suficientă mișcare. Deci, accentul ar putea fi pus pe creșterea exercițiilor fizice ca parte a activităților desfășurate în școală.

Alternativ, accentul ar putea fi pus pe Emilia și mama ei, recunoscând că aceasta din urmă are abilități limitate de pregătire a hranei și de achiziționare a alimentelor. Abordarea acestui lucru prin cursuri de gătit comunitare pentru mamele singure ar putea fi de folos pentru Emilia acum și în viitor. Dacă mama ei învață să gătească, atunci Emilia ar putea dobândi și ea aceste abilități. Marketingul social ne ajută să identificăm cine face parte din grupul țintă și să aflăm de la ei care sunt problemele.

### **3. Concurența**

Marketingul social recunoaște că există și alte opțiuni comportamentale care concurează cu opțiunea sănătoasă. În marketingul social, este important să fie clar care ar putea fi alternativele la schimbarea comportamentului de sănătate și care sunt beneficiile acestora. Prin urmare, este important ca mesajele și campaniile eficiente de promovare a sănătății să identifice avantajele și provocările care sunt legate de schimbarea comportamentului. O campanie care folosește marketingul social va încerca să facă ca schimbarea să pară cea mai atractivă opțiune [16].

De exemplu, atunci când se încearcă să se încurajeze copiii mici să mănânce sănătos și să consume cinci porții de fructe sau legume pe zi, pentru a avea succes este important ca promotorul sănătății să fie conștient de beneficiile și provocările de a nu mânca sănătos (de exemplu, gama de alimente disponibile, trucurile folosite pentru a încuraja consumul, cum ar fi oferirea de jucării gratuite, activități distractive, acces facil la fast-food) pentru a încerca să înțeleagă mentalitatea copiilor.

Campaniile recente pentru “cinci pe zi” din Marea Britanie au adoptat aceste idei, încercând să facă „atractiv” consumul de fructe și legume în cadrul unor campanii integrate precum „Fit 4 Life”. Aceasta includea un element distractiv pentru a încuraja copiii să se bucure de ceea ce mănâncă, mai degrabă decât să se concentreze pe beneficiile pentru sănătate [19].

Este important să privim beneficiile unei schimbări, dar este, de asemenea, important să nu încercăm să speriem oamenii că trebuie să se schimbe, deoarece acest lucru nu este eficient pe termen lung. Un exemplu în acest sens a fost campania „Iceberg SIDA” din 1986, care a încercat să sperie oamenii să-și schimbe comportamentul sexual și, deși numărul cazurilor s-a stabilizat în urma campaniei, schimbarea nu a fost susținută. Este mai bine să te concentrezi pe beneficiile tangibile ale schimbării decât să sperii oamenii pentru a-i face să se schimbe [16].

Un concept suplimentar este concurența produsului sau comportamentul existent (competiția) care trebuie schimbat [20].

**Tabelul 2.** Exemple de competiție

<b>Comportamentul promovat</b>	<b>Competiția reprezentată de alt comportament preferat în locul celui promovat</b>	<b>Competiția – mesaje sau persoane care trimit mesaje opuse comportamentului promovat</b>
Consumul de alcool cu moderație	Să te “amețești” și să te simți bine	Prieteni
Practicarea de exerciții fizice cu regularitate în aer liber	Să stai acasă și să te uiți la televizor	Partenerul de cuplu
Să nu fumezi	Să ieși la o țigară cu colegii	Colegii
Să mănânci sănătos	Să mănânci la fast food	Firmele de fast food

### ***Studiu de caz***

David are 27 de ani și a executat o serie de pedepse cu închisoarea. El a avut dificultăți la școală și a fost considerat ca având o tulburare de hiperactivitate. A părăsit școala la 15 ani, nu a lucrat niciodată și a rămas fără adăpost când nu era în închisoare, dar uneori locuiește cu prietenii. David are un istoric de consum de droguri și periodic bea cantități mari de alcool ieftin.. De asemenea, a fumat țigări de la vârsta de 11 ani. David are o serie de comportamente de sănătate pe care ar putea decide să le schimbe. Marketingul social l-ar putea ajuta să identifice beneficiile schimbării, recunoscând în același timp că are opțiunea de a-și continua comportamentul actual.

## **4. Mixul de marketing: cei 4 P**

Cunoștințele despre principiile marketingului social au crescut în ultimii ani și mulți oameni sunt familiarizați cu conceptul de mix de marketing. Uneori este privit ca o modalitate independentă de a influența mass-media; cu toate acestea, pentru a fi cel mai eficient, ar trebui să fie combinat cu celelalte cinci elemente ale marketingului social [16].

Cadrul de desfășurare ia în considerare cei „**Patru P – în limba engleză**”: *produsul, prețul, locul (place în limba engleză) și promovarea* [8].

**Produsul** este schimbarea dorită a comportamentului de sănătate, cum ar fi de exemplu consumul de cinci porții de fructe și legume pe zi. Se referă la caracteristicile și beneficiile asociate cu comportamentul dorit. El trebuie să ofere o soluție la problemele pe care consumatorii le consideră importante pentru ei. Consumatorii se confruntă cu alegerea între noul comportament și comportamentul cu risc din prezent, astfel încât beneficiile noului comportament (produs) trebuie să depășească pe cele ale comportamentului cu risc actual. Lefebvre [21] descrie trei tipuri de produse: produse informaționale (mesaje sau informații); produse tangibile (curriculum școlar ptr educație ptr sănătate, materiale de auto-ajutorare ptr cei care doresc să renunțe la fumat, prezervative etc); servicii (consiliere, linii telefonice speciale, grupuri de auto-ajutorare etc). Produsul ar putea fi o imunizare, care are beneficii observabile, sau o schimbare a comportamentului, cum ar fi renunțarea la fumat. Oricare ar fi produsul, acesta ar trebui proiectat în colaborare cu grupul țintă, astfel încât să răspundă nevoilor acestora. Aceasta poate însemna adaptarea campaniilor și intervențiilor pentru a fi adecvate pentru grupul țintă, mai degrabă decât să se bazeze pe opiniile experților. Un exemplu în SUA a fost proiectul VERB, care a avut ca scop creșterea exercițiului la tineri. Produsul a fost modificat pentru a sublinia aspectul distractiv al exercițiului mai degrabă decât beneficiile pentru sănătate, deoarece acest lucru l-a făcut mai acceptabil [22].

**Prețul** se referă la costurile sociale, emoționale și monetare asociate cu adoptarea programului sau comportamentului. Din perspectiva consumatorului, el poate fi un cost, de exemplu costul înscrierii la un club sportiv pentru a face mișcare. Produsele cu preț mai mare sunt mai greu de implementat decât cele mai puțin costisitoare [8]. În marketingul social costul variază; ar putea fi prețul unei imunizări, dar ar putea exista și alte costuri economice, cum ar fi ziua liberă pentru a participa la screening. Sau ar putea fi costul social al schimbării comportamentului, cum ar fi renunțarea la fumat, în sensul că acest obicei ar putea face parte din socializare. Un alt cost ar putea fi pierderea psihologică a unei plăceri, prin renunțarea la fumat sau la băutura. Sau ar putea fi costurile psihologice asociate stresului de a schimba un comportament care provoacă dependență. Costul trebuie privit din punctul de vedere al consumatorului, nu din punctul de vedere al promotorului de sănătate. Asigurarea gratuită a articolelor care promovează sănătatea nu depășește întotdeauna costurile; de exemplu, în SUA, adolescenții sunt neîncrezători în prezervativele oferite gratuit considerându-le ca fiind posibil inferioare, dar le acceptă dacă se percepe o taxă mică [18].

**Locul** este punctul de distribuție sau locația programului de intervenție și trebuie luate în considerare accesibilitatea și acceptabilitatea. Cu cât locul este mai convenabil, cum ar fi facilitățile pentru exerciții fizice, cu atât mai probabil va avea loc adopția. Agenții de marketing social trebuie să evalueze când și unde publicul țintă va fi cel mai receptiv la mesajele transmise sau unde și când sunt gata “să cumpere” produsele [8].

**Promovarea** se referă la comportamentul promovat și la strategiile utilizate pentru a convinge grupul țintă să adopte comportamentul dorit. Pentru a motiva schimbarea, promovarea include obiectivele comunicării pentru publicul țintă; strategii de concepere a unor mesaje eficiente, care să atragă atenția; și purtători de cuvânt credibili și de încredere. Strategiile pot include comunicarea în masă, informarea publicului, educația consumatorilor, corespondența directă, relațiile publice și materialele tipărite. Strategiile de promovare suplimentare care pot fi implementate includ îmbunătățiri ale furnizării de servicii, modificări ale politicii și utilizarea unor cupoane pentru a atrage consumatorii. Două abordări suplimentare sunt posibile: *educația distractivă* (o combinație între educație și distracție - în limba engleză „*edutainment*”), utilizarea mijloacelor tradiționale de divertisment în scopuri educaționale și *advocacy media*, utilizarea strategică a mass-media pentru a crește sprijinul public pentru abordarea schimbării [8]. Tipul de comunicare utilizat trebuie să fie adecvat grupului țintă. De exemplu, tinerii ar putea aprecia comunicările prin intermediul rețelelor sociale, cum ar fi Facebook, dar acest lucru nu ar trebui să fie niciodată presupus.

Folosirea unei game variate de mijloace de comunicare este mai eficientă decât o singură modalitate. Cu toate acestea, acestea ele ar trebui integrate pentru a atinge un scop specific. De exemplu, o intervenție care să promoveze mersul pe jos la școală pentru copii ar necesita publicitate prin afișe și fluturași, o scrisoare către părinți, sesiuni pentru dezvoltarea unor abilități privind siguranța rutieră pentru copii și sesiuni de informare pentru părinți. Deciziile cu privire la ce ar trebui să includă ar trebui luate împreună cu grupul țintă [16].

Aceste componente sunt interdependente și principiile de bază servesc la conceperea strategiilor de implementare pentru populațiile țintă.

### ***Studiu de caz***

Radu are o boală cardiacă și putem presupune că ar dori să prevină agravarea acesteia. Marketingul social ar putea să ajute identificând clar care sunt cei 4 P pentru Radu.

### **Produsul**

Radu are de făcut alegeri cu privire la stilul său de viață. Ar putea dori să-și îmbunătățească dieta, caz în care este important să stabilească care sunt problemele sale și să afle ce produs l-ar ajuta să-și îmbunătățească dieta și pe care l-ar găsi benefic. Ar putea să urmeze o serie de lecții de gătit sau ar putea să intre într-un grup care folosește o anumită dietă.

### **Prețul**

Ar fi important să se discute cu Radu despre ceea ce consideră el că ar putea fi costurile schimbării dietei. Dacă îi place dieta actuală, acest lucru ar putea fi dificil pentru el, deoarece își va pierde una dintre plăcerile sale. Cu toate acestea, dacă nu îi place ceea ce mănâncă în prezent, dar o face din lipsă de timp, va fi necesar să se abordeze problema modului de a mânca sănătos și



rapid. Sau ar putea să mănânce așa cum o face în prezent din cauza presiunilor financiare, caz în care este important să-l ajutăm să identifice modalități de a mânca sănătos și ieftin.

### **Locul**

Acest aspect se concentrează asupra locului în care ar putea avea loc schimbarea; aceasta putând fi acasă sau în comunitate. Poate să aibă acces la ajutor și asistență în momentele potrivite? Există un loc unde un grup de susținere ar putea fi aproape de el? Dacă problema este accesul la alimente proaspete, poate ajunge cu ușurință la magazinele unde se găsesc? Sau ar putea avea nevoie să ia în considerare alte moduri de a-și face cumpărăturile, cum ar fi cumpărăturile pe internet? Toate aceste probleme trebuie luate în considerare.

### **Promovarea**

În acest caz este vorba despre concentrarea asupra modurilor în care comportamentul lui Radu s-ar putea schimba. Ar putea fi vorba despre a urma o serie de lecții de gătit sau ar putea fi vorba despre alăturarea unui grup care ține o anumită dietă. Promovarea s-ar face prin reclamă la cursurile disponibile, asigurându-se că Radu este conștient de alegerile sale și că are informații despre o schimbare a dietei.

Per ansamblu, problemele sunt de a afla care sunt domeniile pe care Radu ar vrea să se concentreze și de a-l ajuta să-și atingă obiectivele.

## **5. Orientarea către consumator**

Orientarea către consumator în marketingul social îl deosebește de alte abordări în promovarea sănătății. Printr-o orientare către consumator, trebuie să înțelegem percepția consumatorului despre beneficiile produsului, prețul, beneficiile și costurile concurenței și alți factori care pot influența comportamentul acestuia. Rezultatele cercetării sunt folosite pentru a identifica recomandări pentru programele de promovare a sănătății. Aceste recomandări, bazate pe cercetări care definesc ceea ce funcționează cel mai bine, ajută la planificarea strategiilor de marketing [8].

Studierea consumatorilor este folosită pentru a afla de ce au nevoie consumatorii și pentru a le identifica prioritățile, precum și pentru a crește gradul de conștientizare a aspirațiilor lor. De asemenea, ar trebui să se încerce identificarea motivelor pentru care s-ar putea să nu se schimbe. Cercetarea de piață ajută la identificarea subgrupurilor care ar putea fi vizate, de exemplu, cei cu un anumit comportament social, cum ar fi consumul excesiv de alcool într-o seară de sâmbătă. Unul dintre scopurile orientării către consumatori este dezvoltarea unei relații cu grupul țintă identificat, astfel încât nevoile acestora să fie satisfăcute în timp, nu doar în urma unei campanii de scurtă durată [16].

De exemplu, un program de exerciții comunitare poate să nu aibă succes, așa că promotorii ar trebui să afle de ce nu funcționează și să-l adapteze. Ascultând ideile consumatorilor, schimbarea poate avea loc și poate duce la o intervenție de succes.

Marketingul social nu are o abordare de sus în jos pentru promovarea sănătății și ar putea fi considerată mai degrabă o abordare de jos în sus, deoarece consumatorul se găsește în centru.

## **6. Monitorizarea și revizuirea continuă**

Acesta este un proces continuu în care evaluarea procesului și impactul intervenției fac parte din planificare și continuă pe tot parcursul acțiunii [16]. În marketingul social, programele ar trebui monitorizate continuu pentru a evalua eficiența lor în promovarea schimbării. Monitorizarea continuă permite, de asemenea, identificarea activităților care trebuie revizuite, precum și a activităților care sunt cele mai eficiente [8]. Publicul țintă este verificat în mod constant în ce privește receptivitatea la intervenție. Evaluarea marketingului social este multidimensională. Criteriile includ impactul, acoperirea, sustenabilitatea, rentabilitatea, acceptabilitatea și echitatea [23]. Strategiile calitative și cantitative sunt utilizate atât pentru evaluări formative, cât și pentru evaluarea rezultatelor.

De exemplu, un program parental pentru mame tinere trebuie monitorizat continuu prin discuții de grup sau chestionare pentru a ne asigura că răspunde atât nevoilor mamelor, cât și ale copiilor, permițând mamelor să dezvolte abilități adecvate care pot fi susținute și după încheierea cursului. Ar putea însemna adaptarea materialelor predate dacă nu satisfac nevoile mamelor și ale copiilor [16].

### ***Exemplu de aplicare a marketingului social***

O abordare de marketing social înseamnă să ne concentrăm pe ceea ce își doresc Emilia și mama ei pentru a-și îmbunătăți sănătatea. Aceasta poate fi o schimbare a dietei sau o schimbare a nivelurilor de activitate. Marketingul social presupune lucrul cu clienții pentru a afla ce își doresc și care ar putea fi costurile schimbării pentru ei.

#### **• Teoria schimbului**

Pentru început, trebuie să le ajutăm pe amândouă să identifice la ce vor renunța, pentru a implementa o schimbare.

Emiliei s-ar putea să-i facă plăcere să se uite la televizor, iar mamei ei, s-ar putea să-i convină că aceasta se uită în liniște la televizor, așa că schimbarea ar trebui să le încurajeze pe Emilia și pe mama ei să fie mai active. Marketingul social încearcă să identifice soluții la probleme, mai degrabă decât să încerce să vândă un produs [24].

### • Segmentarea publicului

Acest lucru sugerează că ar trebui să ne concentrăm asupra comportamentului actual al Emiliei și al mamei sale și să le ajutăm să-și satisfacă nevoile, mai degrabă decât să încercăm să le clasificăm în funcție de vârsta sau sexul lor. Ar putea fi important aici să ne concentrăm pe elementul distractiv de a fi mai activ. Este important să le cunoaștem și să aflăm ce și-ar dori, poate prin discuție sau prin joc.

### • Concurența

Există multe alte lucruri pe care Emilia și mama ei ar putea dori să le facă și recunoașterea acestui lucru este o parte importantă a motivației lor să se schimbe.

### • Mixul de marketing

- Produsul nu este reprezentat de pierderea în greutate, ci de ajutorul pentru a avea un viitor mai sănătos, mai fericit.
- Prețul le ajută să înțeleagă la ce renunță, recunoscând și beneficiile pentru Emilia. De exemplu, s-ar putea ca ea să aibă mai multă energie.
- Locul ar putea fi vital, asigurându-ne că ele pot avea acces la facilități unde pot practica exercițiile fizice, de exemplu, parcul local sau o piscină unde ar putea să înoate.
- Promovarea este modul în care este comunicată schimbarea. Ar trebui să fie potrivită atât pentru Emilia, cât și pentru mama ei. De exemplu, afișele promoționale ar putea include activități și informații și ar trebui să fie pline de culoare, dar sunt doar o mică parte din ceea ce se poate face pentru a le ajuta pe amândouă să se schimbe.
- Orientarea către consumator înseamnă identificarea aspirațiilor acestora, a ceea ce doresc să facă și de ce doresc să facă lucrul respectiv. Ne asigurăm astfel că Emilia și mama ei vor primi ceea ce au nevoie și vor fi pe deplin implicate. Cu toate acestea, ele ar trebui consultate în toate etapele de proiectare și implementare a intervenției.
- Monitorizarea continuă include verificarea faptului că intervenția realizează scopul propus și răspunde atât nevoilor Emiliei, cât și ale mamei sale. Dacă nu, intervenția trebuie modificată pentru a satisface nevoile acestora.

### **Critici ale marketingului social**

Marketingul social are multe avantaje, dar este criticat pentru că “vinde” sănătate și nu recunoaște întotdeauna că sănătatea nu este o marfă care poate fi măsurată.

S-a sugerat că folosește învinovățirea victimei având o abordare în aval a promovării sănătății, care urmărește ca individul să își schimbe comportamentul.

Marketingul social a fost, de asemenea, criticat pentru soluțiile simple la probleme complexe subliniind că trebuie să se concentreze mai mult pe plan social și politic. În ciuda acestor critici, reprezintă o modalitate utilă de a cunoaște atât indivizii, cât și comunitățile, și de a construi o relație pentru a-i sprijini în schimbarea voluntară a comportamentului lor.

Comportamentele de conducere riscante ale șoferilor de taxi au fost identificate într-un studiu calitativ folosind o abordare de marketing social [25]. Prin focus grupurile care au folosit cei patru „P”, au fost obținute informații despre ceea ce ar implica un program de conducere acceptabil. Focus grupurile au fost, de asemenea, folosite în cazul unor adulți afro-americani pentru a obține informații pentru o campanie de marketing social pentru promovarea mersului pe jos [26]. Adulții au identificat un „P” suplimentar, promovarea sănătății fizice și mentale.

Cei patru „P” din marketingul social au fost criticați de unii cercetători ca fiind depășiți [27]. Alte puncte slabe care au fost identificate includ concentrarea asupra schimbărilor pe termen scurt și nu pe termen lung, natura statică a conceptelor și abordarea simplistă pentru marketingul contemporan. S-a sugerat că „P”-urile ar trebui extinse pentru a include locul, promovarea, procesul, dovezile fizice (physical evidence) și oamenii (people) în scopul promovării unui model mai orientat spre consumator.

Deși dezbateră continuă, o temă comună este implicarea părților interesate și a comunității. În plus, adăugarea de teorii ale schimbării comportamentului la marketingul social are potențialul de a crește eficacitatea acestuia în schimbarea comportamentelor [8].

Strategia de marketing social a fost, de asemenea, criticată pentru că are un impact negativ asupra echității în sănătate, deoarece intervențiile au efecte diferențiate în grupuri socio-economice diferite [23]. Acest lucru se datorează concentrării marketingului social pe efectele proximale din aval care vizează comportamentele individuale, mai degrabă decât să se confrunte cu problemele de mediu din amonte. Echitatea sănătății în marketingul social poate fi obținută prin extinderea strategiilor în înțelegerea aprofundată a individului, precum și a mediului social în care acesta trăiește și lucrează.

### **Mesaje cheie:**

Marketingul social aplică principiile utilizate în marketing situațiilor sociale și se concentrează pe probleme din perspectiva consumatorului. Cel mai cunoscut aspect al acestui lucru este analizarea prețului, produsului, locului și promovării (cei 4 P în limba engleză) și, deși acestea sunt importante, alte aspecte ale marketingului social, cum ar fi orientarea către consumator, nu trebuie ignorate. Marketingul social cuprinde șase caracteristici cheie și, pentru a fi eficient, toate trebuie combinate. Ele încorporează planificarea inițială, cercetarea grupului țintă, dezvoltarea unei strategii și apoi pre-testarea materialului. Acest ultim aspect este foarte important. Asistentul medical trebuie să înțeleagă diferitele aspecte ale marketingului social pentru a putea utiliza pe deplin această abordare.

## **Bibliografie:**

1. Kotler, P., Zaltman, G. (1971). "Social Marketing: An Approach to Planned Social Change." *Journal of Marketing*, 35, 3–12.
2. Janet, E., Zaletel Kragelj, L. (2007). *Social Marketing in Marketing Health* în Donev, D., Pavlekovic, G., Zaletel Kragelj L. Eds. ,Health Promotion and Disease Prevention. Hans Jacobs Publishing Company, Lage
3. McKenzie, C. G. (2014). *Principles and Foundations of Health Promotion and Education*. Pearson Education Limited, Harlow
4. Andreasen, A. (1995). *Marketing sound change: Changing behavior to promote health, social development, and the environment*. San Francisco: Jossey-Bass.
5. Albrecht, T. L. (1997). Defining social marketing: Twenty five years later. *Social Marketing Quarterly*, 3, 21–23.
6. McDermott, R. J. (2000). Social marketing: A tool for health education. *American Journal of Health Behavior*, 24(1), 6–10.
7. Morris, Z. S., Clarkson, P. J. (2009). Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice? *Health Policy*, 91(2), 135–141.
8. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., Parsons, M-A.. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*, Pearson Education Inc.
9. Parker, S., Hunter, T., Briley, C., Miracle, S., Hermann, J., Van Delinder, J., Standridge, J. (2011). Formative assessment using social marketing principles to identify health and nutrition perspective of Native American women living within the Chickasaw Nation boundaries in Oklahoma. *Journal of Nutrition Education and Behavior*; 43(1), 55–62.
10. McLeod, G., Insch, A., Henry, J. (2011). Reducing barriers to sun protection—Application of a holistic model. *Australasian Marketing Journal*, 19, 212–222.
11. Mah, M. W., Deshpande, S., Rothschild, M. I. (2006). Social marketing: A behavioral change technology for infection control. *American Journal of Infection Control*, 34, 452–457.
12. Neiger, B. L., Thackeray R. (1998). *Social marketing: Making public health sense. Paper presented at the annual meeting of the Utah Public Health Association*. Provo, UT.
13. Neiger, B. L., Thackeray, R. (2002). Application of the SMART model in two successful social marketing campaigns. *American Journal of Health Education*, 33, 291–293.
14. McKenzie, J. F., Neiger, B. L., & Thackeray, R. (2009). *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs: A primer* (5th ed.). San Francisco: Benjamin Cummings.
15. Lefebvre, R. C., Flora, J. A. (1988). Social marketing and public health intervention. *Health Education Quarterly*; 15:299–315.
16. Gottwald M., Goodman-Brown, J.. (2012). *A Guide to Practical Health Promotion*. McGraw-Hill Education, London.
17. DH (2010) *Alcohol: Social Marketing for England*. London: NHS.

18. Grier, C., Bryant, S. (2005) Social marketing in public health. *Annual Review of Public Health*, 26(1): 319–39.
19. Better health., healthier families. <https://www.nhs.uk/healthier-families/about-and-contact/>
20. Tufănaru C. (2006). *Marketing social*. În: Promovarea sănătății și educație pentru sănătate/ Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar. – București : Public H Press.
21. Lefebvre, R. C. (1992). *Social marketing and health promotion*. În Bunton, R., Macdonald, G. (Eds.), *Health promotion: Disciplines and diversity*. London: Routledge, pp. 153–181.
22. Wong, F., Huhman, M., Heitzler, C., Asbury, L. Bretthauer-Mueller, R., McCarthy, S., Londe, P. (2004). VERB™ – A social marketing campaign to increase physical activity among youth. *Preventing Chronic Disease*, 1(3): A10.
23. Langford, R., Panter-Brick, C. (2013). A health equity critique of social marketing: Where interventions have impact but insufficient reach. *Social Science & Medicine*, 83, 133–141.
24. Macdowall, W., Bonnell, C., Davies, M. (2006) *Health Promotion Practice*. Maidenhead: Open University Press.
25. Shams, M., Shojaeizadeh, D., Majdzadeh, R., Rashidian, A., Montazeri, A. (2011). Taxi drivers' views on risky driving behaviors in Tehran: A qualitative study using a social marketing approach. *Accident Analysis and Prevention*, 43, 646–651.
26. Wilson, D. K., St. George, S. M., Trumpeter, N. N., Coulon, S. M., Griffin, S. F., Wandersman, A., Forthofer, M., Gadson, B., Brown, P. V. (2013). Qualitative developmental research among low income African American adults to inform a social marketing campaign for walking. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 33.
27. Gordon, R. (2012). Re-thinking and re-tooling the social marketing mix. *Australasian Marketing Journal*, 20, 122–126.

## LOCURI ÎN CARE SE POATE DESFĂȘURA PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

---

*Dan-Alexandru Surducan, Mădălin-Marius Margan*

### **Obiective educaționale:**

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili:*

- să cunoască locurile în care au loc activitățile de promovare a sănătății;
- să cunoască categoriile de persoane implicate în activitățile de promovare a sănătății;
- să înțeleagă activitățile oferite în vederea promovării sănătății.

Evoluția serviciilor de îngrijire medicală a determinat diversificarea locurilor în care pot avea loc activități de promovare a sănătății [1].

La acțiunile pentru promovarea sănătății contribuie:

- Medicul și asistentul medical generalist din spitale, policlinici, cabinete medicale de specialitate și de medicină de familie, cabinete medicale din cadrul unităților de învățământ și din unitățile de producție, centrele de îngrijire a vârstnicilor [2];
- Asistentul medical comunitar, mediatorul sanitar, moașa [3];
- Psihologul, fizioterapeutul, specialistul în terapie ocupațională, nutriționistul, logopedul [2].

### **Promovarea sănătății la nivelul unităților spitalicești**

Prima Conferință Internațională de Promovare a Sănătății a avut loc în 1986 în Canada, la Ottawa. În cadrul acestei manifestări a fost prezentată Carta de la Ottawa de Promovare a Sănătății [4].

La începutul anilor 90 a fost înființată Rețeaua Internațională de Spitale și Servicii de Sănătate care Promovează Sănătatea, iar în anul 1991 a fost redactată Declarația de la Budapesta privind spitalele care promovează sănătatea [4].

## Care sunt avantajele implementării unui sistem de promovare a sănătății în spitale?

Pe măsură ce numărul pacienților cu afecțiuni cronice crește, devine tot mai evidentă necesitatea unei educații mai eficiente pentru aceștia și a unui sistem de sprijin continuu. În același timp, stresul fizic și emoțional la care este supus personalul medical subliniază importanța implementării unui sistem de promovare și susținere dedicat cadrelor medicale, atât din perspectivă fizică, cât și psihologică.

În prezent, sistemele din România și din alte țări operează pe baza unor principii învechite, care nu mai corespund provocărilor generate de un mediu spitalicesc din ce în ce mai complex și dinamic [5].

Astfel, pentru a putea face față presiunilor externe, este nevoie de o restructurare a sistemului actual, dintr-unul static, birocratic, într-unul flexibil, adaptat nevoilor actuale ale societății.

Spitalele funcționează într-un mediu ierarhic bine definit, susținut de structuri manageriale birocratice și de un sistem informal de comandă și control consolidat în timp. În aceste condiții, mulți șefi de secție au fost nevoiți să își asume roluri manageriale sau să devină lideri cu valențe autoritare, exercitându-și influența asupra personalului din subordine și depășind adesea limitele responsabilităților lor oficiale.

Un astfel de spital poate fi caracterizat, în esență, ca o structură învechită, ținând cont de următoarele aspecte:

- Munca este organizată pe specializări, fără a promova colaborarea între diferitele profesii medicale.
- Există o ierarhie rigidă, în locul unor echipe de lucru bine coordonate și colaborative.
- Accentul se pune mai degrabă pe activitățile individuale ale secțiilor, decât pe funcționarea spitalului în ansamblu.
- Sarcinile și regulile sunt stabilite la nivel de secție, fără a se asigura coerență și unitate la nivel instituțional.
- Birocrația prevalează, în loc să existe o cultură organizațională flexibilă și orientată spre eficiență.
- Se prioritizează idealurile teoretice, în detrimentul profesionalismului practic necesar în domeniul medical [5,6].

Aceste caracteristici reprezintă similitudini cu sisteme autoritare sau militare, în care deciziile sunt centralizate, iar inițiativele individuale sau colaborative sunt limitate.

Din cauza structurii lor actuale, spitalele se confruntă cu presiuni din mediul extern, care includ următoarele provocări:



- Probleme demografice – îmbătrânirea populației, influențată de creșterea speranței de viață, migrație și scăderea natalității. În acest fel, se accentuează și lipsa de aparținători și menține percepția rolului social al spitalelor destinate cazurilor acute.
- Creșterea incidenței bolilor cronice: Schimbările în profilul epidemiologic, datorate unui control mai eficient al bolilor transmisibile, au condus la o prevalență mai mare a afecțiunilor cronice.
- Necesitatea personalizării serviciilor: Așteptările tot mai ridicate ale pacienților impun spitalelor să ofere îngrijiri individualizate și adaptate nevoilor specifice.
- Conștientizarea drepturilor pacienților: Pacienții și organizațiile societății civile pun un accent tot mai mare pe respectarea și promovarea drepturilor pacienților.
- Echitatea de gen: Deși femeile constituie majoritatea personalului în domeniul îngrijirilor medicale, ele sunt subreprezentate în pozițiile de conducere, evidențiind necesitatea implementării eficiente a politicilor de egalitate de gen în spitale.
- Presiuni financiare: Tendința de reducere a cheltuielilor bugetare exercită o presiune semnificativă asupra managementului spitalelor, influențând capacitatea acestora de a oferi servicii de calitate.

Având în vedere că spitalele sunt slab integrate în sistemul actual de sănătate și că adesea lipsește o comunicare eficientă cu ceilalți profesioniști din domeniu, există o nevoie urgentă de un sistem medical care să asigure o integrare profundă a serviciilor. Această lipsă de conexiune face imperativă dezvoltarea unui sistem în care colaborarea și comunicarea între toți actorii să fie optimizate [7].

Având în vedere situația actuală, este crucial ca reforma serviciilor spitalicești să includă și o componentă internă, care nu depinde în mod decisiv de reformele generale inițiate la nivel guvernamental. Există aspecte care pot fi îmbunătățite prin reorganizare internă sau prin implementarea unor noi strategii. Un exemplu este și promovarea sănătății, care ar trebui să devină un pilon fundamental în asigurarea calității serviciilor spitalicești.

În România, promovarea sănătății a fost tradițional asociată cu asistența medicală primară, care a influențat în mod semnificativ majoritatea programelor și politicilor de sănătate. Cu toate acestea, sistemul nostru sanitar rămâne orientat în principal spre spitale, ceea ce generează o ruptură persistentă între serviciile spitalicești și asistența primară. Această lipsă de integrare afectează atât traseul pacienților, cât și comunicarea și continuitatea îngrijirii între cele două niveluri de asistență [5].

Prin introducerea promovării sănătății în spitale se poate contribui la procesul de reformă a acestora, dar și a reformei generale a sistemului de sănătate.

Asistența primară nu poate să-și atingă scopurile fără spitale puternice și modernizate sub toate aspectele.

Promovarea sănătății limitată doar la segmentul ambulator și comunitate nu are cum să fie pe deplin eficientă.

Un spital care nu va încorpora și dimensiunea dată de promovarea sănătății riscă să rămână prizonierul propriei istorii.

Rețeaua Internațională de Spitale și Servicii de Sănătate care Promovează Sănătatea a elaborat cinci standarde în cadrul promovării sănătății la nivelul spitalelor [4].

Deoarece cele cinci standarde descriu promovarea sănătății la nivelul unităților spitalicești la modul general, aplicarea acestora necesită îndeplinirea substandardelor aferente fiecărui standard. Au fost astfel dezvoltate 24 de sub-standarde [4].

Implementarea standardelor se realizează prin intermediul monitorizării unor indicatori specifici [4].

- Fiecare standard are trei nivele:
- *Primul nivel* este reprezentat de standardul însuși:
- La *nivelul doi* se descriu așa numitele sub-standarde, menite să facă standardul operațional;
- La *nivelul trei* se dezvoltă elementele ce trebuie îndeplinite pentru atingerea standardului. Aceste elemente măsurabile sunt elemente ce pot fi monitorizate și evaluate prin utilizarea unor indicatori cantitativi.

Standardele sunt utilizate în următoarele scopuri:

- evaluarea activităților de promovare a sănătății în cadrul unității spitalicești;
- îmbunătățirea activităților de promovare a sănătății;
- adaptarea periodică a strategiei de promovare a sănătății în funcție de modificările apărute în sistemul sanitar;
- implicarea personalului medical și a pacienților în îmbunătățirea îngrijilor medicale;
- îmbunătățirea coordonării acțiunilor unității spitalicești cu alți factori implicați în promovarea sănătății;
- îmbunătățirea sănătății și siguranței pacienților, aparținătorilor acestora, personalului medical și a comunității [6].

### ***Standardul 1. Politica managerială***

Unitatea spitalicească are reglementări scrise privind promovarea sănătății. Managementul calității în cadrul unității spitalicești include și monitorizarea activităților de promovare a sănătății [5].

Promovarea sănătății în unitatea spitalicească vizează pacienții, aparținătorii acestora și personalul angajat [4].

Sub-standarde:

- stabilirea responsabililor și a responsabilităților acestora în ce privește promovarea sănătății în unitatea spitalicească;
- alocarea de resurse pentru implementarea activităților din cadrul promovării sănătății;
- informarea personalului unității spitalicești asupra politicii de promovare a sănătății;
- existența unor proceduri pentru colectarea și evaluarea datelor pentru monitorizarea activităților de promovare a sănătății;
- existența competențelor specifice personalul implicat în promovarea sănătății;
- existența infrastructurii și echipamentelor necesare promovării sănătății [8].

### ***Standardul 2. Evaluarea nevoilor pacienților***

La nivelul unității spitalicești există ghiduri referitoare la evaluarea factorilor de risc și se realizează evaluări periodice a satisfacției pacientului asupra procedurilor diagnostice realizate [5].

Sub-standarde:

- procedurile de evaluare sunt aplicate tuturor pacienților internați;
- procedurile de evaluare sunt elaborate pentru evaluarea factorilor de risc specifici afecțiunii diagnosticate;
- evaluarea începe în momentul internării pacientului și continuă pe parcursul internării;
- modul de evaluare este adaptat nivelului socio-cultural al pacientului;
- sunt luate în considerare informațiile provenite din alte surse (medicul de familie, consulturi de specialitate extraspitalicești) [8].

### ***Standardul 3. Informarea adecvată a pacienților***

Informarea pacienților este o obligație a unității spitalicești și asigură complianța pacientului la recomandările terapeutice. La fel ca și în cazul standardului precedent, se evaluează satisfacția pacienților privind procedurile terapeutice și informațiile primite pe parcursul internării [5].

Sub-standarde:

- pacienții sunt informați cu privire la factorii relevanți pentru starea lor de sănătate;
- informațiile furnizate pacienților sunt clare și se referă la afecțiunea diagnosticată și la tratamentul acesteia;
- toți pacienții beneficiază de activitățile de promovare a sănătății;
- informațiile furnizate și activitățile de promovare a sănătății sunt documentate și evaluate;
- pacienții, aparținătorii și personalul au acces la informațiile generale privind factorii care influențează starea de sănătate [8].

#### ***Standardul 4. Asigurarea unui loc de muncă corespunzător***

Un loc de muncă adecvat determină un nivel de satisfacție ridicat al personalului, absenteism scăzut de la locul de muncă, procent scăzut de accidente de muncă și un nivel scăzut al gradului de suprasolicitare [5].

Sub-standarde:

- strategie pentru formarea personalului în activitățile de promovare a sănătății;
- elaborarea și implementarea politicilor pentru asigurarea unui loc de muncă corespunzător și evaluarea medicală periodică a personalului;
- personalul este implicat în deciziile cu impact asupra mediului de lucru;
- proceduri pentru dezvoltarea interesului personalului în procesul de promovare a sănătății [8].

#### ***Standardul 5. Continuitate și cooperare***

Acțiunile de cooperare vizează integrarea promovării sănătății în cadrul abordării ulterioare a problemelor medicale ale pacientului [4].

Sub-standarde:

- serviciile promovării sănătății sunt în concordanță cu planul procesului de promovare a sănătății de la nivelul unității spitalicești;
- unitatea spitalicească colaborează cu furnizorii de servicii medicale și sociale din cadrul comunității;
- existența procedurilor care prevăd îngrijirea pacientului după externare;
- asigurarea comunicării documentației pacientului către personalul medical implicat în monitorizarea acestuia (medic de familie, medic de recuperare medicală) [8].

## Promovarea sănătății la nivelul școlilor

Promovarea sănătății la nivel școlar se realizează prin colaborarea dintre factorii decizionali din sănătate și educație.

Legislația prevede modul de organizare a asistenței medicale la nivelul cabinetelor din cadrul unităților de învățământ preuniversitar și învățământ superior. Asistența medicală este asigurată de medici de medicină generală sau medici de familie, medici stomatologi și asistenți medicali. Personalul medical, având sprijinul unității de învățământ, asigură servicii de promovare a unui stil de viață sănătos [9].

La nivel european a fost înființată, în anii 80, Rețeaua Europeană de Școli care Promovează Sănătatea (RESPS), iar în 1991 au fost selectate școli din patru țări în vederea studierii impactului promovării sănătății la nivelul școlilor [10].

Obiectivele unei Școli Promovează Sănătatea constau în:

- crearea unui mediu adecvat care să promoveze sănătatea;
- promovarea stării de sănătate a elevilor;
- promovarea stării de sănătate a personalului din școală;
- îmbunătățirea colaborării atât la nivelul unității școlare, cât și între școală și comunitate [10].

Un mediu adecvat pentru promovarea sănătății la nivel școlar se referă la *mediul fizic* și la *mediul social* [11].

*Mediul fizic* este în conformitate cu legislația în vigoare și include:

- clădiri, mobilier, iluminare, temperatură, ventilație și alimentarea cu apă adecvate;
- cantină sau servicii de catering care să asigure alimentația corespunzătoare vârstei;
- colectare selectivă a deșeurilor;
- spații și echipamente corespunzătoare pentru realizarea de activități fizice în timpul orelor de sport și pauzelor [11].

*Mediul social* adecvat se obține prin:

- existența unor relații între elevi, personalul didactic, personalul nedidactic și părinți bazate pe respect reciproc și cooperare;
- raportarea cazurilor de bullying și soluționarea lor;
- monitorizarea accidentelor care au survenit în timpul pauzelor și au fost abordate conform protocoalelor existente;
- organizarea de excursii, participarea la evenimente culturale și competiții sportive [11].

O școală care promovează sănătatea are la bază existența unei programe speciale în cadrul planului de învățământ, alături de tehnicile specifice de prezentare în vederea obținerii celor mai bune rezultate. Unitatea de învățământ oferă formarea specifică a personalului didactic și didactic auxiliar în vederea asigurării calității procesului educațional [11].

Ordinul Ministrului Educației și Cercetării nr. 4496 din 11 august 2004 a cuprins programa și recomandările metodologice privind disciplina Educație pentru sănătate.

Principalele teme din cadrul programei sunt următoarele:

- igiena personală;
- alimentația sănătoasă;
- activitatea fizică;
- sănătatea mintală;
- sănătatea mediului;
- sănătatea reproducerii;
- consumul de substanțe toxice;
- accidente și violență;
- noțiuni de Bioetică [12].

Tehnicile de predare includ prezentarea cu ajutorul înregistrărilor audio-video, jocurile de rol, studiul de caz, exercițiilor pentru rezolvarea unor conflicte, participarea la campanii de prevenire a consumului de substanțe toxice, participarea la simpozioane și concursuri [12].

Tehnicile anterior prezentate necesită o participare a elevilor și contribuie astfel la dezvoltarea abilităților sociale și de comunicare, a stimei de sine, a capacității de a lua decizii și de a soluționa conflicte [11].

Desfășurarea activităților de promovare a sănătății contribuie la asigurarea unui mediu de lucru adecvat pentru personalul didactic, didactic auxiliar și nedidactic [10].

Unitatea școlară desfășoară activități de informare a elevilor și angajaților cu privire la regulamentul de prevenire și protecție împotriva riscurilor existente la nivelul unității de învățământ, activitățile de informare fiind documentate [11].

Promovarea sănătății la nivel școlar implică nu numai o colaborare între elevi, părinți și personalul unității școlare, ci și o colaborare între unitatea școlară și comunitate [10].

Părinții sunt și ei implicați în acțiunile de promovare a sănătății prin organizarea de către conducerea școlii a ședințelor periodice de informare a acțiunilor de promovare a sănătății care au loc la nivelul unității de învățământ [11].

Factorii de decizie de la nivelul comunității asigură resursele necesare activităților de promovare a sănătății la nivel școlar, iar rezultatele acestor activități contribuie la menținerea și îmbunătățirea stării de sănătate de la nivelul comunității [10].

## **Promovarea sănătății la locul de muncă**

*Declarația de la Luxemburg din 1997* a fost elaborată sub egida Rețelei Europene pentru Promovarea Sănătății la Locul de Muncă (ENWHP) [13].

Conform Declarației de la Luxemburg din 1997, sănătatea la locul de muncă nu înseamnă doar absența bolii, ci și starea de bunăstare fizică, mentală și socială a angajaților [13].

Obiectivele Declarației sunt următoarele:

- îmbunătățirea condițiilor de muncă;
- promovarea unui stil de viață sănătos;
- dezvoltarea unei culturi organizaționale cu scopul de a sprijini sănătatea și bunăstarea angajaților [13].

Principiile Declarației de la Luxemburg sunt:

- prevenția ca prioritate: prevenirea bolilor profesionale și a accidentelor de muncă este considerată ca fiind esențială;
- responsabilitatea partajată: în promovarea sănătății de la locul de muncă sunt implicați factorii puterii executive (guvernul), angajatorii și angajații;
- participare activă: participarea activă a angajaților la planificarea și implementarea programelor de promovare a sănătății de la locul de muncă;
- abordare holistică: sănătatea de la locul de muncă trebuie să fie abordată într-un mod care să ia în considerare aspectele profesionale și personale ale angajaților [13].

Starea de sănătate adecvată a angajaților determină următoarele efecte benefice:

- scăderea absenteismului de la locul de muncă;
- creșterea motivației angajaților și a productivității muncii;
- reducerea variației numărului de angajați;
- stimularea procesului de recrutare și selecție a angajaților;
- creșterea prestigiului angajatorului în cadrul pieței forței de muncă [14].

### ***Exemplu de program de promovare a sănătății la locul de muncă***

Având în vedere obiectivele recomandate în cadrul Declarației de la Luxemburg din 1997, exemple de obiective ale unui program de promovare a sănătății la nivelul locului de muncă sunt reprezentate de următoarele:

1. Realizarea unui cadru organizațional optim;
2. Stabilirea modului de comunicare eficientă cu angajații;
3. Asigurarea implicării personalului în luarea deciziilor;
4. Facilitarea dezvoltării unei culturi organizaționale la nivelul locului de muncă;
5. Organizarea unui proces de muncă adecvat menținerii stării de sănătate a angajaților;
6. Stabilirea de către angajator, în cadrul organizației, a unor politici privind adoptarea unui stil de viață sănătos [15].

#### ***1. Realizarea unui cadru organizațional optim***

Condiția realizării acestui obiectiv este respectarea legislației privind securitatea și sănătate în muncă [14].

Activitatea din cadrul acestui obiectiv este organizarea unei structuri organizatorice alcătuită din conducere, departamentul de resurse umane, departamentul de securitate și sănătate în muncă (SSM) și reprezentantul sindicatului [14].

#### ***2. Stabilirea modului de comunicare eficientă cu angajații***

Comunicarea privind programul de promovare a sănătății se poate realiza prin afișe, comunicate ale angajatorului, serviciul de poștă electronică internă (intranet) sau reuniuni în cadrul organizației [14].

#### ***3. Asigurarea implicării personalului în luarea deciziilor***

Angajații nu participă doar la îndeplinirea sarcinilor și responsabilităților aferente obiectivelor din cadrul organizației, ci și la luarea deciziilor [16].

Participarea directă a personalului la luarea deciziilor se realizează prin informarea acestuia, consultarea privind deciziile care urmează să fie luate în considerare sau prin includerea angajatului în echipa care va lua decizia [16].

#### ***4. Facilitarea dezvoltării unei culturi organizaționale la nivelul locului de muncă***

Mijloacele eficiente sunt politicile de promovare internă bazate pe eficiența muncii, recompensarea în cazul realizării obiectivelor sau organizarea de angajator a unor activități de



petrecere a timpului liber cu participarea angajaților în vederea dezvoltării culturii organizaționale [16].

Asigurarea unei pregătiri profesionale continue contribuie atât la menținerea sănătății angajaților, cât și la dezvoltarea culturii organizaționale adecvate. Pregătirea profesională se poate desfășura la locul de muncă sau în afara locului de muncă [16].

##### 5. Organizarea unui proces de muncă adecvat menținerii stării de sănătate a angajaților

Un proces de muncă care nu este bine organizat conduce la apariția absenteismului și prezenteismului în cadrul organizației [17].

Absenteismul reprezintă absența de la locul de muncă a angajatului datorită *afectării stării de sănătate*. Prezenteismul este prezența angajatului la locul de muncă *în ciuda afectării stării de sănătate*. Efectele absenteismului sunt reprezentate de creșterea cheltuielilor datorită plăților concediului medical și suprasolicitarea celorlalți angajați, în timp ce efectele prezenteismului sunt diminuarea productivității, a creativității și creșterea riscului de apariție a accidentelor de muncă [17].

Problemele care pot apărea în cadrul echipei de lucru sunt:

- conflictele interpersonale;
- ambiguitatea sarcinii cu scăderea eficienței;
- pregătirea inadecvată a echipei;
- comunicare deficitară în cadrul echipei de lucru [18].

Angajatorul are rolul de a organiza procesul de muncă prin:

- elaborarea de proceduri la nivelul organizației;
- selectarea persoanelor calificate pentru îndeplinirea sarcinilor;
- definirea clară a sarcinilor și repartizarea lor conform procedurilor de lucru;
- aplicarea de măsuri disciplinare în cazul în care se impune acest lucru;
- respectarea normelor de sănătate și securitate în muncă, revizuirea periodică a lor și instruirea periodică a angajaților [16];
- în cazul muncii în schimburi, organizarea turelor astfel încât să fie respectată legislația muncii;
- stabilirea numărului de ore suplimentare într-un mod în care să fie asigurat echilibrul între viața profesională și cea personală;
- asigurarea remunerației conform activităților prestate [17].

Studiile au identificat o prevalență crescută a simptomatologiei la nivelul regiunii cervicale și lombare în rândul asistenților medicali. Simptomatologia afectează atât activitățile vieții zilnice și sociale, cât și capacitatea de muncă [19].

În ceea ce privește măsurile de ergonomie, principalele recomandări cuprind următoarele:

- evitarea posturilor de lucru incomode (trunchiul aplecat sau răsucit);
- diminuarea activităților realizate cu brațele deasupra capului;
- evitarea ridicării și transportului greutăților mari și medii;
- corectarea modului de ridicare și transport al greutăților ușoare;
- adoptarea unei posturi corecte în poziția șezând;
- evaluarea periodică și menținerea în limite optime a temperaturii, zgomotului și iluminatului mediului de lucru [19].

#### 6. Stabilirea de către angajator a unor politici privind adoptarea unui stil de viață sănătos

Realizarea obiectivului se realizează prin implementarea activităților pentru renunțarea la fumat, asigurarea unei alimentații sănătoase, pentru combaterea stresului la locul de muncă și promovarea mișcării [15].

Activitățile cu scopul facilitării procesului de renunțare la fumat includ informarea privind caracterul temporar al simptomelor determinate de întreruperea consumului de nicotină alături de prezentarea efectelor pozitive asupra sănătății datorită renunțării la consumul de nicotină, în contextul creșterii spațiilor în care nu se permite fumatul și al avantajelor din punct de vedere financiar ca urmare a întreruperii fumatului [20].

Alimentația sănătoasă poate fi promovată prin mai multe activități, introducerea în alimentație a fructelor și legumelor, eliminarea alimentelor bogate în grăsimi, mese la intervale regulate de timp în cursul zilei sau consilierea realizată de un nutriționist [20].

Stresul de la locul de muncă slăbește sistemul imunitar și este un factor de risc în apariția bolilor cardiovasculare, a diabetului zaharat, migrenelor sau durerii lombare joase [21].

Un nivel crescut de stres la locul de muncă favorizează apariția accidentelor de muncă mai ales în cazul existenței condițiilor periculoase de lucru [21].

De asemenea, stresul de la locul de muncă determină modificări ale stării emoționale a angajaților, cu apariția abuzului de substanțe, a anxietății, nervozității, depresiei, tulburărilor de somn, a conflictelor de la locul de muncă sau a problemelor de concentrare [21].

Stresul de la locul de muncă se reflectă și asupra vieții personale a angajatului [21].

Angajatorul are un rol important în combaterea stresului prin:

- includerea pauzelor în timpul programului de lucru;

- asigurarea cursurilor de management al stresului;
- oferirea consilierilor psihologice în situația în care aceasta se impune [20].

Combaterea stresului se realizează de către angajat prin:

- semnalarea problemelor de la locul de muncă (conflicte interpersonale, mobbing - teroare psihică, șicanare repetată la locul de muncă);
- recunoașterea modificărilor stării emoționale asociate stresului;
- solicitarea unui consult medical în cazul persistenței acestora [20].

Promovarea mișcării cuprinde oferirea de facilități în cadrul sălilor de fitness sau organizarea de evenimente sportive de către angajator [20].

Programul de exerciții are ca scop următoarele obiective:

- menținerea mobilității prin exerciții de stretching;
- creșterea forței și rezistenței musculare;
- creșterea capacității de efort prin exerciții aerobe [22].

Exercițiile de stretching determină o întindere a musculaturii, efectele lor ducând la o creștere a mobilității articulare, îmbunătățirea circulației, menținerea posturii normale și diminuarea stresului. Un alt avantaj al exercițiilor de stretching este posibilitatea de realizare a lor la locul de muncă. O bandă elastică sau un prosop pot fi de asemenea utilizate [23].

Nu în ultimul rând, angajatorul poate oferi controale medicale periodice în vederea efectuării unor examene clinice și paraclinice [20].

## **Mesaje cheie:**

Asistenții medicali pot organiza campanii de informare și educare în centrele comunitare, școli și locuri de muncă, pentru a crește gradul de conștientizare cu privire la prevenirea bolilor și menținerea unui stil de viață sănătos. Vizitele la domiciliu oferă asistenților medicali ocazia de a oferi sfaturi personalizate privind sănătatea și de a identifica nevoile specifice ale fiecărei familii în ceea ce privește prevenția și îngrijirea. Prin colaborarea cu școlile, asistenții medicali pot desfășura programe educative pentru elevi și părinți, acoperind subiecte precum nutriția, activitatea fizică și igiena personală. În spitale și clinici, asistenții medicali pot educa pacienții și familiile lor despre gestionarea bolilor cronice, importanța aderării la tratament și prevenirea recidivelor. Webinarii și sesiuni de chat online cu asistenți medicali pot oferi suport și răspunsuri la întrebări legate de sănătate într-un mod accesibil și convenabil pentru comunitate.

## Bibliografie

1. Hunt, R. (2013). *Introduction to Community-Based Nursing. 5th Edition* (pp. 313-338). Lippincott Williams & Wilkins.
2. Hadfield, L. (1997). How to Deliver Effective Community Health Care. In D. Hennessy (Ed.), *Community Health Care Development* (pp. 198-225). Macmillan Press LTD.
3. \*\*\* Hotărâre nr. 324 din 23 mai 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară, Norme metodologice.
4. Sibbald, SL, Graham, JR.(2018). Can Hospitals do Health Promotion? Making Hospitals a Place for both Care and Health through Health Promotion. in: McKinley, G. & Sibbald, S.L. [eds] *Western Public Health Casebook*. London, ON: Public Health Casebook Publishing.
5. Olsavszky, V., Groene, O. (2006). Capitolul IX, Spitale care promovează sănătatea. În *Promovarea sănătății și educație pentru sănătate* (pp. 138-158). Editura Public H Press București.
6. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (2021). *International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services [Brochure]*. Hamburg, Germany: International HPH Network; November.
7. World Health Organization. (2006). *Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
8. Groene, E., Garcia-Barbero, M. (2005). *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management* (pp. 116-119). WHO Regional Office for Europe.
9. \*\*\*Ordinul nr. 2508/4493/2023. Emitenți: Ministerul Sănătății și Ministerul Educației. Metodologie
10. Dincă, I. (2006). Capitolul X, Rețeaua europeană de școli care promovează sănătatea (RESPS). În *Promovarea sănătății și educație pentru sănătate* (pp. 159-161). Editura Public H Press București, 2006.
11. Bada, E., Darlington, E., Masson, J., Santos, R.M. (2019). *European Standards and Indicators for Health Promoting Schools* (pp. 32-42). Schools for Health in Europe Network Foundation.
12. \*\*\*Ordinul Ministrului Educației și Cercetării nr. 4496 din 11 august 2004.
13. ENWHP (1997) Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. [https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg\\_declaration.pdf](https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg_declaration.pdf)
14. Agenția Europeană pentru Sănătate și Securitate în Muncă. (2010). *Promovarea sănătății la locul de muncă pentru angajatori*. FACTS 93. <https://osha.europa.eu>
15. Bardac, D.I. (2011). Proiectul Promovarea Sănătății la Locul de Muncă în Regiunea Centru (CPSLM). *Promovarea sănătății la locul de muncă*, Numărul 8.
16. Vlădescu, C. (2004). *Sănătate publică și management sanitar* (pp. 357-369). Editura Cartea Universitară București.
17. Sahler, B., Dubois, A., Journoud, S., Pelletier, J. (2009). *A guide to the business case for mental health*. BKK Bundesverband Essen.
18. Fărcășanu, D. (2006). *Fundamentele abordării integrate a Serviciilor Medico-Sociale la nivel local* (pp. 27-29). Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate.

19. Otto, A.K., Bischoff, L.L., Wollesen, B. (2019). Work-Related Burdens and Requirements for Health Promotion Programs for Nursing Staff in Different Care Settings: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 3586.
20. European Agency for Safety and Health at Work. (2010). *Workplace Health Promotion for Employees*. FACTS 94. <https://osha.europa.eu>
21. Iacob, I. (2006). Capitolul XI. Tipuri de programe. În *Promovarea sănătății și educație pentru sănătate* (pp. 178-181). Editura Public H Press București.
22. Buchberger, B., Heymann, R., Huppertz, H., Friepörtner, K., Pomorin, N., Wasem, J. (2011). The effectiveness of interventions in workplace health promotion as to maintain the working capacity of health care personal. *GMS Health Technol Assess*, 7.
23. Sbenghe, T., Berteanu, M., Săvulescu, S.E. (2019). *Kinetologie* (pp. 129-131). Editura Medicală București.

## CAPITOLUL 12

# PROBLEMATICA POPULAȚIEI VÂRSTNICE. ÎMBĂTRÂNIREA SĂNĂTOASĂ

---

*Mădălin-Marius Margan, Dan-Alexandru Surducan*

### **Obiective educaționale:**

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili:*

- să înțeleagă conceptul de îmbătrânire sănătoasă și importanța acestuia în contextul societății moderne;
- să identifice principalele provocări de sănătate și sociale asociate îmbătrânirii;
- să cunoască rolul asistentului medical în îngrijirea persoanelor vârstnice și promovarea îmbătrânirii sănătoase;
- să evalueze strategii de prevenție și intervenție pentru problemele comune asociate vârstnicilor;
- să dezvolte abilități de comunicare eficiente cu persoanele în vârstă și familiile lor.

### **Introducere: Contextul global al îmbătrânirii populației și relevanța îmbătrânirii sănătoase**

În contextul societăților moderne, creșterea duratei medii de viață și scăderea ratei natalității au condus la o proporție crescută a populației vârstnice. În țările dezvoltate patologia predominantă s-a modificat de la boli infecțioase și parazitare la boli cronice degenerative. Decesele cauzate de bolile metabolice și degenerative au mărit decalajul dintre mortalitatea masculină și cea feminină cu 5-7 ani și între speranța de viață și speranța de viață sănătoasă la bărbați cu 5-7 ani, iar la femei cu 7-9 ani în majoritatea țărilor dezvoltate [1].

Deși în rândul femeilor morbiditatea și dizabilitatea sunt mai frecvente, bărbații mor mai devreme, dar motivele pentru o astfel de mortalitate prematură nu sunt pe deplin înțelese. Aceste estimări cu privire la speranța de viață și speranța de viață de sănătoasă se bazează pe analiza unui număr de 135 cauze de dizabilitate din 17 regiuni ale lumii și pe 69 de anchete ale stării de sănătate din 60 de țări [2].

Acest fenomen de îmbătrânire, combinat cu progresele din domeniul sănătății, a făcut să crească importanța îmbătrânirii sănătoase. Un vârstnic care îmbătrânește sănătos este mai autonom, se implică activ în societate și are o calitate a vieții superioară [3].

Estimările speranței de viață sănătoase sunt mai incerte decât cele pentru speranța de viață, deoarece este dificil să se asigure măsurători comparabile ale dizabilităților între țări. Sănătatea este o noțiune multidimensională și sunt necesari mai mulți indicatori pentru a capta tendințele. Deteriorarea sănătății poate fi descrisă prin factorii de risc care duc la boli, afecțiuni care pot cauza pierderea funcției, putându-se ajunge la tranziția de la o stare de sănătate bună la dizabilitate, fragilitate și mortalitate [4].

Conceptul de îmbătrânire cu succes a fost introdus de Rowe și Kahn, care au definit că îmbătrânirea cu succes implică menținerea funcției fiziologice la niveluri optime, în timp ce îmbătrânirea "obișnuită" implică afectări legate de boală și scăderea capacității de rezervă, considerate a fi efectele vârstei. Ei au propus trei componente ale îmbătrânirii cu succes:

- evitarea bolilor și a factorilor de risc pentru boală;
- menținerea funcției cognitive;
- implicarea activă în viață.

Cu toate acestea, modelul lor se concentrează în principal pe un segment mai restrâns și sănătos al populației în vârstă, lăsând în afara discuției adulții vârstnici cu anumite grade de incapacitate, ceea ce poate reduce interesul pentru studiile și strategiile de prevenire secundară și terțiară [5].

Totuși, studiile transversale existente arată variații ale mortalității și morbidității în funcție de statutul socioeconomic și tipurile de boli de-a lungul ciclului de viață. Astfel, în timp, conceptul de îmbătrânire sănătoasă a devenit și mai complex, iar metodele de realizare a acestuia multilaterale. Astfel, pentru îmbătrânirea cu succes, se propun șase componente esențiale:

- evitarea factorilor de risc pentru boli (igiena, renunțarea la fumat și limitarea consumului de alcool);
- implicarea activă socială și emoțională;
- nutriție optimă;
- activitate fizică;
- menținerea funcției cognitive (prin participarea la activități culturale și intelectuale);
- efectuarea regulată a examenelor medicale și de laborator, precum și a testelor de screening pentru depistarea și tratamentul precoce al bolilor [6].

## Provocările asociate îmbătrânirii

### *Provocări medicale*

- **Boli cronice și afecțiuni asociate vârstei**
- **Declinul funcțional și fragilitatea**

Îmbătrânirea vine cu o serie de schimbări fiziologice care pot afecta sănătatea. Boala somatică și afecțiunile cronice multiple sunt o preocupare semnificativă în îngrijirea adulților în vârstă. Printre acestea, bolile cardiovasculare, inclusiv boala cardiacă ischemică, insuficiența cardiacă congestivă și aritmia, rămân principalele cauze de deces în acest grup de vârstă. Boala cardiacă ischemică poate fi subdiagnosticată la adulții în vârstă, iar îmbătrânirea naturală poate duce la remodelarea și rigiditatea vaselor de sânge, crescând astfel riscul de evenimente cardiace, cerebrovasculare și alte probleme vasculare [7]. Hipertensiunea arterială este, de asemenea, o afecțiune comună la adulții în vârstă și contribuie la dezvoltarea aterosclerozei [8]. Tratatamentul intensiv pentru hipertensiune la persoanele peste 75 de ani este controversat, dar dovezile sugerează că ar putea fi benefic, cu condiția ca acesta să fie bine tolerat și să fie în concordanță cu preferințele pacientului [9].

Osteoartrita este a doua cea mai comună afecțiune cronică întâlnită în rândul adulților în vârstă din Statele Unite, cauzând adesea dureri cronice și dizabilități. Studiile arată că la peste jumătate dintre cei cu vârsta de 85 de ani li s-a pus un diagnostic de osteoartrită. Prevalența acestei afecțiuni pare să fie mai mare la femei decât la bărbați, iar obezitatea este un factor de risc important. Odată cu îmbătrânirea populației și creșterea numărului de persoane supraponderale, se preconizează că ratele de artrită severă ale șoldului și genunchiului vor crește [7].

Managementul durerii asociate cu osteoartrita rămâne o problemă semnificativă în îngrijirea sănătății, deoarece majoritatea tratamentelor analgezice prezintă riscuri semnificative pentru adulții în vârstă. În plus, tratamentele pot implica intervenții chirurgicale costisitoare pentru înlocuirea articulațiilor, care necesită adesea terapii intensive de reabilitare. Durerea de spate este de asemenea un simptom comun, mai ales la femeile în vârstă și poate avea multiple cauze. Cu toate acestea, există opțiuni non-farmacologice care pot ajuta la gestionarea acestor afecțiuni. Fragilitatea, caracterizată printr-o rezistență redusă la stresorii externi, devine o problemă majoră, crescând riscul de cădere sau de alte accidente.

Prevalența diabetului zaharat a crescut odată cu îmbătrânirea populației și creșterea numărului de persoane supraponderale. Se estimează că prevalența diabetului la adulții în vârstă din Statele Unite ar putea crește semnificativ până în 2050. Diabetul rămâne un factor important de risc pentru bolile cardiovasculare la vârsta de 85 de ani. De asemenea, este asociat cu afecțiuni precum boala arterială periferică și neuropatia periferică, care pot duce la apariția ulcerelor și amputațiilor la piciorul diabetic. Ulcerele la piciorul diabetic și amputațiile sunt probleme semnificative în rândul pacienților cu diabet [10].



Managementul diabetului trebuie să fie individualizat, deoarece anumite medicamente, cum ar fi sulfonilureea și insulina, prezintă un risc semnificativ de hipoglicemie, element ce trebuie luat în considerare în special în cazul adulților în vârstă care sunt vulnerabili. Tranzițiile de la spital la domiciliu sau la îngrijirea post-acute sunt perioade critice pentru pacienții cu diabet, deoarece necesitățile de dozare pot varia de la un pacient la altul. Examinările regulate ale picioarelor sunt esențiale pentru prevenirea amputațiilor la persoanele cu diabet, iar activitatea fizică regulată poate îmbunătăți circulația la nivelul picioarelor [11].

### ***Polipragmazia și interacțiunile medicamentoase***

Polipragmazia implică administrarea simultană a mai multor medicamente și poate conduce la efecte adverse sau interacțiuni nedorite. Polipragmazia este definită ca utilizarea a cinci sau mai multe medicamente de către un singur pacient. Atunci când se administrează concomitent cel puțin 5 medicamente, crește semnificativ riscul de evenimente adverse medicamentoase sau de interacțiuni între medicamente. Această practică poate să mărească riscul de căderi, invaliditate și alte consecințe negative pentru sănătate. Furnizorii de servicii de sănătate trebuie să evalueze cu atenție beneficiile, povara, riscurile de efecte adverse și obiectivele îngrijirii atunci când decid să înceapă sau să oprească administrarea de medicamente la persoanele în vârstă de peste 85 de ani [12].

Rezultatele unui studiu indică faptul că prevalența polipragmaziei este întâlnită mai frecvent la vârstnici și este asociată cu factori demografici precum a fi căsătorit, a fi femeie, a fi în grupa de vârstă 60–69 și 75–79 ani, a avea comorbidități, a fi pensionat și a mai lucra. Ca urmare, este important să se planifice intervenții specifice pentru administrarea rațională și corectă a medicamentelor, în special la vârstnicii cu caracteristicile menționate mai sus. Deoarece se anticipează că populația vârstnicilor va crește substanțial în următoarele decenii și va fi însoțită de creșterea bolilor cronice și a polifarmaciei, evaluarea și managementul polifarmaciei de către medici, farmaciști și autoritățile centrelor de sănătate vor deveni foarte importante. În plus, creșterea gradului de conștientizare în rândul medicilor, experților, autorităților și familiilor cu privire la caracteristicile persoanelor în vârstă și factorii care afectează polifarmacia poate ajuta la utilizarea corectă și sigură a medicamentelor. Pe măsură ce va crește gradul de conștientizare în rândul familiilor și va fi încurajată o cultură adecvată pentru utilizarea medicamentelor se vor reduce efectele negative ale acestei probleme [13].

Folosirea medicamentelor multiple va crește potențialul de interacțiuni medicamentoase și prescrierea de medicamente potențial inadecvate. O interacțiune între două medicamente se referă la răspunsul farmacologic sau clinic la administrarea unei combinații de medicamente care diferă de răspunsul așteptat de la efectele cunoscute ale fiecăruia dintre acești doi agenți atunci când sunt administrați singuri. Medicamentele cardiovasculare sunt cel mai frecvent implicate în interacțiunile medicamentoase. Cele mai frecvente evenimente adverse legate de interacțiunile adverse medicamentoase sunt cele neuropsihice (delir), insuficiența renală acută și hipotensiunea arterială [14].

### *Provocări psihosociale*

- **Izolarea și singurătatea**
- **Demența și declinul cognitiv**
- **Pierderea autonomiei și dependența: Spitalizarea și plasamentul instituțional**

Pe măsură ce vârstnicii își pierd colegii de aceeași vârstă sau se retrag din muncă, riscul de izolare socială crește. Aceasta poate duce la sentimente de singurătate sau chiar depresie. Probleme cognitive, precum demența, pot compromite capacitatea vârstnicului de a realiza activități zilnice, afectându-i independența.

Pierderea ușoară a memoriei pe termen scurt, dificultatea de a găsi cuvintele și viteza mai lentă de procesare sunt părți normale ale îmbătrânirii, care sunt adesea vizibile până la vârsta de 85 de ani. Modificările de la îmbătrânirea normală a creierului pot afecta siguranța la conducere și pot crește riscul de a fi exploatați din punct de vedere financiar. Aceste modificări pot reduce, de asemenea, capacitatea de a înțelege informații medicale complicate. Îmbătrânirea creierului nu are loc într-un ritm uniform, iar factorii genetici și sociali (cum ar fi educația și ocupația) pot fi protectori [15].

Îmbătrânirea cognitivă normală nu duce la demență. De asemenea, nu toate funcțiile creierului se diminuează odată cu vârsta. Se știe că înțelepciunea și cunoștințele cresc odată cu îmbătrânirea normală, contribuind la respectul adecvat acordat bătrânilor în comunitate.

Empatia și altruismul pot crește, de asemenea, odată cu vârsta [16]. Rata demenței crește pe măsura îmbătrânirii. Ratele de deces din cauza bolii Alzheimer au crescut, în timp ce ratele de deces pentru boli cardiovasculare au scăzut. Prevalența demenței la nivel mondial poate crește de la 47 de milioane în 2015 la 131 de milioane în 2050. Costul estimat al demenței la nivel mondial a fost de 818 miliarde USD în 2015 și este de așteptat să crească la 2 trilioane USD până în 2030 [17]. Deși screening-ul pentru demență poate avea beneficii clinice limitate, deoarece medicamentele existente au eficacitate redusă, el poate fi util pentru sănătatea publică. Existența multor adulți în vârstă cu demență va duce la nevoi nesatisfăcute și cu un trai nesigur [18].

Mini-examenul de stare mintală Folstein este instrumentul cel mai frecvent utilizat pentru a diagnostica demența, dar are câteva limitări, inclusiv o ajustare educațională. De exemplu, în Studiul longitudinal irlandez privind îmbătrânirea, scorurile medii MMSE pentru persoanele de 85 de ani cu educație slabă a fost de 25,2, în timp ce scorul mediu pentru persoanele de 85 de ani cu o educație bună a fost de 28,0 [19].

Persoanele cu demență au nevoie de oportunități de stimulare cognitivă, sprijin pentru îngrijire și, eventual, tehnologii de asistență.

Spitalizările sunt frecvente în rândul persoanelor de peste 85 de ani [20] și sunt asociate cu declin funcțional [21].

Oferirea de îngrijiri la domiciliu ar putea ajuta la prevenirea complicațiilor spitalicești, cum ar fi declinul funcțional și infecția iatrogenă. Atenția acordată îngrijirii de tranziție și vizitele rapide de urmărire medicală post-spital pot minimiza erorile de medicație și reinternare.

Mulți adulți în vârstă apreciază capacitatea lor de a continua să trăiască în propriile case pe măsură ce îmbătrânesc. Intervențiile la domiciliu pot încetini progresia dizabilității și pot preveni nevoia de instituționalizare [22].

Discuțiile cu familiile analizează toate opțiunile pentru aranjamentele de locuit și apoi evaluează siguranța și preferințele.

## **Rolul asistentului medical în îngrijirea vârstnicilor**

### *Promovarea sănătății și prevenirea bolilor în rândul vârstnicilor*

- **Strategii de promovare a sănătății**
- **Intervenții preventive**

Promovarea unui stil de viață sănătos, printr-o dietă echilibrată, exerciții fizice și evitarea factorilor de risc, poate preveni apariția sau agravarea multor boli cronice. Asistenții medicali joacă un rol crucial în educarea și motivarea vârstnicilor în această direcție [23].

Prezența bolilor și comorbidităților reprezintă un element important pentru promovarea sănătății la vârstnici. Aceasta are de obicei trei scopuri: menținerea și creșterea funcției, menținerea sau îmbunătățirea sănătății autogestionate și crearea de rețele sociale active. Cu toate acestea, obiectivele sunt menite să contribuie la independență și la o mai bună calitate a vieții. Oamenii în vârstă se luptă să rămână sănătoși, nu numai din cauza provocărilor îmbătrânirii, ci și pentru că au mai multe șanse să fie izolați social decât tinerii. Cu toate acestea, factorii subiectivi sau psihosociali sunt adesea neglijați în implementarea sau formularea programelor de promovare a sănătății la vârstă înaintată [24].

Ideea de îmbătrânire activă propusă de OMS este oportună și ar trebui înțeleasă dintr-o perspectivă a cursului vieții. Oamenii ar trebui să-și dezvolte obiceiul de a se implica și de a avea capacitatea critică de a gestiona propria lor sănătate și viață, ducând la schimbări sociale de durată. Există lacune ale studiilor actuale, precum necesitatea evaluării pentru a demonstra eficacitatea acestor măsuri, precum și faptul că bătrânețea poate fi o fază productivă, dezirabilă și plăcută a vieții. Prin urmare, guvernele și managerii din domeniul sănătății în general trebuie să înțeleagă valoarea educației și promovării sănătății pentru toate vârstele și importanța abordării inechităților sociale. Aceasta, la rândul său, ar putea contribui la promovarea participării active a persoanelor în vârstă în societate, reducându-le în consecință cererea de resurse sociale și deblocând puterea lor potențială, permițându-le astfel să solicite implementarea efectivă a politicilor care le vizează în mod direct [25].

## ***Educația și consilierea persoanelor vârstnice și familiilor lor***

- **Tehnici de comunicare adaptate vârstnicilor**
- **Susținerea în luarea deciziilor medicale**

Tehnicile de comunicare adaptate vârstnicilor reprezintă un aspect esențial în furnizarea de îngrijiri medicale de calitate. Atunci când comunicăm cu această categorie de pacienți, este important să fim conștienți de particularitățile lor și să adaptăm mesajele în consecință. Acest lucru poate implica:

- *Limba clar și simplă:* Utilizarea unui limbaj simplu și clar este esențială pentru a asigura înțelegerea. Evitați termenii tehnici sau jargonul medical și încercați să folosiți cuvinte simple și ușor de înțeles.

- *Vorbirea într-un ritm lent:* Vârstnicii pot avea nevoie de mai mult timp pentru a procesa informațiile. Prin vorbirea într-un ritm mai lent, le oferiți șansa să asimileze și să răspundă în mod corespunzător.

- *Empatie și răbdare:* Ascultarea cu atenție a preocupărilor și a întrebărilor lor este crucială. Fiți empatici și răbdători, oferindu-le confortul de a vorbi deschis despre problemele lor de sănătate.

- *Comunicare nonverbală:* Contactul vizual și limbajul nonverbal pot transmite încredere și sprijin. Asigurați-vă că priviți în ochii lor și că aveți o expresie facială prietenoasă și deschisă [26].

- *Susținere în luarea deciziilor medicale:* O altă componentă importantă a îngrijirii vârstnicilor este oferirea de susținere în procesul de luare a deciziilor medicale. Vârstnicii pot avea nevoi specifice și pot fi implicați în tratamente complexe, așa că este esențial să îi sprijinim în acest proces. Acest lucru poate include:

- Informare detaliată: Furnizarea de informații complete și ușor de înțeles cu privire la opțiunile de tratament și la riscurile și beneficiile acestora.
- Implicarea pacientului: Încurajarea vârstnicilor să participe activ în procesul de luare a deciziilor. Acest lucru poate implica discuții despre preferințele și valorile lor personale.
- Consultarea cu familia: În unele cazuri, vârstnicii pot avea nevoie de sprijinul și părerea familiei lor în luarea deciziilor medicale. Este important să se desfășoare discuții deschise și respectuoase cu toate părțile implicate.
- Planificare a îngrijirii pe termen lung: Pentru vârstnicii cu afecțiuni cronice sau în vârstă înaintată, este important să se planifice îngrijirea pe termen lung. Acest lucru poate implica discuții despre opțiunile de îngrijire la domiciliu, îngrijirea paliativă sau opțiunile de internare [26].

## **Strategii de îmbătrânire sănătoasă**

### ***Nutriție și hidratare***

O alimentație echilibrată, bogată în vitamine, minerale și fibre, poate preveni malnutriția și complicațiile sale. Hidratarea corespunzătoare este esențială, mai ales că senzația de sete poate fi diminuată la vârstnici. Un stil de viață sănătos include activitatea fizică regulată, echilibrarea numărului de calorii consumate cu numărul de calorii pe care corpul le folosește prin alimentația sănătoasă și evitarea abuzului de droguri și alcool. Un stil de viață sănătos este cea mai bună strategie de prevenire a obezității și a consecințelor acesteia [27].

O analiză critică recentă privind asocierile dintre aportul de legume și fructe și riscul apariției mai multor boli cronice, arată că un aport zilnic ridicat al acestor alimente promovează sănătatea. Prin urmare, campaniile naționale de creștere a consumului de legume și fructe sunt strategii de dorit, care pot reduce povara mai multor boli cronice în societățile occidentale [28].

### ***Activitate fizică și exerciții recomandate***

Exercițiile adaptate vârstei, precum mersul pe jos sau yoga, pot îmbunătăți forța musculară, echilibrul și mobilitatea. Acestea pot preveni căderile și pot îmbunătăți starea generală de bine.

S-a demonstrat că programele de exerciții cu mai multe componente (de obicei concentrate pe antrenament de rezistență, echilibru, aerobic și flexibilitate) îmbunătățesc mobilitatea, echilibrează încrederea și scad lipidele sanguine. De asemenea, reduc riscul de cădere și rata de cădere, îmbunătățesc calitatea vieții și pot întări sistemul cardiovascular, precum și mușchii din jurul articulațiilor. Îmbunătățirea fitness-ului poate ajuta la prevenirea rănilor și la reducerea riscului de cădere, la reducerea uzurii articulațiilor și la creșterea densității osoase [29, 30].

### ***Menținerea sănătății mintale și a bunăstării emoționale***

#### ***Importanța sănătății mintale și emoționale la vârstnici:***

Sănătatea mintală și emoțională a vârstnicilor este un aspect crucial care adesea este subestimat. Cu toate că îmbătrânirea poate aduce cu ea numeroase provocări fizice și psihologice, importanța menținerii unei stări mintale și emoționale bune nu poate fi subestimată.

Depresia este cea mai frecventă problemă de sănătate mintală în rândul persoanelor în vârstă, afectându-le în mod critic sentimentul de bunăstare și calitatea vieții. Un aspect critic al îngrijirii este deosebirea între femeile care vor beneficia de schimbări de comportament și stil de viață și cele care vor beneficia de intervenția farmacologică [31].

### *Calitatea vieții:*

Starea de sănătate mintală și emoțională influențează în mod direct calitatea vieții vârstnicilor. Un bun echilibru emoțional contribuie la o viață mai satisfăcătoare și mai împlinită.

### *Impactul asupra sănătății generale:*

Sănătatea mintală și emoțională precară poate avea efecte adverse asupra sănătății fizice. De exemplu, stresul cronic poate afecta sistemul imunitar și poate crește riscul de boli cronice.

### *Interacțiune socială:*

Sănătatea mintală și emoțională bună facilitează interacțiunile sociale. Vârstnicii care se simt bine din punct de vedere emoțional sunt mai predispuși să fie activi social și să mențină relații sociale sănătoase.

### *Reziliența:*

O bună sănătate mintală și emoțională contribuie la capacitatea de a face față schimbărilor și provocărilor vieții cu reziliență. Vârstnicii care se simt bine din punct de vedere emoțional sunt mai puțin predispuși la depresie și anxietate.

Prevenirea și gestionarea problemelor de sănătate mintală precum depresia și anxietatea la vârstnici sunt esențiale pentru menținerea bunăstării lor. Iată câteva strategii importante:

- Promovarea conștientizării: Este important să se promoveze conștientizarea cu privire la sănătatea mintală și emoțională la vârstnici, atât în rândul acestora, cât și în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății [32].
- Stil de viață sănătos: Adoptarea unui stil de viață sănătos, care include o alimentație echilibrată, exerciții fizice regulate și suficient somn, poate ajuta la prevenirea problemelor de sănătate mintală.
- Suport social: Menținerea unor legături sociale puternice poate juca un rol important în prevenirea depresiei și anxietății. Vârstnicii ar trebui încurajați să rămână activi din punct de vedere social și să se implice în comunitate.
- Consiliere și terapie: În cazul în care apar probleme de sănătate mintală, este important să se ofere acces la servicii de consiliere și terapie specializate. Aceste servicii pot ajuta vârstnicii să gestioneze și să depășească problemele lor emoționale [32].
- Monitorizarea și intervenția timpurie: Profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui să monitorizeze starea mintală și emoțională a vârstnicilor și să intervină timpuriu în cazul în care sunt detectate semne de depresie sau anxietate.

Cercetările au arătat că atât medicii generaliști, cât și specialiștii nu au pregătire în evaluări mintale și sexuale. De exemplu, în ciuda prevalenței cunoscute a disfuncției sexuale în rândul femeilor în vârstă, puține studii de intervenție s-au concentrat asupra acestei populații. Adesea, profesioniștii medicali presupun în mod fals că discuția despre sexualitate cu femeile în vârstă cu patologie ginecologică este neimportantă sau irelevantă [33].

În concluzie, sănătatea mintală și emoțională a vârstnicilor este la fel de importantă ca și sănătatea lor fizică. Recunoașterea acestui aspect și implementarea strategiilor de prevenire și gestionare pot contribui la îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor și la asigurarea unei îmbătrâniri sănătoase și mai satisfăcătoare.

### ***Integrarea socială și activitățile recreative***

Menținerea legăturilor sociale, participarea la cluburi sau grupuri de vârstnici și voluntariatul pot oferi un sentiment de apartenență și de utilitate.

Specialiștii în sănătatea comportamentală, cum ar fi psihologii, pot juca un rol esențial în facilitarea comunicării deschise și autentice între pacient și furnizor. Învățarea pacienților să pună întrebări deschise îi va ajuta pe furnizori în aceste evaluări importante. Îmbunătățirea comunicării pentru pacienți include încurajarea lor să discute despre probleme sensibile precum sexualitatea [34].

## **Decada (2021-2030) îmbătrânirii sănătoase**

### ***Definiție și obiective***

Decada îmbătrânirii sănătoase (2021-2030) este o inițiativă globală lansată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și susținută de Organizația Națiunilor Unite (ONU), care își propune să îmbunătățească viața persoanelor vârstnice prin promovarea îmbătrânirii sănătoase.

Obiectivul principal al Deceniului este de a spori **capacitatea funcțională** a persoanelor în vârstă, cuprinzând diverse aspecte, cum ar fi capacitatea de a satisface nevoile de bază, învățarea continuă și luarea deciziilor, mobilitatea, dezvoltarea relațiilor și contribuția la nivelul societății. Aceasta este modelată de capabilitățile intrinseci ale indivizilor, de mediul lor de viață și de interacțiunile cu acest mediu. Decada își propune să optimizeze capacitatea funcțională până în anul 2030 printr-o abordare integrată și multisectorială, implicând guverne, organizații internaționale, societăți civile și alte părți interesate, cu implicarea activă a persoanelor în vârstă încă de la început [35].

## *Domenii de acțiune*

Decada îmbătrânirii sănătoase se concentrează pe patru domenii principale de acțiune:

- **Schimbarea atitudinilor și comportamentelor față de vârstă și îmbătrânire:** Este esențial să se combată stereotipurile negative și să se promoveze respectul și incluziunea socială a persoanelor vârstnice. Aceasta include educarea publicului și a profesioniștilor din diverse domenii pentru a recunoaște și valorifica contribuțiile vârstnicilor.
- **Crearea de comunități prietenoase vârstnicilor:** Comunitățile trebuie să sprijine și să încurajeze abilitățile persoanelor în vârstă, oferindu-le oportunități de participare socială și activități care promovează sănătatea și bunăstarea.
- **Sisteme de sănătate integrate, centrate pe persoană:** Sistemele de sănătate trebuie să fie reconfigurate pentru a răspunde nevoilor complexe ale vârstnicilor, asigurând accesul la îngrijire continuă și de calitate. Este necesară dezvoltarea de servicii personalizate care să sprijine autonomia și să îmbunătățească capacitatea funcțională.
- **Accesul la îngrijire pe termen lung:** Este crucial să se asigure accesul la servicii de îngrijire pe termen lung, flexibile și adaptate nevoilor diverse ale vârstnicilor, atât în comunitate, cât și în instituții specializate [35].

## *Facilitatori esențiali*

Pentru a susține aceste domenii de acțiune, sunt necesari patru facilitatori esențiali:

- **Participarea semnificativă a vârstnicilor, familiilor și îngrijitorilor:** Este important să se asigure implicarea activă și precoce a vârstnicilor și a aparținătorilor acestora în procesul decizional, recunoscând și valorificând experiențele și perspectivele lor.
- **Întărirea resurselor pentru acțiuni integrate:** Este necesară dezvoltarea capacităților statale și private la toate nivelurile pentru a implementa acțiuni integrate și multisectoriale care să sprijine îmbătrânirea sănătoasă.
- **Crearea de rețele și platforme de colaborare:** Este utilă conectarea părților interesate pentru a împărtăși experiențe și a învăța unii de la alții. Acest lucru va permite schimbul de bune practici și inovații între diverse părți interesate.
- **Culegerea de date științifice, dezvoltarea cercetării și a inovării:** Este esențial să se investească în colectarea și analiza de date, precum și în cercetare și inovare, pentru a accelera implementarea inițiativelor și a optimiza capacitatea funcțională a vârstnicilor [35].



## CONCLUZII

- **Importanța abordării integrate în îngrijirea vârstnicilor**
- **Viitorul îngrijirii vârstnicilor și tendințele emergente**

Într-o lume în care numărul populației vârstnice este în creștere constantă, devine tot mai urgentă necesitatea promovării îmbătrânirii sănătoase. Prin intermediul educației, a măsurilor de prevenție și a îngrijirii adecvate, vârstnicii pot să-și păstreze o viață activă, independentă și plină de satisfacții. Profesioniștii din domeniul sănătății, în special asistenții medicali, au un rol central în acest efort.

În acest context, o înțelegere mai profundă a mecanismelor implicate ne oferă perspective pentru dezvoltarea de noi strategii clinice pentru prevenirea și gestionarea problemelor de sănătate specifice vârstei, precum și pentru îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor. Aceasta include atenția acordată problemelor de sănătate publică, precum promovarea sănătății, prevenirea bolilor, dizabilităților și fragilității și îmbunătățirea calității îngrijirilor, a organizării asistenței medicale și a aspectelor economice din domeniul sănătății. Aceste măsuri ne ajută să transpunem mai eficient cunoștințele din cercetarea de bază și rezultatele cercetării clinice în practica medicală de zi cu zi.

De asemenea, pentru a face față acestei provocări în creștere, este necesar un efort susținut și coordonat la nivel global. Acesta presupune un parteneriat nou între industrie și guverne, organizații filantropice și internaționale care să sprijine cercetarea multidisciplinară. În plus, pregătirea furnizorilor de asistență medicală și a societăților pentru a răspunde nevoilor populațiilor în vârstă este imperativă. Aceasta include formarea profesioniștilor din domeniul sănătății în privința îngrijirii pentru vârstnici, prevenția și gestionarea bolilor cronice specifice vârstei, dezvoltarea unor politici de sănătate durabile și crearea de servicii și unități adaptate nevoilor vârstnicilor.

Prin implementarea eficientă a măsurilor de prevenire primară și secundară, putem prelungi durata de viață productivă a populației în vârstă, reducând astfel dependența de îngrijire și, în cele din urmă, costurile din domeniul sănătății. Cu o înțelegere mai profundă a sănătății și procesului de îmbătrânire, putem îmbunătăți calitatea vieții, putem preveni ceea ce poate fi prevenit și putem amâna și reduce suferința asociată inevitabilului proces de îmbătrânire.

Decada îmbătrânirii sănătoase (2021-2030) oferă o oportunitate semnificativă de a transforma modul în care societățile se raportează la vârstnici și la îmbătrânire. Printr-un efort concertat și colaborativ, se pot realiza îmbunătățiri semnificative și măsurabile în viața vârstnicilor, promovând astfel sănătatea, bunăstarea și demnitatea acestora [35].

## Mesaje cheie:

Îngrijirea preventivă este esențială pentru menținerea sănătății la vârsta înaintată. Asistenții medicali:

- pot ajuta vârstnicii să înțeleagă importanța controalelor medicale regulate și a screening-urilor pentru depistarea precoce a problemelor de sănătate;
- pot recomanda exerciții adaptate fiecărui pacient, cum ar fi plimbările, yoga sau gimnastica ușoară;
- pot oferi sfaturi despre alimentația adecvată, cum ar fi consumul de alimente bogate în nutrienți și evitarea celor procesate;
- joacă un rol important în ajutarea vârstnicilor să gestioneze bolile cronice, cum ar fi diabetul, hipertensiunea și artrita;
- pot încuraja participarea vârstnicilor la activități sociale și pot oferi suport emoțional pentru a combate singurătatea și depresia;
- pot evalua riscurile din locuință și pot recomanda adaptări pentru a preveni căderile și alte accidente;
- pot ghida vârstnicii către resursele și serviciile disponibile în comunitatea lor, cum ar fi programele de asistență socială, centrele de zi pentru vârstnici și grupurile de suport;
- pot încuraja vârstnicii să rămână implicați în activități comunitare, voluntariat și hobby-uri, pentru a menține o viață plină de sens și activă;
- pot oferi suport și strategii pentru menținerea funcțiilor cognitive, precum și pentru gestionarea afecțiunilor cognitive, cum ar fi demența.

## Bibliografie:

1. Lunenfeld, B., & Stratton, P. (2013). The clinical consequences of an ageing world and preventive strategies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(5), 643-659.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2009). *World population prospects: The 2008 revision highlights*. New York: United Nations. Retrieved February 10, 2013, from [http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008\\_highlights.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008_highlights.pdf)
3. World Health Organisation. (2012). *World Health Statistics 2012*. Geneva: WHO Press.
4. Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38(1), 1-14.
5. Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37(4), 433-440.

6. Lowry, K. A., Vallejo, A. N., & Studenski, S. A. (2012). Successful aging as a continuum of functional independence: Lessons from physical disability models of aging. *Aging Disease*, 3(1), 5-15.
7. Collerton, J., Davies, K., Jagger, C., Kingston, A., Bond, J., Eccles, M. P., et al. (2009). Health and disease in 85 year olds: Baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ*, 339, b4904.
8. Alexander, R. W. (1995). Hypertension and the pathogenesis of atherosclerosis. *Hypertension*, 25, 155-161.
9. SPRINT Research Group, Wright, J. T., Jr, Williamson, J. D., Whelton, P. K., Snyder, J. K., Sink, K. M., et al. (2015). A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *New England Journal of Medicine*, 373, 2103-2116.
10. Kirkman, M. S., Briscoe, V. J., Clark, N., Florez, H., Haas, L. B., Halter, J. B., et al. (2012). Diabetes in older adults. *Diabetes Care*, 35, 2650-2664.
11. Odden, M. C., Shlipak, M. G., Whitson, H. E., Katz, R., Kearney, P. M., DeFilippi, C., et al. (2014). Risk factors for cardiovascular disease across the spectrum of older age: The cardiovascular health study. *Atherosclerosis*, 237, 336-342.
12. Varghese, D., Ishida, C., & Haseer Koya, H. (2022). *Polypharmacy*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
13. Hosseini, S. R., Zabihi, A., Jafarian Amiri, S. R., & Bijani, A. (2018). Polypharmacy among the elderly. *Journal of Midlife Health*, 9(2), 97-103.
14. Gill, S. S., Mamdani, M., Naglie, G., Streiner, D. L., Bronskill, S. E., Kopp, A., Shulman, K. I., Lee, P. E., & Rochon, P. A. (2005). A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Archives of Internal Medicine*, 165(7), 808-813.
15. Blazer, D. G., Yaffe, K., & Karlawish, J. (2015). Cognitive aging: A report from the Institute of Medicine. *JAMA*, 313(21), 2121-2122.
16. Rosen, J. B., Brand, M., & Kalbe, E. (2016). Empathy mediates the effects of age and sex on altruistic moral decision making. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 10, 67.
17. Alzheimer's Disease International. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*. London: Alzheimer's Disease International (ADI).
18. Amjad, H., Roth, D. L., Samus, Q. M., Yasar, S., & Wolff, J. L. (2016). Potentially unsafe activities and living conditions of older adults with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(6), 1223-1232.
19. Kenny, R. A., Coen, R. F., Frewen, J., Donoghue, O. A., Cronin, H., & Savva, G. M. (2013). Normative values of cognitive and physical function in older adults: Findings from the Irish longitudinal study on ageing. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(Suppl 2), S279-S290.
20. Levant, S., Chari, K., & DeFrances, C. J. (2015). *Hospitalizations for patients aged 85 and over in the United States, 2000-2010*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
21. Boyd, C. M., Xue, Q. L., Guralnik, J. M., & Fried, L. P. (2005). Hospitalization and development of dependence in activities of daily living in a cohort of disabled older women: The Women's Health and Aging Study I. *Journal of Gerontology: Series A*, 60(7), 888-893.

22. Szanton, S. L., Wolff, J. L., Leff, B., Roberts, L., Thorpe, R. J., Tanner, E. K., et al. (2015). Preliminary data from community aging in place, advancing better living for elders, a patient-directed, team-based intervention to improve physical function and decrease nursing home utilization: The first 100 individuals to complete a Centers for Medicare and Medicaid Services Innovation Project. *Journal of the American Geriatrics Society*, *63*(2), 371-374.
23. Spirgiene, L., & Brent, L. (2018). Comprehensive geriatric assessment from a nursing perspective. In K. Hertz & J. Santy-Tomlinson (Eds.), *Fragility Fracture Nursing: Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient* (Chapter 4). Cham (CH): Springer.
24. Ferreira, R., Baixinho, C. L., Ferreira, Ó. R., Nunes, A. C., Mestre, T., & Sousa, L. (2022). Health promotion and disease prevention in the elderly: The perspective of nursing students. *Journal of Personalized Medicine*, *12*(2), 306.
25. Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and successful aging: A European policy perspective. *Gerontologist*, *55*(1), 83-90.
26. Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, *20*, 158.
27. Strandberg, T. E., Sirola, J., Pitkälä, K. H., et al. (2012). Association of midlife obesity and cardiovascular risk with old age frailty: A 26-year follow-up of initially healthy men. *International Journal of Obesity*, *36*, 1153-1157.
28. Boeing, H., Bechthold, A., Bub, A., et al. (2012). Critical review: Vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *European Journal of Nutrition*, *51*, 637-663.
29. Pahor, M., Blair, S. N., Espeland, M., et al. (2006). Effects of a physical activity intervention on measures of physical performance: Results of the lifestyle interventions and independence for elders pilot (LIFE-P) study. *Journal of Gerontology: Series A*, *61*(11), 1157-1165.
30. Büla, C. J., Monod, S., Hoskovec, C., et al. (2011). Interventions aiming at balance confidence improvement in older adults: An updated review. *Gerontology*, *57*, 276-286.
31. Tiple, P., Sharma, S., & Srivastava, A. (2006). Psychiatric morbidity in geriatric people. *Indian Journal of Psychiatry*, *48*(2), 88-94.
32. Rondón García, L. M., & Ramírez Navarro, J. M. (2018). The impact of quality of life on the health of older people from a multidimensional perspective. *Journal of Aging Research*, *2018*, 4086294.
33. Lunenfeld, B., & Stratton, P. (2013). The clinical consequences of an ageing world and preventive strategies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *27*(5), 643-659.
34. Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Necho, M. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: A systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, *20*, 55.
35. World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. Geneva: World Health Organization.

# PRINCIPII DE NUTRIȚIE. RELAȚIA DINTRE ALIMENTAȚIE ȘI BOALĂ SAU SĂNĂTATE

---

*Costela-Lăcrimioara Șerban*

### **Obiective educaționale:**

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili:*

- să descrie principiile pentru o alimentație echilibrată
- să descrie nevoile nutriționale ale copiilor și adulților
- să examineze factorii bazați pe dovezi care influențează comportamentele alimentare
- să știe cum să abordeze promovarea nutriției sănătoase și prevenția excesului ponderal

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, nutriția este definită ca „aportul de alimente în raport cu nevoile alimentare ale organismului”. Starea bună de sănătate se bazează pe o dietă adecvată, bine echilibrată, care are un impact mare asupra bunăstării organismului și se reflectă în aportul și comportamentul alimentar. Dieta și comportamentul sunt factori extrem de modificabili care pot ajuta la prevenirea apariției de noi cazuri de afecțiuni cronice legate de stilul de viață sau la ameliorarea progresiei acestora. Acești factori pot fi modificați folosind tehnici de educație nutrițională specifice populației.

Hrana este necesară pentru creștere, întreținerea și repararea țesuturilor și, desigur, pentru reproducere. Inerent în aceasta constă conceptul de „sănătate”, de optimizare a capacității noastre pentru funcțiile fizice, mentale, sociale și genomice, de a rezista și de a ne recupera după boli și răni.

Adoptarea unei diete sănătoase pe toată durata vieții contribuie la prevenirea diferitelor forme de malnutriție și a unei game variate de afecțiuni cronice, precum diabetul, bolile cardiovasculare, accidentele vasculare cerebrale și cancerul. Totuși, creșterea producției de alimente procesate, urbanizarea rapidă și schimbările stilului de viață au determinat modificări semnificative în tiparele de alimentație. În prezent, oamenii consumă mai multe alimente cu un conținut ridicat de energie, grăsimi, zaharuri libere și sare/sodiu, în timp ce aportul de fructe, legume și alte surse de fibre alimentare, cum ar fi cerealele integrale, este insuficient.

Compoziția unei diete variate, echilibrate și sănătoase diferă în funcție de particularitățile fiecărei persoane, cum ar fi vârsta, sexul, stilul de viață și nivelul de activitate fizică, dar și de factori culturali, disponibilitatea alimentelor la nivel local și obiceiurile alimentare. Totuși, principiile fundamentale ale unei diete sănătoase rămân constante.

## Principii pentru o alimentație echilibrată

Aportul de energie (calorii) provenit din alimente și băuturi trebuie să fie în echilibru cu energia consumată, care este utilizată pentru menținerea funcțiilor vitale, termogeneză, activitate fizică, dar și pentru creștere și dezvoltare în anumite perioade ale vieții. Pentru a preveni creșterea nesănătoasă în greutate, pe termen lung și mediu, este esențial să existe un echilibru între aportul și consumul de energie, chiar dacă pot apărea dezechilibre pe termen scurt.

O dietă sănătoasă asigură consumul adecvat de macronutrienți pentru a răspunde necesităților energetice și fiziologice, fără a depăși cantitățile necesare, și oferă în același timp un aport suficient de micronutrienți și o hidratare adecvată pentru a satisface nevoile fiziologice ale organismului. Macronutrienții, care includ carbohidrații, proteinele și grăsimile, furnizează energia necesară proceselor celulare zilnice. Micronutrienții, precum vitaminele și mineralele, sunt necesari în cantități relativ mici pentru creștere, dezvoltare, metabolism și funcționarea normală a organismului [1].

**Lipidele** sunt o importantă sursă de energie, un gram de lipide având echivalentul de 9 kcalorii. Ele facilitează absorbția componentelor alimentare lipo-solubile, precum vitaminele lipo-solubile. Grăsimile și uleiurile sunt de asemenea surse importante de acizi grași esențiali, care nu pot fi produși de organismul uman și e nevoie să fie aduși în organism prin alimente. Conform recomandărilor Autorității europene pentru alimentație și securitate alimentară [2], la adulți, procentul de energie derivat din grăsimi trebuie să se situeze între 20 - 35% din aportul total de energie. Aportul de lipide la copii, care este crescut în perioada alăptării, poate fi gradual redus în a doua jumătate a primului an de viață, în paralel cu introducerea diversificării, până la 3 ani: 40% între 6 și 12 luni și între 35 - 40% din totalul de energie în al doilea și al treilea an de viață.

**Grăsimile saturate** pot fi sintetizate de organism și nu sunt necesare în dietă. Aportul de grăsimi saturate ar trebui să fie mai mic de 10% din aportul total de energie.

**Acizii grași polinesaturați linoleic și alfa linolenic** nu pot fi sintetizați de corpul uman și sunt necesari pentru menținerea integrității metabolice și de aceea sunt considerați acizi grași esențiali

**Acizii grași trans** nu sunt sintetizați de corpul uman și nu sunt necesari în dietă. Acizii grași *trans* sunt grăsimi fabricate, create în timpul unui proces numit hidrogenare (de exemplu margarina), care are ca scop stabilizarea uleiurilor polinesaturate pentru a preveni rănțezirea lor și pentru a le menține solide la temperatura camerei. Aportul de grăsimi *trans* trebuie să furnizeze mai puțin de 1% din aportul total de energie [3-5].

Din punct de vedere nutrițional, pot fi diferențiate două mari categorii de **carbohidrați**: „carbohidrați glicemici”, adică carbohidrați digerabili care furnizează 4 kcal per gram și absorbiți în intestinul subțire uman și „fibre alimentare”, carbohidrați nedigerabili care trec în intestinul gros. Conform Autorității Europene pentru alimentație și securitate alimentară [2], aportul de carbohidrați ar trebui să furnizeze între 45 – 60% din totalul de energie consumată prin alimente. De asemenea este recomandată limitarea aportului de zaharuri libere la mai puțin de 10% din

aportul total de energie, ca parte dintr-o dietă sănătoasă. O reducere suplimentară la mai puțin de 5% din aportul total de energie este sugerată pentru beneficii suplimentare pentru sănătate [6]. Pentru **fibrelle** alimentare, Autoritatea Europeană pentru alimentație și securitate alimentară a stabilit un minim de consum de 25 g pe zi [2].

**Proteinele dietetice** sunt sursa de azot și de aminoacizi indispensabili, de care organismul are nevoie pentru creșterea și întreținerea țesuturilor [2]. Principala cale a metabolismului aminoacizilor este sinteza proteinelor. În condiții de inaniție, proteinele pot fi folosite ca sursă de energie, furnizând aproximativ 4 kcal pe gram. Autoritatea Europeană pentru alimentație și securitate alimentară a stabilit un aport mediu de 0.66 g/kg corp/zi de proteine de calitate înaltă, atât pentru adulți, cât și pentru copii.

Menținerea aportului de **sare** la mai puțin de 5 g pe zi, echivalent cu un aport de sodiu mai mic de 2 g pe zi, ajută la prevenirea hipertensiunii arteriale și reduce riscul de boli de inimă și accident vascular cerebral la populația adultă [7]. Statele membre ale OMS au convenit să reducă aportul de sare al populației globale cu 30% până în 2025; ei au convenit, de asemenea, să stopeze creșterea diabetului și a obezitității la adulți și adolescenți, precum și a supraponderalității în copilărie până în 2025 [8].

## Ce înseamnă o dietă sănătoasă

O dietă sănătoasă, bazată pe cunoașterea nevoilor nutriționale și a impactului lor asupra sănătății, se caracterizează prin consumul frecvent de alimente benefice pentru sănătate, cum ar fi cele de origine vegetală, fructe și legume proaspete, antioxidanți, soia, nuci și surse de acizi grași omega-3, și prin evitarea grăsimilor saturate și trans, proteinelor animale și zaharurilor rafinate. Astfel de diete sunt comune în unele regiuni ale lumii, ca urmare a tradițiilor și a resurselor alimentare locale, un exemplu fiind dietele mediteraneene și asiatice. Aceste modele alimentare sunt susținute de cercetări care arată beneficiile pentru sănătate asociate cu anumite aporturi nutriționale. Dietele precum cea mediteraneană [9], dieta DASH [10] și dieta MIND [11], promovate recent pentru sustenabilitate și efecte pozitive asupra sănătății, au numeroase aspecte comune.

Pentru **adulți** dieta sănătoasă include:

- Consumul de fructe, legume, leguminoase (precum linte și fasole), nuci și cereale integrale (porumb, mei, ovăz, grâu și orez brun).
- Cel puțin 400 g (cinci porții) de fructe și legume zilnic, cu excepția cartofilor, maniocului și altor rădăcinoase bogate în amidon [12].
- Mai puțin de 10% din aportul total de energie trebuie să provină din zaharuri adăugate, echivalent cu maxim 50 g pentru o dietă de 2000 kcal și 40 g pentru o dietă de 1600 kcal. Ideal, zaharurile libere ar trebui să reprezinte mai puțin de 5% din totalul caloriilor [6].

- Mai puțin de 35% din aportul de energie ar trebui să provină din grăsimi, favorizând grăsimile nesaturate (din pește, avocado, nuci și anumite uleiuri vegetale) în locul grăsimilor saturate (carne grasă, unt, ulei de cocos) și evitând complet grăsimile trans industriale [2, 5].
- Limita de sare trebuie să fie de maxim 5 g pe zi, iar sarea folosită ar trebui să fie iodată [7].

Pentru **sugari și copii mici**, o alimentație adecvată în primii doi ani de viață susține creșterea și dezvoltarea sănătoasă, precum și reduce riscul de obezitate și boli cronice în viitor:

- În primele 6 luni, sugarii ar trebui să fie alăptați exclusiv.
- De la 6 luni, alimentele adecvate și hrănitoare trebuie introduse treptat, fără adăugarea de sare sau zahăr [6, 7].

Carbhidrații sunt principala sursă de energie, fiind prezenți în cereale, fructe și legume. Cerealele integrale sunt de preferat celor rafinate, deoarece păstrează tărâțele și germenii, ceea ce contribuie la un conținut mai mare de fibre și micronutrienți. Consumul crescut de cereale integrale este asociat cu un risc redus de boli cardiovasculare și cancer, precum și cu o mortalitate mai scăzută [12–14]. Fructele și legumele sunt surse importante de energie, fibre și substanțe fitochimice benefice, precum polifenolii și fitosterolii, care contribuie la menținerea sănătății [15] [16]. Flavonoidele cresc secreția de insulină și reduc rezistența la insulină, numeroase cercetări sugerând ca aceste substanțe fitochimice oferă unele beneficii în obezitate și diabet [17]. În plus, polifenolii interacționează cu microbiota gastrointestinală într-o manieră bidirecțională prin îmbunătățirea bacteriilor intestinale, fiind și metabolizați de aceste bacterii pentru a forma mai mulți compuși bioactivi [17]. Aportul de fructe și legume se corelează invers cu riscul de boli cronice, inclusiv hipertensiune arterială [18], boli cardiovasculare [19, 20], boala pulmonară obstructivă cronică [21], cancer pulmonar [22] și sindrom metabolic [23].

Grăsimile sunt esențiale pentru structura celulară și furnizarea de energie, însă grăsimile nesaturate sunt mai recomandate decât cele saturate și trans. Grăsimile *trans* găsite în alimente sunt în principal rezultatul prelucrării uleiurilor vegetale, dar sunt prezente și în cantități mici în produsele de origine animală respectiv în grăsimea *trans* din rumegătoare: vaci, oi și capre [3, 5, 24]. Dintre tipurile de grăsimi alimentare, grăsimile nesaturate sunt asociate cu riscuri cardiovasculare și de mortalitate reduse, în timp ce grăsimile *trans* și într-o măsură mai mică, grăsimile saturate sunt asociate cu efecte negative asupra sănătății, inclusiv cu risc crescut de mortalitate [24, 25]. Acizii grași omega-3 și omega-6 sunt importanți pentru sănătate, dar trebuie obținuți din alimentație, deoarece organismul nu îi poate produce. Consumul de omega-3 din pește gras sau suplimente a fost asociat cu beneficii pentru sănătate, cum ar fi protecția cardiovasculară și reducerea inflamației [26–28]. Fructele de mare, în special peștele gras, sunt o sursă importantă de EPA și DHA, iar pentru cei care nu obțin suficiente cantități din dietă, există suplimente disponibile pe scară largă [29]. Nucile, anumite semințe și uleiuri vegetale sunt surse de acid alfa-linolenic, principalul acid gras omega-3 de origine vegetală [30].



Proteinele sunt necesare pentru menținerea masei corporale. Proteinele din dietă provin atât din surse animale (carne, lactate, pește și ouă), cât și din surse vegetale (leguminoase, produse din soia, cereale, nuci și semințe). Proteinele animale sunt considerate mai valoroase datorită conținutului mai variat de aminoacizi, a digestibilității superioare și a biodisponibilității crescute [31]. Sursele animale sunt bogate în aminoacizi esențiali, însă consumul ridicat de carne roșie și procesată poate crește riscul de afecțiuni, cum ar fi cancerul colorectal și bolile cardiovasculare [32]. Aportul adecvat de proteine este important pentru menținerea masei musculare și osoase, în special la persoanele vârstnice [33-35].

Micronutrienții, deși necesari în cantități mici, joacă un rol esențial în creșterea și metabolismul organismului. Trecerea la alimente procesate și rafinate a redus calitatea micronutrienților în dieta modernă, crescând riscul unor afecțiuni cronice. Aportul adecvat sau suplimentarea cu vitamine și minerale, cum ar fi vitaminele A, C și E, zincul și seleniul, poate ajuta la reducerea riscului bolilor legate de îmbătrânire [36-38].

Apa este componenta principală a corpului și contribuie atât la hidratare, cât și la transportul micronutrienților. Consumul suficient de apă este esențial pentru sănătate și poate preveni diverse afecțiuni, contribuind la menținerea echilibrului electroliților.

Pentru a promova dietele sănătoase, este esențial să se creeze un mediu alimentar adecvat, cu alimente hrănitoare disponibile și accesibile tuturor. Guvernele și alte părți interesate ar trebui să colaboreze pentru a implementa politici care să sprijine consumul de alimente sănătoase, cum ar fi stimularea producției de fructe și legume și reducerea stimulentele pentru alimentele procesate, bogate în grăsimi trans, zaharuri și sare [39].

## **Cum pot fi promovate dietele sănătoase**

Dieta noastră se schimbă în timp, fiind influențată de mulți factori sociali și economici. Acești factori includ veniturile, prețurile alimentelor, preferințele personale, tradițiile culturale și aspectele geografice și de mediu, cum ar fi schimbările climatice. Toate acestea influențează tiparele alimentare ale fiecărei persoane. Pentru a promova un mediu alimentar sănătos, este important ca mai multe sectoare – inclusiv guvernele și sectorul public și privat – să colaboreze pentru a sprijini un sistem alimentar diversificat și echilibrat.

Guvernele au un rol cheie în crearea unui mediu care să încurajeze oamenii să adopte obiceiuri alimentare sănătoase. Măsurile pe care le pot lua pentru a susține acest lucru includ:

- Politici coerente și investiții eficiente:
  - Crearea de stimulente pentru agricultori și comercianți pentru a cultiva și vinde fructe și legume proaspete.
  - Reducerea stimulentele pentru producerea de alimente procesate bogate în grăsimi nesănătoase, zaharuri și sare.

- Încurajarea reformulării produselor pentru a scădea conținutul de grăsimi trans, grăsimi saturate, zaharuri și sare.
  - Implementarea recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății privind marketingul alimentelor către copii.
  - Stabilirea unor standarde care să asigure disponibilitatea alimentelor sănătoase în grădinițe, școli, alte instituții publice și la locul de muncă.
  - Utilizarea reglementărilor, politicilor de etichetare nutrițională și a măsurilor economice, precum taxe și subvenții, pentru a încuraja o dietă sănătoasă.
  - Încurajarea furnizorilor de servicii alimentare să îmbunătățească calitatea nutrițională a alimentelor oferite și să facă disponibile opțiuni mai sănătoase.
- Încurajarea cererii consumatorilor pentru alimente sănătoase:
    - Creșterea conștientizării publicului cu privire la beneficiile unei alimentații sănătoase.
    - Implementarea programelor școlare care să ajute copiii să adopte și să mențină o dietă echilibrată.
    - Educația nutrițională pentru copii, adolescenți și adulți, inclusiv dezvoltarea abilităților culinare.
    - Furnizarea informațiilor nutriționale corecte, atât prin etichetarea produselor, cât și prin consiliere dietetică în centrele de asistență medicală primară.
  - Promovarea unei alimentații sănătoase pentru sugari și copii mici:
    - Implementarea Codului internațional de comercializare a înlocuitorilor de lapte matern și a altor măsuri de sprijin pentru protejarea mamelor care lucrează.
    - Promovarea și susținerea alăptării la sân în comunitate și în serviciile de sănătate.

Pentru a crea un mediu alimentar sănătos, este necesară implicarea tuturor: de la guverne și instituții, la fiecare dintre noi. Acest lucru va permite o alimentație echilibrată, accesibilă și sănătoasă pentru toți, contribuind astfel la prevenirea bolilor și la îmbunătățirea stării generale de sănătate [39].

## **Rolul asistentului medical în promovarea nutriției sănătoase**

Planificarea eficientă pentru promovarea nutriției sănătoase necesită o evaluare a stării nutriționale individuale pentru a stabili o linie de referință. Măsurătorile antropometrice și/sau analiza bioimpedanței, analizele de laborator și istoricul alimentar sunt instrumente utile de evaluare, care pot fi obținute de către asistentul medical.

**Măsurile de evaluare antropometrice** includ înălțimea și greutatea, circumferința diferitelor zone ale corpului și grosimea pliurilor pielii. Indicele de masă corporală (IMC) calculat, ca și raportul dintre greutate (kg) și înălțimea la pătrat ( $m^2$ ) este cea mai bună metodă de a evalua greutatea sănătoasă. IMC-ul nu evaluează compoziția corporală sau distribuția țesutului adipos dar este un instrument util de screening pentru supraponderalitate sau obezitate. S-a stabilit că IMC-ul din copilărie este asociat cu adipozitatea adultului.

Raportul talie-șold evaluează cantitatea de grăsime distribuită în abdomen față de grăsimea distribuită sub talie. Raportul este circumferința taliei împărțită la circumferința șoldului. Cu cât valoarea raportului talie-șold este mai mare, cu atât este mai mare potențialul ca problemele de sănătate să fie prezente sau să apară.

**Analizele biochimice ale sângelui și urinei** ajută la identificarea deficiențelor nutriționale. Pe lângă testele de laborator pentru colesterol, trigliceride, glucoză și lipoproteine cu densitate crescută, teste pentru proteine precum indicii creatininei, proteine serice, albumină serică, număr total de limfocite, uree, acid uric, niveluri serice sau plasmatiche de vitamine și minerale precum: calciu, sodiu, potasiu, fier, fosfor și magneziu sunt utilizate pentru evaluarea statusului nutrițional. Trei valori deosebit de importante în evaluarea stării nutriționale sunt *albumina serică* mai mică de 3,5 g/dL, *numărul total de limfocite* mai mic de 1800/mm<sup>3</sup> și o *pierdere involuntară a greutății corporale* mai mare de 15%. Acești trei indicatori se corelează semnificativ cu starea nutrițională [40, 41].

**Jurnalul alimentar**, disponibil fie ca opțiune pe hârtie, fie electronic, este o măsură comună utilizată pentru a evalua starea nutrițională. Alegerile alimentare zilnice, în comparație cu ghidurile alimentare publicate sau cu un pachet computerizat de analiză alimentară, identifică modele alimentare neadecvate. Asistenta și dieteticianul lucrează împreună pentru a pregăti materiale și/sau pentru a recomanda site-uri web, pentru a se asigura că oferă cele mai precise descoperiri ale cercetării despre suplimentele nutritive, inclusiv vitaminele și mineralele: calciu, fier, precum și proteinele și carbohidrații complecși.

Cultura și nivelul socioeconomic influențează tiparele de alimentație, obezitatea și malnutriția. Evaluarea stării nutriționale și a obiceiurilor alimentare este o parte critică a evaluării cuprinzătoare a sănătății pentru indivizi, familii și grupuri țintă specifice, cum ar fi elevii, femeile însărcinate și vârstnicii. O analiză a datelor de evaluare determină care intervenții sunt cele mai adecvate pentru a îmbunătăți starea nutrițională a pacientului sau a familiei. Înțelegerea influențelor culturale asupra nutriției și a modelelor alimentare este esențială atât în evaluare, cât și în intervenție pentru a facilita schimbarea.

Asistenții medicali pot avea un rol important prin implicarea în diverse etape ale stimulării educației nutriționale, a mediului alimentar și a modelelor de consum de alimente care contribuie la o nutriție mai bună și la o viață mai sănătoasă. Pentru a modifica tiparele de nutriție, toate vârstele trebuie să fie expuse educației nutriționale prin mass-media și surse de internet, educație în școli și la locurile de muncă, pachete personalizate de educație nutrițională și consiliere nutrițională în serviciile de asistență medicală primară. Tehnologia informației joacă un rol din ce în ce mai mare, așa că abordările educației nutriționale trebuie evaluate pentru a vedea dacă sunt bazate pe dovezi actuale și ușor de utilizat.

Pentru promovarea nutriției în școli, asistenții medicali pot identifica și sugera programele interactive de nutriție pe computer, videoclipurile despre nutriție, rețelele sociale și mesageria instantanee despre nutriție sănătoasă ca parte a educației nutriționale [42].

Intervențiile sunt strategii bazate pe dovezi implementate, pentru a schimba comportamentele nesănătoase. Majoritatea intervențiilor vizează individul și pot avea loc în casă, școală, centre organizate de îngrijire a copiilor și locuri de muncă. Intervențiile pot să vizeze și grupuri de indivizi reuniți în diferite locații precum școli, locuri de muncă, biserici și chiar comunități. Formele de intervenție includ: intervenții unul la unu, intervenții în grup, intervenții bazate pe tehnologie (telefon, internet și/sau video) sau combinații ale acestor formate. Intervențiile individuale direcționate pentru reducerea obezității au avut puțin succes pe termen lung. Prevenirea obezității în populație sub forma intervențiilor populaționale și ajutarea persoanelor supraponderale pentru a preveni creșterea în continuare în greutate în cadrul intervențiilor individuale necesită abordări noi și diferite. Strategiile de intervenție pentru abordarea schimbărilor în alimentația și tiparele de alimentație includ următoarele:

- Creșterea accesibilității la informații despre nutriție, educație, consiliere și alimente sănătoase, în toate situațiile și pentru toate subpopulațiile
- Prevenirea bolilor cronice asociate cu alimentația și greutatea, începând din prima copilărie
- Consolidarea legăturii dintre nutriție și activitatea fizică în promovarea sănătății

Cunoștințele despre nutriție și modul în care pot fi schimbate comportamentele alimentare sunt fundamentul de acțiune ale intervențiilor nutriționale. Școlile oferă un contact intens cu majoritatea copiilor și adolescenților din România și, în general, susțin programele oferite pentru îmbunătățirea sănătății elevilor. Locurile de muncă oferă acces pentru aproximativ 65% din populația cu vârsta de peste 16 ani. Angajații sunt accesibili, într-un mediu controlat, cu rețele de comunicare care le facilitează participarea. O proporție substanțială de calorii este consumată zilnic în școli și locuri de muncă, ceea ce le face locuri ideale pentru schimbările dietetice. Recomandările pentru intervențiile la locul de muncă includ combinarea instrucțiunilor privind o nutriție mai bună și obiceiuri alimentare cu un program structurat de activitate fizică.

Intervenții cuprinzătoare la nivel de populație, care abordează interacțiunea mai multor factori de mediu individuali, sociali și fizici sunt necesare pentru a produce o schimbare eficientă a dietei. Cu toate acestea, provocarea este de a dezvolta intervenții care sunt suficient de puternice pentru a contracara aportul mai mare de calorii și factori obezogeni din mediu pentru populațiile cu risc.

## **Studiu de caz - Rolul asistentului medical în combaterea obezității**

Un studiu recent [43], realizat cu profesioniști din domeniul medical din Timișoara a arătat că mulți dintre părinții copiilor cu exces ponderal nu recunosc acest exces ponderal ca și o problemă, până când copiii nu se confruntă cu stigmatizare sau comorbidități legate de obezitate. Studiul a identificat că există bariere de comunicare, generate de mai multe niveluri de neîncredere între echipa medicală și familii: tensiune între profesioniști și părinți din cauza credințelor contradictorii despre excesul de greutate; lipsă de încredere în studiile clinice

medicale; neînțelegeri în cadrul familiei, când unii membri ai familiei nu susțin încercările de a reduce consumul de calorii. Cu toate acestea, profesioniștii au remarcat și bariere sistemice din cauza lipsei unui sistem de trimitere și a alocării unei durate scurte a consultației, care împiedică tratamentul obezității. Ei au sugerat că lipsa de centre specializate și educația inadecvată a profesioniștilor din domeniul sănătății transmite că sistemul nu acordă prioritate tratamentului și prevenirii obezității. Eforturile echipelor medicale sunt împiedicate de barierele sistemului de sănătate, inclusiv lipsa centrelor specializate, a formării și a unui sistem de recunoaștere și referire a pacienților cu exces ponderal.

În multe situații, asistentului i se va cere să măsoare înălțimea și greutatea. Aceasta oferă o oportunitate nu numai de a evalua greutatea pacientului, ci și de a discuta și ridica problema obezității, dacă este relevant și a importanței de a mânca sănătos și de a fi activ. Rareori, însă, asistenții fac asta și există unele dovezi că cei care sunt supraponderali ar putea fi reticenți în a ridica problema.

Pacienții au nevoie de motivare pentru a își schimba stilul de viață. Este recunoscut faptul că în rândul adulților, persoanele care sunt obeze sau inactive fizic răspund la patru mesaje simple:

- **Beneficii:** ce vor primi din schimbare.
- **Auto-eficacitate:** asigurându-i că se pot schimba și construirea încrederii și experienței.
- **Sprijin social:** cine îi poate ajuta.
- **Adaptarea schimbării în viața lor de zi cu zi:** transportul activ sau controlul porțiilor.

În echipa medicală, rolul asistentului medical este de:

- a oferi sfaturi pentru a le permite pacienților să facă o alegere informată cu privire la opțiunile de tratament, inclusiv dieta sigură și eficientă și activitatea fizică și orice tratament medicamentos.
- a acționa ca un avocat pentru pacienții care se simt incapabili să facă alegeri din cauza stimei de sine scăzute.
- a putea să facă trimiteri către cele mai adecvate servicii și să sprijine pacienții să acceseze aceste servicii.
- a face lobby pentru schimbarea politicilor guvernamentale privind prețurile fructelor și legumelor; disponibilitatea alimentelor sănătoase cu conținut scăzut de calorii; opțiuni de activitate fizică la prețuri accesibile și acces și disponibilitatea facilităților de activitate fizică.
- a înțelege impactul obezității asupra stimei de sine și a încrederii în sine a pacienților [44].

## Etichetele alimentare – un mod de a crește conștientizarea

Informațiile despre conținutul alimentelor ar trebui să fie accesibile consumatorilor. O metodă prin care se poate cunoaște compoziția unui aliment este listarea ingredientelor. O altă modalitate, cu o utilitate mai practică, este furnizarea unei etichete care să explice conținutul de nutrienți al alimentului.

În ultimii ani, etichetarea alimentelor a câștigat multă atenție, în special datorită cererii consumatorilor. Însă, utilitatea și interpretarea etichetelor variază în funcție de țară, starea de sănătate a populației, obiectivele de sănătate publică și obiceiurile alimentare specifice fiecărei regiuni. Cu toate acestea, se estimează că disponibilitatea crescută a etichetelor nutriționale pe produse va contribui la îmbunătățirea sănătății generale a populației.

Etichetele nutriționale oferă detalii despre nutrienții conținuți într-un aliment, având drept scop informarea consumatorilor. De aceea, terminologia folosită trebuie să fie clară și ușor de înțeles de către publicul larg. Un format simplu și standardizat poate ajuta consumatorii să utilizeze eficient etichetele și să compare diferite produse alimentare. Informațiile nutriționale furnizate trebuie să fie în concordanță cu recomandările dietetice. Alegerea nutrienților sau a componentelor alimentare care să fie incluse pe etichetă ar trebui să ia în considerare și spațiul disponibil, fezabilitatea analitică de măsurare a aceluși nutrient în aliment și costurile asociate acestor analize.

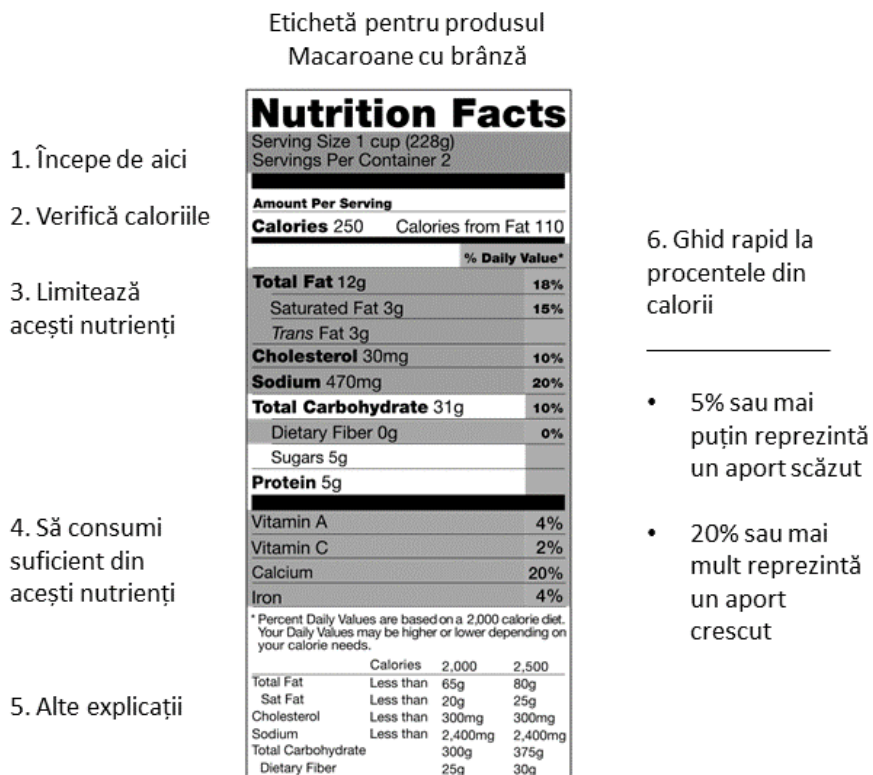
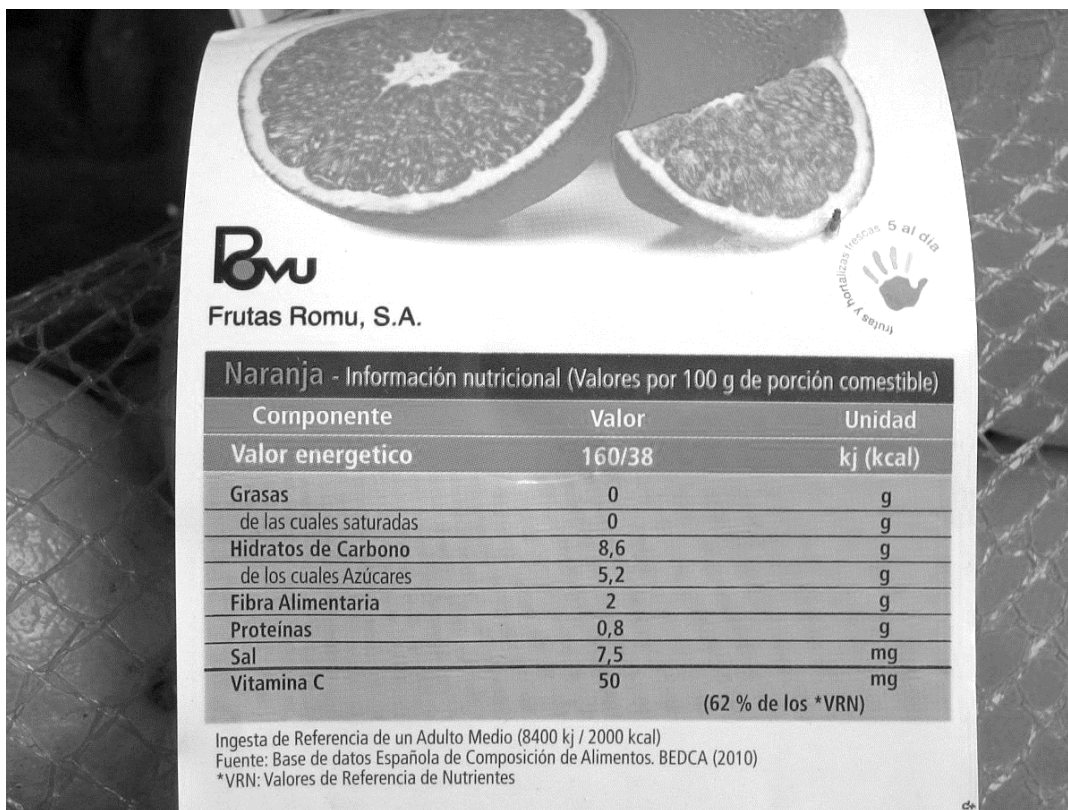


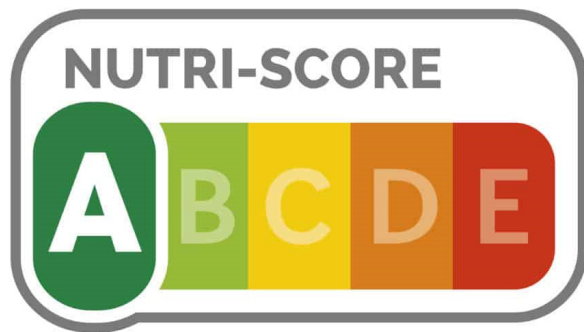
Fig. 1. Eticheta alimentară pentru produsul Macaroane cu brânză (SUA)



**Fig. 2.** Etichetă alimentară opțională pentru alimente neprocesate (Spania)



**Fig. 3.** Etichetă alimentară pentru brânzeturi (România)



**Fig. 4.** Nutri-Score

Nutri-Score este o etichetă nutrițională bazată pe o scară codificată în cinci culori, care variază de la verde închis la portocaliu închis, asociată cu litere de la A la E. Verdele închis și litera A sunt atașate produselor cu cea mai bună calitate nutrițională, în timp ce portocaliu închis și litera E este atașată produselor cu cea mai scăzută calitate nutrițională. Nutri-Score oferă consumatorilor informații despre calitatea nutrițională generală a produselor pe partea din față a ambalajului.

Pe măsură ce s-au dezvoltat eforturile pentru etichetarea nutrițională, au apărut diverse abordări și cerințe legale. Aceste diferențe complică armonizarea și standardizarea listelor de informații nutriționale la nivel internațional. Printre aceste considerații se numără:

- Numărul de limbi care trebuie folosite pe etichetă.
- Dacă informațiile ar trebui prezentate cantitativ, prin simboluri, sau descrise în termeni precum „ridicat”, „mediu” sau „scăzut”.
- Dacă informațiile nutriționale ar trebui exprimate per 100 g de aliment sau per porție specifică.

Etichetele alimentare simple și ușor de înțeles pot ajuta consumatorii să facă alegeri mai informate și să adopte diete mai sănătoase. Informațiile nutriționale de pe etichete trebuie să fie corecte și să nu inducă în eroare consumatorii. În același timp, reglementările ar trebui să motiveze producătorii să dezvolte produse care să promoveze sănătatea publică și să sprijine consumatorii în a urma recomandările dietetice [45].

### **Mesaje cheie:**

O proporție semnificativă din bolile cronice precum boala coronariană, bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul și obezitatea ar putea fi evitate, deoarece nutriția inadecvată, pe lângă alte cauze are o contribuție semnificativă fie în determinismul fie în întreținerea acestor patologii. Alegerile alimentare sunt influențate de preferințele alimentare, mărimea porțiilor și inactivitate, precum și de cultură, statutul socioeconomic, reclamă, mediul construit și alți factori obezogeni. Înțelegerea ghidurilor alimentare pentru alimentația sănătoasă este esențială în realizarea schimbării dietei.



## Bibliografie:

1. Stipanuk MH, Caudill MA (2018) *Biochemical, Physiological, and Molecular Aspects of Human Nutrition* - E-Book. Elsevier Health Sciences
2. (2017) Dietary Reference Values for nutrients Summary report. EFSA Support Publ 14:e15121E.
3. Nishida C, Uauy R (2009) WHO Scientific Update on health consequences of trans fatty acids: introduction. *Eur J Clin Nutr* 63:S1–S4.
4. (2010) Fats and fatty acids in human nutrition. Report of an expert consultation. *FAO Food Nutr Pap* 91:1–166
5. Astrup A, Bertram HC, Bonjour J-P, et al (2019) WHO draft guidelines on dietary saturated and trans fatty acids: time for a new approach? *BMJ* 366:14137.
6. (2015) Guideline: Sugars Intake for Adults and Children. World Health Organization, Geneva
7. (2012) Guideline: Sodium Intake for Adults and Children. World Health Organization, Geneva
8. McGuire S (2015) World Health Organization. Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant, and Young Child Nutrition. Geneva, Switzerland, 2014. *Adv Nutr* 6:134–135.
9. Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, et al (2011) Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutr* 14:2274–2284.
10. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, et al (1997) A Clinical Trial of the Effects of Dietary Patterns on Blood Pressure. *N Engl J Med* 336:1117–1124.
11. Marcason W (2015) What Are the Components to the MIND Diet? *J Acad Nutr Diet* 115:1744.
12. Aune D, Giovannucci E, Boffetta P, et al (2017) Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality—a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Epidemiol* 46:1029–1056.
13. Benisi-Kohansal S, Saneei P, Salehi-Marzijarani M, et al (2016) Whole-Grain Intake and Mortality from All Causes, Cardiovascular Disease, and Cancer: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Adv Nutr* 7:1052–1065.
14. Zong G, Gao A, Hu FB, Sun Q (2016) Whole Grain Intake and Mortality From All Causes, Cardiovascular Disease, and Cancer. *Circulation* 133:2370–2380.
15. McRorie JW, McKeown NM (2017) Understanding the Physics of Functional Fibers in the Gastrointestinal Tract: An Evidence-Based Approach to Resolving Enduring Misconceptions about Insoluble and Soluble Fiber. *J Acad Nutr Diet* 117:251–264.
16. Probst YC, Guan VX, Kent K (2017) Dietary phytochemical intake from foods and health outcomes: a systematic review protocol and preliminary scoping. *BMJ Open* 7:e013337.
17. G. Fraga C, D. Croft K, O. Kennedy D, A. Tomás-Barberán F (2019) The effects of polyphenols and other bioactives on human health. *Food Funct* 10:514–528.
18. Li B, Li F, Wang L, Zhang D (2016) Fruit and Vegetables Consumption and Risk of Hypertension: A Meta-Analysis. *J Clin Hypertens Greenwich Conn* 18:468–476.
19. Zhan J, Liu Y-J, Cai L-B, et al (2017) Fruit and vegetable consumption and risk of cardiovascular disease: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Crit Rev Food Sci Nutr* 57:1650–1663.
20. Gan Y, Tong X, Li L, et al (2015) Consumption of fruit and vegetable and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Cardiol* 183:129–137.

21. Kaluza J, Larsson SC, Orsini N, et al (2017) Fruit and vegetable consumption and risk of COPD: a prospective cohort study of men. *Thorax* 72:500–509.
22. Wang Y, Li F, Wang Z, et al (2015) Fruit and vegetable consumption and risk of lung cancer: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Lung Cancer Amst Neth* 88:124–130.
23. Tian Y, Su L, Wang J, et al (2018) Fruit and vegetable consumption and risk of the metabolic syndrome: a meta-analysis. *Public Health Nutr* 21:756–765.
24. de Souza RJ, Mente A, Maroleanu A, et al (2015) Intake of saturated and trans unsaturated fatty acids and risk of all cause mortality, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ* 351:h3978.
25. Ricci C, Baumgartner J, Zec M, et al (2018) Type of dietary fat intakes in relation to all-cause and cause-specific mortality in US adults: an iso-energetic substitution analysis from the American National Health and Nutrition Examination Survey linked to the US mortality registry. *Br J Nutr* 119:456–463.
26. Cederholm T, Salem N Jr, Palmblad J (2013)  $\omega$ -3 Fatty Acids in the Prevention of Cognitive Decline in Humans. *Adv Nutr* 4:672–676.
27. Manuelli M, Della Guardia L, Cena H (2017) Enriching Diet with n-3 PUFAs to Help Prevent Cardiovascular Diseases in Healthy Adults: Results from Clinical Trials. *Int J Mol Sci* 18:1552.
28. Buoite Stella A, Gortan Cappellari G, Barazzoni R, Zanetti M (2018) Update on the Impact of Omega 3 Fatty Acids on Inflammation, Insulin Resistance and Sarcopenia: A Review. *Int J Mol Sci* 19:E218.
29. Calder PC (2018) Very long-chain n-3 fatty acids and human health: fact, fiction and the future. *Proc Nutr Soc* 77:52–72.
30. Baker EJ, Miles EA, Burdge GC, et al (2016) Metabolism and functional effects of plant-derived omega-3 fatty acids in humans. *Prog Lipid Res* 64:30–56.
31. Lonnie M, Hooker E, Brunstrom JM, et al (2018) Protein for Life: Review of Optimal Protein Intake, Sustainable Dietary Sources and the Effect on Appetite in Ageing Adults. *Nutrients* 10:E360.
32. Demeyer D, Mertens B, De Smet S, Ulens M (2016) Mechanisms Linking Colorectal Cancer to the Consumption of (Processed) Red Meat: A Review. *Crit Rev Food Sci Nutr* 56:2747–2766.
33. Della Guardia L, Thomas MA, Cena H (2018) Insulin Sensitivity and Glucose Homeostasis Can Be Influenced by Metabolic Acid Load. *Nutrients* 10:E618.
34. Curneen JMG, Casey M, Laird E (2018) The relationship between protein quantity, BMD and fractures in older adults. *Ir J Med Sci* 187:111–121.
35. Cheng H, Kong J, Underwood C, et al (2018) Systematic review and meta-analysis of the effect of protein and amino acid supplements in older adults with acute or chronic conditions. *Br J Nutr* 119:527–542.
36. Ames BN (2006) Low micronutrient intake may accelerate the degenerative diseases of aging through allocation of scarce micronutrients by triage. *Proc Natl Acad Sci U S A* 103:17589–17594.
37. Höhn A, Weber D, Jung T, et al (2017) Happily (n)ever after: Aging in the context of oxidative stress, proteostasis loss and cellular senescence. *Redox Biol* 11:482–501.
38. Șerban CL, Sima A, Hogeia CM, et al (2019) Assessment of Nutritional Intakes in Individuals with Obesity under Medical Supervision. A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 16:3036.
39. Healthy diet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>. Accessed 17 Mar 2022

40. Gupta D, Lis CG (2010) Pretreatment serum albumin as a predictor of cancer survival: a systematic review of the epidemiological literature. *Nutr J* 9:69.
41. Nishida T, Sakakibara H (2010) Association between underweight and low lymphocyte count as an indicator of malnutrition in Japanese women. *J Womens Health* 2002 19:1377–1383.
42. Park A, Nitzke S, Kritsch K, et al (2008) Internet-based interventions have potential to affect short-term mediators and indicators of dietary behavior of young adults. *J Nutr Educ Behav* 40:288–297.
43. Serban CL, Putnoky S, Ek A, et al (2021) Making Childhood Obesity a Priority: A Qualitative Study of Healthcare Professionals' Perspectives on Facilitating Communication and Improving Treatment. *Front Public Health* 9:652491.
44. Wills J (2014) *Fundamentals of Health Promotion for Nurses*. John Wiley & Sons
45. Popkin BM, D'Anci KE, Rosenberg IH (2010) Water, hydration, and health. *Nutr Rev* 68:439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2010.00304.x>

# IMPORTANȚA ACTIVITĂȚII FIZICE ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

---

*Costela-Lăcrimioara Șerban*

### **Obiective educaționale:**

*La sfârșitul acestui capitol, studenții vor fi capabili:*

- *Să enumere beneficiile și riscurile activității fizice.*
- *Să descrie strategii pentru a dezvolta un stil de viață activ din punct de vedere fizic pe parcursul vieții.*
- *Să descrie aplicarea teoriilor și modelelor pentru promovarea activității fizice.*
- *Să descrie relația dintre mediile construite și stilurile de viață active în comunități.*

Activitatea fizică este definită ca orice mișcare a corpului produsă de mușchii scheletici care are ca rezultat cheltuirea de energie și include activități profesionale, de timp liber și activități zilnice de rutină. Activitățile fizice ca parte a stilului de viață sunt cele desfășurate în cursul vieții de zi cu zi, care contribuie la cheltuirea de energie, cum ar fi urcatul scărilor în loc de a urca cu liftul. Exercițiul este repetitiv și are ca scop îmbunătățirea sau menținerea condiției fizice sau a sănătății.

Condiția fizică este o măsură a capacității unei persoane de a efectua activități fizice care necesită rezistență, forță sau flexibilitate și este determinată de o combinație de rezistență cardio-respiratorie (putere aerobică), flexibilitate, echilibru și compoziția corpului.

Menținerea activității fizice regulate depinde de motivația personală și socială din mediul de zi cu zi. Familia, colegii și comunitatea joacă un rol puternic în încurajarea stilurilor de viață active. Mulți indivizi se bazează pe mediul școlar sau de lucru pentru a crea programe care să îi ajute să își atingă obiectivele de activitate fizică. Alții parcurg perioade de activitate și inactivitate, fără a-și stabili niciodată tipare regulate de activitate fizică.

Obezitatea este acum una dintre cele mai grave și răspândite probleme de sănătate. Creșterea alarmantă a prevalenței excesului de greutate și a obezității în rândul copiilor, adolescenților și adulților este considerată a fi datorată influențelor genetice, locurilor de muncă cu stres ridicat, influențelor mediului și, în primul rând, comportamentelor legate de dietă și activitate fizică [1, 2]. În ciuda dovezilor că inactivitatea fizică este legată de creșterea în greutate, o proporție semnificativă a populației rămâne sedentară. Dacă la nivelul Europei, agenția Eurostat [3]

raportează că aproximativ 30% dintre europeni exersează cel puțin două ore și jumătate pe săptămână, pentru România, statisticile sunt îngrijorătoare: sub 10% dintre adulți ating pragul recomandat de activitate fizică săptămânală. Pentru adolescenții de 15 ani, doar 15,6% dintre băieți și 6,9% dintre fete îndeplinesc 60 de minute de activitate fizică zilnică [4].

## **Beneficiile și riscurile activității fizice**

Activitatea fizică regulată contribuie atât la stabilitatea fiziologică, cât și la funcționarea la nivel înalt și ajută persoanele să își actualizeze potențialul de performanță fizică. Cercetările au demonstrat beneficiile pentru sănătate ale participării la activități fizice regulate.

Beneficiile pentru sănătate ale activității fizice pot fi observate la toate vârstele și toate grupurile etnice și rasiale. Dovezile științifice documentează rolul activității fizice în:

- reducerea riscului de deces prematur,
- gestionarea problemelor cronice de sănătate,
- îmbunătățirea sănătății cardiorespiratorii și metabolice,
- scăderea riscurilor de supraponderalitate și obezitate și
- menținerea sănătății oaselor, articulațiilor și mușchilor.

În plus, activitatea fizică regulată îmbunătățește sau menține funcția fizică, scade riscul de cancer de colon și de sân și scade riscul de depresie și declinul cognitiv. Rezultatele pozitive suplimentare asociate cu activitatea fizică sunt îmbunătățirea culorii pielii, vitalitatea și sentimentul de bine.

Milioane de indivizi, la nivel mondial sunt expuși riscului pentru o gamă largă de probleme comune de sănătate mintală care ar putea fi prevenite sau modificate prin stiluri de viață active. Activitatea fizică regulată poate îmbunătăți sănătatea mintală, crește capacitatea cuiva de a face mai bine sarcinile de zi cu zi și poate servi ca tratament adjuvant în tulburările de sănătate mintală [5].

În rândul copiilor și adolescenților, exercițiile fizice sunt necesare pentru dezvoltarea normală a scheletului și atingerea maximului de masă osoasă. Activitatea fizică regulată crește puterea și agilitatea la toate grupele de vârstă, previne căderile în rândul vârstnicilor și crește independența acestora în activitățile de zi cu zi la adulții în vârstă și persoanele cu dizabilități. Activitatea fizică menține și îmbunătățește calitatea vieții pentru toate grupele de vârstă [6].

Activitatea fizică de intensitate moderată este asociată cu un risc foarte scăzut de evenimente adverse. O abordare prea agresivă a activității fizice poate exacerba patologii existente și poate expune indivizii, în special adulții în vârstă, riscului de a avea efecte nefavorabile. Dacă o persoană are o afecțiune cardiacă nediagnosticată și este în mod obișnuit sedentar, activitatea fizică intensă poate crea aritmii sau poate precipita un stop cardiac sau un infarct miocardic, deși evenimentele adverse nu sunt frecvente. Persoanele cu vârsta peste 50 de ani sau cu o boală

cronică existentă, cum ar fi obezitatea sau bolile cardiovasculare, trebuie evaluate medical înainte de a începe activitatea fizică regulată. Persoanele cu boli cardiovasculare sau alte afecțiuni cronice trebuie avertizate să evite activitatea la niveluri care sunt insuportabile din punct de vedere fiziologic sau care au ca rezultat apariția unor simptome nefavorabile. Recomandările pentru evaluarea înainte de exercițiu la adulții în vârstă cu boală cardiovasculară cronică diagnosticată includ un test de stres la efort și eliminarea programelor de exerciții aerobice [7, 8].

Suprastresarea mușchilor și articulațiilor poate duce la dureri musculare și dureri articulare. Riscul de leziuni musculo-scheletice crește odată cu cantitatea totală de activitate fizică. Se recomandă un program de creștere treptată a activității fizice, cu accent pe activitatea moderată pentru adulții în vârstă. Beneficiile activității fizice adecvate depășesc cu mult riscurile potențiale [7, 8].

## **Prescrierea activității fizice pentru a obține beneficii pentru sănătate**

Pentru a obține beneficii pentru sănătate sunt esențiale atingerea unor niveluri medii și ridicate de activitate fizică regulată. Activitățile de bază sunt activitățile cu intensitate ușoară din viața de zi cu zi, cum ar fi urcatul scărilor, statul în picioare sau transportul de obiecte ușoare. Persoanele care fac doar activitate de bază sunt considerate inactive. Activitatea fizică care îmbunătățește sănătatea este o activitate care produce beneficii pentru sănătate.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății sunt descrise patru niveluri de activitate fizică pentru adulți: inactiv, nivel scăzut, mediu și ridicat. **Nivelurile scăzute de activitate fizică** înseamnă o activitate mai redusă decât 150 de minute pe săptămână. **Activitatea fizică medie** se referă la un interval de 150-300 de minute de activitate fizică de intensitate moderată pe săptămână sau 75-150 de minute de activitate fizică de intensitate viguroasă pentru a obține beneficii substanțiale. **Un nivel ridicat de activitate fizică** este definit ca mai mult de 300 de minute de activitate de intensitate moderată pe săptămână [9].

Pentru copiii și tinerii din această grupă de vârstă, activitatea fizică include joacă, jocuri, sport, transport, recreere, educație fizică sau exerciții fizice planificate, în contextul activităților familiale, școlare și comunitare. Pentru a îmbunătăți fitnessul cardiorespirator și muscular, sănătatea oaselor, biomarkerii sănătății cardiovasculare și metabolice și reducerea simptomelor de anxietate și depresie, sunt formulate recomandări, în funcție de vârstă.

**Sugarii cu vârsta mai mică de 1 an** ar trebui să fie activi fizic de mai multe ori pe zi într-o varietate de moduri, în special prin jocul interactiv pe podea, cât mai îndelungat posibil. Pentru cei care nu sunt încă mobili, recomandările includ cel puțin 30 de minute în pronație (așezați pe burtă), pe parcursul zilei, în timp ce sunt treji. Pentru acest grup, recomandările sunt să nu petreacă mai mult de 1 oră o dată în cărucioare, scaune pentru masă sau purtați într-un marsupiu. Expunerea la dispozitive cu ecran la cei sub 1 an nu este recomandată. În perioadele de sedentarism, este încurajată expunerea la lectură și conversații corespunzătoare nivelului lor de

înțelegere. Durata recomandată a somnului de noapte, cumulat cu somnul de peste zi ar trebui să fie 14-17h la 0-3 luni, 12-16h la 4-11 luni.

Într-o zi de 24 de ore, **copiii cu vârsta de 1-2 ani** ar trebui să petreacă cel puțin 180 de minute într-o varietate de tipuri de activități fizice de orice intensitate, inclusiv activitate fizică de intensitate moderată până la viguroasă, răspândită pe parcursul zilei și cât mai îndelungat posibil. La fel ca și la grupa de vârstă anterioară, să nu fie reținuți mai mult de 1 oră odată în cărucioare, scaune pentru masă sau purtați într-un marsupiu sau să stea pe perioade lungi de timp. Pentru copiii de 1 an, timpul petrecut sedentar în fața ecranului precum vizionarea la televizor sau pe tabletă/telefon mobil și jocurile pe computer nu sunt recomandate. Pentru cei cu vârsta de 2 ani, timpul petrecut sedentar în fața ecranului nu trebuie să fie mai mare de 1 oră, dar cu cât mai puțin cu atât mai bine. În perioadele de sedentarism este încurajată angajarea în lectură și conversație. Această grupă de vârstă are nevoie de 11-14 ore de somn de bună calitate, ce include somnul de noapte și somnul de zi, cu ore regulate de somn și trezire.

La **copiii cu vârsta de 3-4 ani** recomandările includ petrecerea a cel puțin 180 de minute într-o varietate de tipuri de activități fizice de orice intensitate, dintre care cel puțin 60 de minute este activitate fizică de intensitate moderată până la viguroasă, răspândită pe parcursul zilei, cât mai mult posibil. Durata de imobilizare în cărucioare sau de sedentarism ar trebui să nu depășească o oră per ocazie. În perioadele de sedentarism este încurajată implicarea în citire și conversație. Copiii au nevoie de 10-13 ore de somn de bună calitate, care poate include și un somn pe parcursul zilei, cu ore regulate de somn și de trezire.

**Copiii și tinerii cu vârsta cuprinsă între 5 și 17 ani** ar trebui să acumuleze zilnic cel puțin 60 de minute de activitate fizică de intensitate moderată până la viguroasă. Activitatea fizică în cantități mai mari de 60 de minute pe zi va oferi beneficii suplimentare pentru sănătate. Majoritatea activității fizice zilnice ar trebui să fie aerobă. Ar trebui incluse activități de intensitate viguroasă, inclusiv cele care întăresc mușchii și oasele, de cel puțin 3 ori pe săptămână.

Pentru **adultii cu vârsta între 18 și 64 de ani**, activitatea fizică include activitatea fizică recreativă sau în timpul liber, deplasarea, activitatea fizică ocupațională, treburile casnice, jocul, jocurile, sporturile sau exercițiile planificate, în contextul activităților zilnice, familiale și activităților comunitare. Pentru a îmbunătăți fitnessul cardiorespirator și muscular, sănătatea oaselor și pentru a reduce riscul de patologii cronice și depresie se recomandă următoarele:

- Adultii cu vârsta cuprinsă între 18 și 64 de ani ar trebui să facă cel puțin 150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate moderată pe parcursul săptămânii sau să facă cel puțin 75 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate viguroasă pe parcursul săptămânii sau o combinație echivalentă de activitate fizică de intensitate moderată și viguroasă.
- Activitatea aerobă trebuie efectuată în perioade de cel puțin 10 minute.
- Pentru beneficii suplimentare pentru sănătate, adulții ar trebui să își mărească activitatea fizică aerobă de intensitate moderată la 300 de minute pe săptămână sau să

se angajeze în 150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate viguroasă pe săptămână sau o combinație echivalentă de activitate de intensitate moderată și viguroasă.

- Activitățile de întărire musculară ar trebui să fie efectuate implicând grupuri musculare majore în 2 sau mai multe zile pe săptămână.

Pentru **adulții cu vârsta de peste 65 de ani**, recomandările sunt similare ca și pentru adulții mai tineri. Adulții din această grupă de vârstă cu mobilitate redusă ar trebui să facă activitate fizică pentru a-și îmbunătăți echilibrul și a preveni căderile în 3 sau mai multe zile pe săptămână. Atunci când adulții din această grupă de vârstă nu pot face cantitățile recomandate de activitate fizică din cauza patologiilor existente, ei ar trebui să fie atât de activi fizic pe cât le permit abilitățile și patologiile lor [10].

**Persoanele care trăiesc cu afecțiuni cronice** (hipertensiune arterială, diabet zaharat de tip 2, supraviețuitori HIV și cancer) ar trebui să facă cel puțin 150-300 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate moderată sau cel puțin 75–150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate viguroasă sau o combinație echivalentă de activitate de intensitate moderată și viguroasă pe parcursul săptămânii

Se recomandă activitățile de întărire a mușchilor la intensitate moderată sau mai mare care implică toate grupele musculare majore în 2 sau mai multe zile pe săptămână, deoarece acestea oferă beneficii suplimentare pentru sănătate. Ca parte a activității lor fizice săptămânale, ar trebui să facă o activitate fizică variată cu mai multe componente, care să pună accent pe echilibrul funcțional și antrenamentul de forță la intensitate moderată sau mai mare, în 3 sau mai multe zile pe săptămână, pentru a spori capacitatea funcțională și pentru a preveni căderile. Pentru beneficii suplimentare pentru sănătate se recomandă depășirea timpului maxim recomandat. Timpul sedentar ar trebui limitat și înlocuit cu activitate fizică de orice intensitate, pentru a oferi beneficii pentru sănătate.

**Copiii și adolescenții care trăiesc cu dizabilități** ar trebui să facă cel puțin o medie de 60 de minute pe zi de activitate fizică de intensitate moderată până la viguroasă, în principal activitate fizică aerobă, pe parcursul săptămânii. Programul lor fizic ar trebui să includă activități aerobe de intensitate viguroasă, precum și cele care întăresc mușchii și oasele, cel puțin 3 zile pe săptămână. Timpul petrecut ca sedentar, în special timpul petrecut pe ecran ar trebui limitat.

**Adulții care trăiesc cu dizabilități** ar trebui să facă cel puțin 150-300 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate moderată sau cel puțin 75–150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate viguroasă sau o combinație echivalentă de activitate de intensitate moderată și viguroasă pe parcursul săptămânii. Ei ar trebui să participe la activități de întărire a mușchilor la intensitate moderată sau mai mare care implică toate grupele musculare majore în 2 sau mai multe zile pe săptămână, deoarece acestea oferă beneficii suplimentare pentru sănătate.



## **Promovarea activității fizice de-a lungul vieții**

Interesul față de modelele de activitate fizică pe durata vieții a fost sporit de conștientizarea faptului că mulți factori de risc pentru bolile cardiovasculare, inclusiv obezitatea, hipertensiunea arterială și colesterolul crescut, sunt prezenți în copilăria timpurie. O serie de factori de risc precum valorile crescute ale colesterolului, fumatul, hipertensiunea arterială și inactivitatea sunt recunoscuți ca factori de risc majori modificabili pentru bolile coronariene. Dintre aceștia, inactivitatea fizică este cel mai răspândit factor de risc pe toată durata vieții. În ciuda dovezilor pentru beneficiile pentru sănătate, o proporție semnificativă din populație nu este suficient de activă pentru a obține beneficiile pentru sănătatea fizică și mentală ale activității fizice.

Tiparele de activitate fizică care încep devreme în viață sunt susceptibile să persiste în timp, de-a lungul vieții. Deși această prezumție nu a fost dovedită sau infirmată, modele pozitive de activitate fizică la începutul vieții sunt mai ușor de dezvoltat, mai degrabă decât să se încerce schimbarea comportamentelor nesănătoase, odată ce obiceiurile au fost stabilite [11]. Stilul de viață oferă flexibilitate pentru creșterea consumului de energie prin modificarea tiparelor activităților zilnice, cum ar fi mersul pe jos la serviciu sau la școală, urcarea scărilor și mersul pe jos în timpul prânzului sau după școală sau serviciu.

### ***Copii și adolescenți***

Activitatea fizică regulată are multe beneficii imediate și pe termen lung pentru sănătatea copiilor și adolescenților. Îmbunătățește fitness-ul cardiovascular, crește masa osoasă și îmbunătățește bunăstarea mentală. De asemenea, este asociat cu o prevalență mai redusă a obezității, hipertensiunii arteriale și fumatului, prevenind dezvoltarea bolilor cardiovasculare, diabetului și a altor boli cronice la vârsta adultă [12]. Cu toate acestea, un număr semnificativ de copii și adolescenți nu participă la nivelul de activitate regulat necesar pentru a obține beneficii pentru sănătate. În plus, creșterea obezității la copii și adolescenți este alarmantă. În ultimii 30 de ani, prevalența obezității s-a dublat în rândul copiilor și s-a triplat la adolescenți [13]. Numărul mare de copii și adolescenți obezi de la toate nivelurile socioeconomice justifică strategii pentru schimbarea stilului de viață. Dovezile arată în mod constant că doar aproximativ o treime dintre adolescenții de liceu și aproximativ două treimi dintre copiii cu vârsta între 9 și 13 ani realizează cantitatea recomandată de activitate fizică zilnică.

Scopul pe termen lung al cercetării activității fizice în rândul tinerilor este de a concepe intervenții adecvate vârstei, sexului și mediului cultural pentru a promova activitatea fizică pe tot parcursul vieții. Schimbările pubertale ca și debutul menarhei și schimbarea tiparelor de distribuție a grăsimii corporale și tranzițiile sociale precum trecerea de la școala elementară la gimnaziu și apoi la liceu corespund schimbărilor în participarea la sport și tiparele de activitate fizică. Sunt necesare studii longitudinale pentru a identifica modelele de activitate în schimbare

și pentru a proiecta strategii de succes pentru a promova activitatea fizică în copilărie și adolescență [14].

Copiii și adolescenții ar trebui să participe la activități de intensitate viguroasă cel puțin trei zile pe săptămână. Sunt importante trei tipuri de activități: activități aerobe, de întărire a mușchilor și de întărire a oaselor. Activitățile aerobe măresc fitnessul cardiorespirator și includ activități precum alergatul, săritul, săritul cu coarda, înotul, dansul și mersul cu bicicleta.

Activitățile de întărire a mușchilor din această grupă de vârstă sunt de obicei nestructurate, cum ar fi cățărutul pe echipamentul de joacă. Activitățile structurate de întărire a mușchilor pentru adolescenți pot include ridicarea greutăților. Activitățile care promovează creșterea și forța oaselor includ alergatul, baschetul, șotronul și săritul cu coarda. Adolescenții au mai multe șanse să se implice în programe structurate sau să facă sporturi care oferă beneficii aerobice.

Activitatea fizică ar trebui să fie adecvată vârstei și plăcută și ar trebui să includă o varietate de activități. Copiii sedentari și obezi pot avea dificultăți în efectuarea activității fizice timp de 60 de minute, așa că se recomandă ca exercițiile să înceapă treptat și să crească cu 10% pe săptămână până la atingerea timpului recomandat [15]. Activitățile adecvate dezvoltării sunt cele care sunt potrivite pentru dezvoltarea fizică și cognitivă a copilului. Ar trebui oferite o serie de activități necompetitive și competitive, adecvate vârstei și abilităților. Intervențiile ar trebui să vizeze și reducerea comportamentului sedentar, cum ar fi limitarea timpului petrecut în fața ecranelor la două ore pe zi. O revizuire a studiilor care utilizează pedometrele pentru a promova activitatea fizică la tineri indică faptul că pedometrele pot fi utilizate cu succes pentru a promova activitatea fizică la preadolescenți și adolescenți atunci când sunt utilizate pentru auto-monitorizare [16, 17].

### ***Implicarea familiei***

Activitățile fizice în care este implicată familia sunt importante în promovarea unui stil de viață sănătos la copii și adolescenți. Stilul de viață al părinților influențează riscul adolescenților de a dezvolta un stil de viață activ sau inactiv ca adulți tineri [18]. Obezitatea parentală expune adolescenții de ambele sexe la un risc mai mare de a fi supraponderali ca adulți. Părinții influențează comportamentul fizic al copiilor lor în calitate de modele de urmat, fiind implicați direct în activități cu copiii lor, oferind încurajare și sprijin și oferind oportunități și resurse pentru a-i implica în sporturi și programe recreative [19].

Programele bazate pe familie încurajează părinții să-și schimbe comportamentele și să fie activi cu copiii lor în experiențe de construire a relațiilor. De exemplu, ieșirile împreună cu familia cu bicicleta în weekend și activitățile aerobice sau recreative părinți-copil creează oportunități pentru părinți de a fi modele pentru un stil de viață activ.

Sprijinul părinților este de asemenea necesar pentru a determina copiii să meargă pe jos sau cu bicicleta la școală. Deși mediul fizic este important în decizia de a merge pe jos sau cu bicicleta la școală, cercetările indică faptul că sprijinul părinților este asociat cu creșterea activității fizice, în special în rândul copiilor mai mici [20]. Copilăria și adolescența sunt perioade ideale pe durata vieții pentru a cultiva o activitate fizică regulată care poate aduce beneficii pozitive pentru sănătate pe tot parcursul vieții. Implicarea familiei favorizează obiceiurile sănătoase atât ale părinților, cât și ale copiilor. Restricționarea timpului petrecut în fața ecranelor încurajează activitatea fizică în rândul tuturor membrilor familiei.

### ***Implicarea școlii***

Școlile joacă un rol major în promovarea implicării copiilor în activități recreative de care se pot bucura toată viața. Prin promovarea zilnică a activității fizice, prin explicarea valorii personale a activității regulate și prin încurajarea implicării continue în activități moderate și viguroase atât la școală, cât și acasă, școlile contribuie la obiectivul unei generații „active”. Școlile sunt un cadru ideal deoarece au contact intens și continuu cu majoritatea copiilor cu vârste cuprinse între 6 și 16 ani. În aproape toate școlile sunt prezente facilități adecvate precum săli de sport, echipament sportiv și terenuri de sport pentru promovarea activității fizice [21].

Activitatea fizică poate fi promovată în pauze sau după școală. Rezultatele unei meta-analize care a inclus 14 studii pentru promovarea activității fizice indică faptul că programele după școală pot îmbunătăți nivelul de activitate fizică [22]. Într-o recenzie a studiilor care evaluează eficacitatea programelor de creștere a activității fizice în școli, rezultatele indică faptul că toate au crescut nivelul de activitate [23]. Programele de la școală sunt eficiente în creșterea nivelului de activitate fizică, a aptitudinii fizice, a capacității aerobice și a timpului petrecut în activități moderate până la viguroase.

### ***Adulții și adulții vârstnici***

Bolile cardiovasculare, diabetul de tip 2 și cancerul sunt principalele cauze de îmbolnăvire, dizabilități și deces, reprezentând totodată și cele mai costisitoare patologii, care însă pot fi prevenite. La nivel global, bolile cronice reprezintă 70% din toate decesele și o treime din anii de viață potențial pierduți înainte de vârsta de 65 de ani. S-a demonstrat în mod constant că inactivitatea fizică este asociată cu riscul de a dezvolta boli cronice majore. Se acordă atenție faptului că timpul cu activități fizice sedentare, reprezentat de timpul în fața ecranului petrecut acasă și la serviciu, timpul de transport pasiv și vizionarea sporturilor poate reprezenta majoritatea orelor de veghe ale unui adult. Adulții care îndeplinesc recomandarea de 30 de minute de activitate fizică în majoritatea zilelor săptămânii, dar sunt sedentari în orele rămase, riscă consecințe negative grave asupra sănătății. Recomandarea de activitate fizică de 30 de

minute nu este probabil protectivă pentru cei care petrec o perioadă mare de timp în comportamente sedentare [24].

S-a descoperit că timpul petrecut la televizor, dar nu și timpul pentru citit și pe calculator, este asociat cu creșterea factorilor de risc cardiovascular la o populație mare de adulți [25]. Activitatea fizică regulată previne sau reduce riscul de boli cardiovasculare și îmbunătățește calitatea vieții la adulți și adulții în vârstă. Activitatea fizică la adulții în vârstă protejează împotriva pierderii mobilității și crește independența funcțională prin îmbunătățirea masei musculare, creșterea densității osoase și fitness cardiovascular [26]. Teoria cognitiv- socială, modelul transteoretic, teoria comportamentului planificat, modelul de credință în sănătate și modelul de promovare a sănătății au fost toate utilizate cu succes limitat, împreună cu teoria suportului social, interviurile motivaționale și teoria de prevenire a recăderilor. Aceste modele teoretice s-au concentrat pe influențele cognitive, afective și sociale asupra indivizilor și, deși au avut succes, variabilitatea explicată a rămas scăzută.

Cercetătorii, practicienii și factorii de decizie politică văd importanța factorilor suplimentari din mediul social și fizic care influențează, de asemenea, comportamentele stilului de viață și implementează noi abordări, cum ar fi *teoria socio-ecologică*, pentru a ghida intervențiile de promovare a sănătății și inițiativele politice. Modelele *socio-ecologice* includ abordări intrapersonale, interpersonale și de mediu care sunt interdependente în efectele lor asupra comportamentelor stilului de viață. Aceste modele oferă o probabilitate mai mare de succes, deoarece abordează activitatea fizică din perspectiva individului și includ forțele sociale și fizice care operează în mediul care influențează și comportamentele de sănătate.

Mai multe modele individuale, cum ar fi modelul de promovare a sănătății și modelul de credință în sănătate, includ concepte precum bariere, condiții de facilitare și factori contextuali. Aceste concepte ar trebui luate în considerare într-un mod mai larg ținând cont de factorii de mediu și interacțiunea lor cu conceptele individuale din modele. Modelele socio-ecologice și alte modele de mediu care explică interacțiunile comportamentului individual și mediului sunt importante pentru a ghida cercetarea și politica.

## **Intervenții în comunitate pentru promovarea activității fizice**

Intervențiile în comunitate pentru promovarea activității fizice au loc în școli, locuri de muncă, biserici și alte organizații comunitare, iar acestea ajung la un grup mai mare de indivizi decât intervențiile individuale. Intervențiile la nivel comunitar se concentrează asupra întregii populații prin campanii mass-media sau prin schimbarea mediului fizic sau construit. Recent, termenul *întreaga comunitate* a fost folosit pentru a descrie intervențiile comunitare care se bazează pe abordări social-ecologice. Intervențiile în întreaga comunitate utilizează planificarea participativă pentru a dezvolta strategii de intervenție la nivel individual, social, de mediu și legislativ [27]. Deși factorii individuali, cum ar fi motivația, sunt importanți, este bine documentat că

intervențiile comunitare necesită mai multe componente de intervenție, care includ mass-media, activități comunitare pentru a îmbunătăți rețelele sociale și sprijinul social, implicarea membrilor comunității, planificarea participativă și parteneriatele comunitare.

Abordările întregii comunități includ:

- marketingul social prin mass-media locală,
- strategii comunitare de sensibilizare,
- consiliere individuală,
- implicarea organizațiilor non-profit și a agențiilor neguvernamentale,
- abordarea anumitor locații specifice, cum ar fi locurile de muncă și școli și
- strategii de schimbare a mediului [27].

Ghidul serviciilor comunitare de prevenire [23] recomandă cinci componente bazate pe dovezi care ar trebui adaptate nevoilor individuale ale comunității:

- campanii media la nivel comunitar
- educație fizică școlară
- intervenții individuale de schimbare a comportamentului adaptat
- intervenții de sprijin social
- acces sporit la locuri pentru activitate fizică

Campaniile media ar trebui să utilizeze televiziunea, ziarele, radioul și alte mijloace media, după caz. Intervențiile de sprijin social includ organizarea unui sistem de prieteni, grupuri de mers pe jos sau activități fizice comunitare, cum ar fi dansurile. Intervențiile individuale bazate pe dovezi trebuie adaptate pentru un public mai mare. Intervențiile pentru creșterea accesului includ programe de lucru și asigurarea accesului la locurile de joacă și terenurile de sport din școli [23].

Intervențiile comunitare sunt complexe, necesită resurse financiare și umane și necesită timp pentru a fi implementate și evaluate. Monitorizarea și evaluarea continuă folosind mai multe surse de date este importantă. De asemenea, este esențială rentabilitatea intervențiilor comunitare. Șapte intervenții de activitate fizică au fost evaluate pentru costuri, câștiguri de sănătate și rentabilitate într-o cohortă simulată de adulți sănătoși [28]. Toate intervențiile au inclus schimbări de comportament adaptate individual, intervenții de sprijin social, activități de informare și crearea de acces la locuri pentru activitate fizică. Raportul cost-eficacitate a variat între 14.000 USD și 69.000 USD pe an de viață câștigat ajustat în funcție de calitate (QALY), în raport cu nicio intervenție. Toate intervențiile s-au dovedit a fi rentabile, cu câștiguri în supraviețuire și calitatea vieții legate de sănătate, susținând oricare dintre cele șapte programe de promovare a activității fizice.

Valoarea globală a intervențiilor de activitate fizică la nivel comunitar față de intervențiile individuale de activitate fizică continuă să ridice întrebări. O meta-analiză a rezultatelor a 385 de intervenții de activitate fizică la nivel comunitar și individual a arătat că cele mai eficiente intervenții au fost cele comportamentale față de cele cognitive, cele cu livrare față în față comparativ cu livrare mediată prin telefon sau poștă și cele care vizează indivizi în loc de

comunități [29]. Natura diversă a intervențiilor privind stilul de viață bazat pe comunitate este obstacolul major în calea comparării rezultatelor evaluărilor. Cu toate acestea, din perspectiva sănătății publice, oportunitatea de a îmbunătăți sănătatea comunității susține rentabilitatea majorității intervențiilor.

## **Schimbarea mediului construit pentru a promova activitatea fizică**

Activitatea fizică este considerată comportamentul de sănătate cel mai dependent de locație. Locațiile împiedică sau facilitează activitatea fizică pe baza prezenței sau absenței unei infrastructuri de sprijin: unele locuri sunt prietenoase pentru activitatea fizică, iar altele sunt considerate neprietenoase pentru activitatea fizică.

Mediile de activitate fizică pot fi clasificate ca un subset de medii fizice, care cuprind mediile naturale și cele construite. Mediile construite includ toate spațiile, clădirile și obiectele create sau modificate de oameni, cum ar fi case, școli, locuri de muncă, parcuri și sisteme de transport. Reglementările și politicile care guvernează mediile construite împiedică sau facilitează și activitatea fizică. Adesea sunt necesare reforme ale politicii pentru implementarea și întreținerea căilor de mers pe jos sau a parcurilor de agrement.

Într-un raport recent [30] sunt propuse strategii durabile pentru crearea și/sau îmbunătățirea accesului la zonele verzi, regândirea designului comunității și creșterea locurilor și oportunităților pentru activitate fizică, pentru a îmbunătăți mediile fizice și construite ale orașelor. Mediile construite în cartier influențează comportamentele de activitate fizică. Activitatea fizică recreativă de intensitate moderată s-a dovedit a fi mai mare în cartierele în care mersul pe jos era mai accesibil, în comparație cu cele cu accesibilitate redusă [31]. În plus, prevalența supraponderalității/obezității a fost mai mare în cartierele cu accesibilitate redusă.

Posibilitatea de mers pe jos într-un cartier se referă la capacitatea persoanelor de a merge pe jos către destinațiile din apropiere. Mersul pe jos a fost asociat cu accesul la un cartier plăcut din punct de vedere estetic, cu facilități convenabile, cartiere sigure și trafic limitat. Prezența trotuarelor este cel mai semnificativ predictor al activității fizice, iar cartierele nesigure reprezintă bariere în calea activității fizice.

Planificatorii urbani joacă un rol major în proiectarea comunităților favorabile activităților fizice, iar sectorul transporturilor joacă un rol important în construirea de căi pietonale și pentru biciclete, pentru mers pe jos la școală sau serviciu sau pentru activități de agrement. Parcurile și spațiile de recreere trebuie să fie proiectate pentru a înlesni accesul tuturor la facilitățile de agrement și la locurile de joacă.

## Mesaje cheie:

S-a dovedit că activitatea fizică regulată ajută la prevenirea și gestionarea bolilor cronice, ce includ bolile de inimă, accidentul vascular cerebral, diabetul și mai multe tipuri de cancer. De asemenea, ajută la prevenirea hipertensiunii arteriale, la menținerea greutateii corporale sănătoase și poate îmbunătăți sănătatea mintală, calitatea vieții și bunăstarea.

Activitatea fizică se referă la toate mișcărilor. Modalitățile populare de a fi activ includ mersul pe jos, mersul cu bicicleta sau alte mijloace nemotorizate cu roți, sportul, recreerea activă și jocul și pot fi făcute la orice nivel de îndemânare și pentru a bucura pe toată lumea.

Cu toate acestea, estimările globale actuale arată că unul din patru adulți și 81% dintre adolescenți nu fac suficientă activitate fizică. Pe măsură ce țările se dezvoltă din punct de vedere economic, nivelurile de inactivitate cresc și pot ajunge până la 70%, din cauza schimbării tiparelor de transport, a utilizării sporite a tehnologiei pentru muncă și recreere, a valorilor culturale și a comportamentelor sedentare în creștere.

Nivelurile crescute de inactivitate fizică au un impact negativ asupra sistemelor de sănătate, mediului, dezvoltării economice, bunăstării comunității și calității vieții.

## Bibliografie:

1. Rauner A, Mess F, Woll A (2013) The relationship between physical activity, physical fitness and overweight in adolescents: a systematic review of studies published in or after 2000. *BMC Pediatr* 13:19.
2. Sallis JF, Floyd MF, Rodríguez DA, Saelens BE (2012) The Role of Built Environments in Physical Activity, Obesity, and CVD. *Circulation* 125:729–737.
3. How much do Europeans exercise? <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170302-1>. Accessed 31 May 2022
4. Health behaviours among adolescents in Romania: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study 2018: Research report (2020). <https://www.euro.who.int/en/countries/romania/publications/health-behaviours-among-adolescents-in-romania-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study-2018-research-report-2020>. Accessed 31 May 2022
5. White RL, Babic MJ, Parker PD, et al (2017) Domain-Specific Physical Activity and Mental Health: A Meta-analysis. *Am J Prev Med* 52:653–666.
6. Rodriguez-Ayllon M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F, et al (2019) Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med Auckl NZ* 49:1383–1410.
7. Lee PG, Jackson EA, Richardson CR (2017) Exercise Prescriptions in Older Adults. *Am Fam Physician* 95:425–432
8. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, et al (2019) Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD012424.

9. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240015128>. Accessed 7 Apr 2022
10. Recommended levels of physical activity for health. In: *World Health Organ.* - Reg. Off. East. Mediterr. <http://www.emro.who.int/health-education/physical-activity/recommended-levels-of-physical-activity-for-health.html>. Accessed 7 Apr 2022
11. Cleland V, Dwyer T, Venn A (2012) Which domains of childhood physical activity predict physical activity in adulthood? A 20-year prospective tracking study. *Br J Sports Med* 46:595–602.
12. Marques A, Santos T, Martins J, et al (2018) The association between physical activity and chronic diseases in European adults. *Eur J Sport Sci* 18:140–149.
13. Nittari G, Scuri S, Petrelli F, et al (2019) Fighting obesity in children from European World Health Organization member states. Epidemiological data, medical-social aspects, and prevention programs. *Clin Ter* 170:e223–e230.
14. Chaput J-P, Willumsen J, Bull F, et al (2020) 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5-17 years: summary of the evidence. *Int J Behav Nutr Phys Act* 17:141.
15. Bennett B, Sothorn MS (2009) Diet, Exercise, Behavior: The Promise and Limits of Lifestyle Change. *Semin Pediatr Surg* 18:152–158.
16. Lubans DR, Morgan PJ, Tudor-Locke C (2009) A systematic review of studies using pedometers to promote physical activity among youth. *Prev Med* 48:307–315.
17. Creaser AV, Clemes SA, Costa S, et al (2021) The Acceptability, Feasibility, and Effectiveness of Wearable Activity Trackers for Increasing Physical Activity in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 18:6211.
18. Petersen TL, Møller LB, Brønd JC, et al (2020) Association between parent and child physical activity: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 17:67.
19. Madsen KA, McCulloch C, Crawford PB (2009) Parent Modeling: Perceptions of Parents' Physical Activity Predict Girls' Activity throughout *Adolescence*. *J Pediatr* 154:278–283.
20. Hume C, Timperio A, Salmon J, et al (2009) Walking and cycling to school: predictors of increases among children and adolescents. *Am J Prev Med* 36:195–200.
21. Trost SG, Loprinzi PD (2008) Exercise-Promoting healthy lifestyles in children and adolescents. *J Clin Lipidol* 2:162–168.
22. Beets, M. W., Beighle, A., Erwin, H. E., & Huberty, J. L. (2009). After-school program impact on physical activity and fitness: a meta-analysis. *Am J Prev Med*, 36(6), 527–537.
23. Task Force on Community Preventive Services (2005) *The Guide to Community Preventive Services: What works to promote health?* Oxford University Press, New York
24. Owen N (2012) Sedentary behavior: understanding and influencing adults' prolonged sitting time. *Prev Med* 55:535–539.
25. Nang EEK, Salim A, Wu Y, et al (2013) Television screen time, but not computer use and reading time, is associated with cardio-metabolic biomarkers in a multiethnic Asian population: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 10:70.



26. Ahn S, Smith ML, Ory MG (2012) Physicians' discussions about body weight, healthy diet, and physical activity with overweight or obese elderly patients. *J Aging Health* 24:1179–1202.
27. Mummery WK, Brown WJ (2009) Whole of community physical activity interventions: easier said than done. *Br J Sports Med* 43:39–43.
28. Roux L, Pratt M, Tengs TO, et al (2008) Cost effectiveness of community-based physical activity interventions. *Am J Prev Med* 35:578–588.
29. Conn VS, Hafdahl AR, Mehr DR (2011) Interventions to increase physical activity among healthy adults: meta-analysis of outcomes. *Am J Public Health* 101:751–758.
30. Committee on Accelerating Progress in Obesity Prevention, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, Glickman, D., Parker, L., Sim, L. J., Del Valle Cook, H., & Miller, E. A. (Eds.). (2012). *Accelerating Progress in Obesity Prevention: Solving the Weight of the Nation*. National Academies Press (US).
31. Sallis JF, Saelens BE, Frank LD, et al (2009) Neighborhood built environment and income: examining multiple health outcomes. *Soc Sci Med* 1982 68:1285–1293.

