

**UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI**

REZUMAT TEZĂ DE DOCTORAT

**IMPACTUL FACTORILOR DE RISC PERSONALI ȘI
ORGANIZAȚIONALI ASUPRA EFICIENȚEI
INTERVENȚIILOR DE EDUCAȚIE PENTRU
SĂNĂTATE LA PERSOANELE CU PATOLOGIE
CARDIOVASCULARĂ**

Conducător științific:

Prof. Univ. Dr. Ștefan SZAMOSKOZI

Doctorand:

ANGELICA BRIHAN (căs.HĂLMĂJAN)

**CLUJ-NAPOCA
2014**

CUPRINS

| | |
|--|----|
| Introducere | 2 |
| Capitolul I - Calitatea vieții – modalitate de obiectivare a aderenței la tratament | 4 |
| Capitolul II - Aderența la tratament- teorii și factori care intervin | 5 |
| 2.1. Aderența la tratament – delimitări conceptuale | 5 |
| 2.2. Teorii ale aderenței la tratament | 5 |
| 2.2.1. Teoria credințelor despre sănătate | 5 |
| 2.2.2. Teoria acțiunii raționale | 5 |
| 2.2.3. Teoria comportamentului planificat | 5 |
| 2.2.4. Teoria motivației de protecție | 5 |
| 2.2.5. Modelul HAPA | 5 |
| 2.3. Factori de risc care influențează aderența la tratament în patologia cardiovasculară | 6 |
| 2.3.1. Factori de risc personali | 6 |
| 2.3.1.1. Complexitatea tratamentului | 6 |
| 2.3.1.2. Variabilele socio-demografice | 7 |
| 2.3.1.3. Locusul controlului și autoeficacitatea | 7 |
| 2.3.1.4. Suportul social | 8 |
| 2.3.1.5. Relația medic–pacient în aderența la tratament | 9 |
| 2.3.2. Factori de risc organizaționali | 9 |
| 2.3.2.1. Stresul la locul de muncă | 9 |
| 2.3.2.2. Modele ale stresului muncii implicate în patologia cardiovasculară | 9 |
| 2.3.2.2.1. Modelul stresului muncii | 9 |
| 2.3.2.2.2. Modelul efort – recompensă | 9 |
| 2.3.2.3. Dezechilibrul efort-recompensă și riscul apariției patologiei cardiovasculare | 10 |
| CAPITOLUL III Educația pentru sănătate în patologia cardiovasculară | 10 |
| 3.1. Educația pentru sănătate în vederea adoptării unui stil de alimentație adecvat hipertensiunii. Eficiența intervenției- studii actuale. | 10 |
| 3.2. Educația pentru sănătate în vederea adoptării unui stil de viață activ Eficiența intervenției -studii actuale. | 10 |
| 3.3. Educația pentru sănătate în vederea renunțării la fumat la persoanele cu patologie cardiovasculară. Eficacitatea intervențiilor psihologice –studii actuale | 11 |
| 3.4. Modele ale adicției tabagice | 12 |
| 3.4.1. Modelul psihanalitic | 12 |
| 3.4.2. Modelul biologic | 12 |
| 3.4.3. Modelul sensibilizare-homeostazie | 12 |
| 3.4.4. Modelul interacționist | 12 |
| 3.4.5. Modelul comportamentalist | 12 |
| 3.4.6. Modelul cognitiv-comportamental | 12 |
| 3.4.7. Modelul influenței sociale | 12 |
| 3.4.8. Modelul dezvoltării comportamentului adictiv | 12 |
| 3.4.9. Modelul factorilor de risc și de protecție | 12 |
| 3.5. Tipuri de intervenție pentru îmbunătățirea aderenței la tratament în patologia cardiovasculară | 14 |
| CAPITOLUL IV Adaptarea în limba română a scalei dezechilibrului efort-recompensă- ERI-Siegrist | 17 |
| 4.1. Prezentarea scalei | 17 |
| 4.2. Administrarea | 17 |
| 4.3. Cotarea răspunsurilor | 17 |
| 4.4. Studiul de validare în limba română | 17 |

| | |
|--|----|
| CAPITOLUL V Factori de risc individuali și organizaționali în hipertensiune | 18 |
| 5.1. Introducere | 18 |
| 5.2. Obiectivele cercetării | 18 |
| 5.3. Ipoteze și design | 18 |
| 5.4. Metoda | 20 |
| 5.4.1. Participanți | 20 |
| 5.4.2. Probe administrate | 20 |
| 5.4.3. Procedura | 21 |
| 5.5. Rezultate | 21 |
| 5.6. Discuții | 22 |
| 5.7. Limite | 24 |
| CAPITOLUL VI Impactul programelor de educație pentru sănătate asupra calității vieții la pacienții hipertensivi | 23 |
| 6.1. Introducere | 23 |
| 6.2. Obiectivele cercetării | 24 |
| 6.3. Ipoteze și design | 24 |
| 6.4. Metoda | 24 |
| 6.4.1. Participanți | 24 |
| 6.4.2. Probe administrate | 25 |
| 6.4.3. Procedura | 25 |
| 6.5. Rezultate | 26 |
| 6.6. Discuții | 28 |
| 6.7. Limite | 33 |
| CAPITOLUL VII Eficacitatea intervențiilor psihologice în renunțarea la fumat a persoanelor hipertensive -factori moderatori | 33 |
| 7.1. Introducere | 33 |
| 7.2. Obiectivele cercetării | 34 |
| 7.3. Ipoteze și design | 34 |
| 7.4. Metoda | 35 |
| 7.4.1. Participanți | 35 |
| 7.4.2. Probe administrate | 35 |
| 7.4.3. Procedura | 35 |
| 7.5. Rezultate | 36 |
| 7.6. Discuții | 36 |
| 7.7. Limite | 38 |
| CAPITOLUL VIII Concluzii, contribuții și direcții viitoare | 38 |
| Bibliografie | 41 |

INTRODUCERE

Conform unor statistici realizate în 2012 de Fundația Română a Inimii, țara noastră se situează pe locul trei în lume în ceea ce privește procentul de decese cauzate de boli cardiovasculare, 1 din 3 români murind din aceasta cauză.

Hipertensiunea arterială este cel mai răspândit factor de risc cardiovascular și datorită neasocierii sale cu o durere acută ea trece de cele mai multe ori neobservată fiind „subapreciată”.

Conform datelor publicate în urma celui mai mare studiu de evaluare a prevalenței hipertensiunii arteriale în România SEPHAR II (Dorobanțu, Darabont, Ghiorghe, Babeș, Pop, Toma, Vasilecu, Dobreanu, Tăut 2012), 40,4% din populația generală este hipertensivă dar procentul celor cunoscuți este de doar 28,1%, ceea ce ne arată că peste 12% din populația țării suferă de acest flagel fără a cunoaște acest lucru.

HTA stă la baza a 50% din bolile cardiovasculare și este una din cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate. Dacă în cazul altor boli apelul la tratamente este relativ scurt nu aceeași este situația și în cazul hipertensiunii. Aceasta, odată instalată necesită medicație și o atenție continuă pe tot restul vieții. Hipertensiunea arterială are de cele mai multe ori o etiologie necunoscută în care se asociază factori de risc incontrollabili, cum este ereditatea, cu factori de risc modificabili cum sunt consumul crescut de sare, stresul psihic și fizic, fumatul, excesele alimentare, în special dacă se asociază cu exces ponderal, lipsa exercițiului fizic regulat-sedentarismul și consumul exagerat de alcool. Obiectivul major al acestui studiu este de a vedea în ce măsură – prin programe de educație pentru sănătate specifice putem reduce impactul negativ al acestor factori asupra sănătății persoanei și de a evidenția impactul altor factori de risc ce țin de particularitățile mediului socio-economic și ale mediului organizațional.

Pornind de la aceste premise lucrarea de față, își propune să identifice factorii de risc individuali și organizaționali precum și impactul acestora în recuperarea persoanei hipertensive

Primul capitol al lucrării se axează pe calitatea vieții, ca modalitate de obiectivare a stării de bine a pacienților hipertensivi, trecând totodată în revistă modalitățile de evaluare a acesteia, pe baza unei meta-analize calitative a studiilor din literatura de specialitate .

În prima parte a celui de al doilea capitol sunt prezentate teoriile aderenței la tratament realizându-se o trecere în revistă a principalelor teorii care vizează aderența la tratament fiind prezentate: teoria credințelor despre sănătate, teoria acțiunii raționale, teoria comportamentului planificat, teoria motivației de protecție și modelul HAPA – model care stă la baza studiilor 3 și parțial 4. În partea a doua a capitolului doi sunt trecuți în revistă factorii de risc care influențează aderența la tratament în patologia cardiovasculară care sunt împărțiți la rândul lor în factori de risc personali cu accent pe suportul social oferit pacientului, autoeficacitatea, complexitatea diagnosticului, variabile socio-economice și relația medic pacient dar și factori de risc organizaționali cu accent în special pe stresul la locul de muncă și cele două modele ale stresului muncii implicate în patologia cardio-vasculară modelul efortului muncii Karasek și modelul efort-recompensă Siegrist. Acest ultim model a fost dezvoltat special pentru studiul impactului stresului organizațional în patologia cardiovasculară și a fost validat deja de numeroase studii efectuate pe pacienți hipertensivi și cu patologie cardiovasculară.

Educația pentru sănătate la persoanele cu patologie cardiovasculară și în principal hipertensive este studiată în cadrul celui de al treilea capitol teoretic trecându-se în revistă principalele tipuri de intervenție pentru îmbunătățirea aderenței la tratament și aici ne referim nu doar la tratamentele medicamentoase ci în special la intervențiile care vizează modificarea stilului de viață considerat a fi un factor cu impact major în evoluția hipertensiunii. Accentul se pune pe educația pentru un comportament alimentar adecvat patologiei hipertensive prin reducerea aportului de sare și grăsimi saturate în favoarea celor nesaturate, adoptarea unui stil

de gătit protectiv pentru sănătate și a unei diete echilibrate care să reducă riscul supraponderalității și a obezității prin creșterea aportului de fructe și legume în alimentația persoanei. De asemenea este analizată importanța derulării unor programe de educație pentru un stil de viață activ în care să existe o activitate fizică de intensitate moderată minim 30 minute în cadrul fiecărei zile. Educația pentru o alimentație sănătoasă și un stil de viață activ au constituit obiective pentru programul de educație pentru sănătate dezvoltat și implementat în studiul trei. Un alt factor analizat și considerat de impact major pentru pacientul hipertensiv este fumatul el ducând la apariția complicațiilor în 46% din cazurile de hipertensiune Sunt analizate aici modelele adicției tabagice cu accent pe modelul factorilor de risc și de protecție a lui Stead și Lancaster (2004) precum și pe teoria rational-emoțional-comportamentală Albert Ellis ca și reprezentantă a teoriilor cognitiv comportamentale și care stau la baza intervenției de grup care a fost proiectată și implementată în studiul 4. Ultima parte a capitoului întâlnim o sistematizare și trecere în revistă a rezultatelor literaturii de specialitate cu privire la eficacitatea intervențiilor psihologice pentru renunțarea la fumat la persoanele cu boli cardiovasculare.

Capitolul patru cuprinde adaptarea pe populația română a scalei dezechilibrului efort-recompensă Siegrist(2002) scală elaborată special pentru identificarea dezechilibrului între efortul depus de angajat și recompensele oferite de organizație aici intrând recompense materiale, de recunoaștere dar și cele legate de siguranța locului de muncă. Instrumentul a fost dezvoltat special pentru persoanele cu patologii cardiovasculare ca o modalitate de obiectivare a stresului muncii.

Capitolul cinci este un studiu organizațional focusat pe confirmarea asocierii factorilor de risc modificabili ai hipertensiunii cu starea de sănătate declarată de participant(cu patologii cardiovasculare sau sănătos-fără boli cronice) precum și a factorilor de risc personali și organizaționali moderatori ai aderenței la programele de educație pentru sănătate. Factorii personali incluși în studiu au fost: suportul social, autoeficacitatea precum și tipul programului de educație pentru sănătate în care persoana se implică iar ca factor organizațional a fost analizat impactul dezechilibrului efort-recompensă ca și consecință a stresului în muncă.

Capitolul șase se concentrează pe impactul programelor de educație pentru sănătate, asupra pacienților hipertensivi și a calității vieții acestora. Ipotezele acestui studiu au pornit de la modelul HAPA și au verificat impactul a trei tipuri de programe de educație pentru sănătate –unul centrat pe modificarea comportamentului alimentar, al doilea axat pe creșterea aderenței la activități fizice iar cel de al treilea este o combinație a primelor două asupra calității vieții pacientului hipertensiv. De asemenea a fost analizat impactul factorilor de risc personali moderatori ai aderenței la tratament: suportul social, autoeficacitatea și tipul programului de educație pentru sănătate în care persoana se implică asupra calității vieții pacienților hipertensivi

Capitolul șapte vizează impactul factorilor de risc organizaționali moderatori ai aderenței la programele de educație pentru sănătate care intervin în eficacitatea intervențiilor organizaționale în vederea adicției tabagice la persoanele hipertensive. Elementul de noutate este analizarea impactului grupului organizațional “peer” și al dezechilibrului recompensă-muncă ca factori moderatori ai mediului organizațional asupra eficienței intervenției anti-fumat.

Ultimul capitol cuprinde concluziile și discuțiile finale.

CAPITOLUL I

CALITATEA VIEȚII – MODALITATE DE OBIECTIVARE A ADERENȚEI LA TRATAMENT

Calitatea vieții este un concept complex cu o largă utilizare atât în studiile medicale cât și în cele de psihologia sănătății, care vizează percepția subiectivă cu privire la starea de sănătate individuală. O calitate a vieții redusă este asociată cu o mortalitate înaltă (Reis, Kaplan, Limbreg și Prewitt, 1995) și cu un grad mare de utilizare al serviciilor medicale (Conelli, Philbrick, Smith, Kaiser și Wymer, 1989; Siu, Reuben, Ouslander și Osterweil, 1993).

Carr, Higginson(2001) considerau ca principali determinanți ai calității vieții măsura în care speranțele și ambițiile proprii se realizează în viața cotidiană, concordanța între poziția percepută de persoană ca ocupând-o în societate și standardele și aspirațiile proprii, precum și evaluarea stării de sănătate proprii prin raportare la un model personal ideal.

Calitatea vieții măsoară impactul tratamentelor și diverselor boli asupra tuturor aspectelor din viața unei persoane fiind măsurată prin instrumente special concepute pentru evaluarea abilității de funcționare a persoanelor în sarcinile vieții curente. Analiza componentelor calității vieții este utilă pentru: investigarea efectelor fizice, emoționale și sociale ale tratamentului precum și a impactului bolii asupra vieții cotidiene a persoanei; analiza efectelor tratamentului și bolii din perspectiva pacientului; și determinarea nevoii de suport social, emoțional și fizic în timpul bolii.

Așadar evaluarea calității vieții este benefică în luarea deciziei privind opțiunea pentru un anumit tratament ; în analiza efectelor tratamentelor sau bolii din punctul de vedere al pacientului, precum și în determinarea nevoilor pacientului de suport psihic, fizic și social pe durata perioadei de boală . Aceste analize informează pe de o parte pacienții despre efectele tratamentului prin monitorizarea efectelor acestuia din perspectiva pacientului, și oferă posibilitatea alegerii unui nou pachet de tratament, dacă este cazul.(Lupu, 2006) și pe de altă parte permite personalului medical să proiecteze intervenții medicale eficiente.

David Thompson și Cheuk-Man Yu (2003) arată că la pacienții cu patologie cardiovasculară există mai multe manifestări care își pun amprenta asupra calității vieții cum sunt: simptome de insuficiență cardiacă și/sau angină pectorală, diminuarea potențialului fizic și reducerea capacității de exercițiu precum și modificări psihologice asociate stresului cronic. Tratamentele moderne se concentrează nu numai pe îmbunătățirea speranței de viață și reducerea simptomelor dar și pe creșterea calității vieții pacientului considerată ca fiind un important indicator al beneficiului terapeutic în asistența medicală primară.(Treasure,1999; Thompson și Yu ,2003)

Calitatea vieții se dovedește un parametru greu de evaluat în mod deosebit în cadrul persoanelor bolnave deoarece nu există un consens cu privire la definirea termenului deși toate definițiile se referă la bunăstarea fizică, emoțională și socială și fiecare boală își pune propria amprenta diferit - prin semne și simptome specifice -asupra stării de bine a pacientului. Acesta este și motivul pentru care există o multitudine de instrumente care evaluează calitatea vieții în funcție de patologia investigată. Calitatea vieții urmărește să se constituie ca o referință comună în raport cu care poate fi măsurat impactul a diferite tratamente la pacienții cu aceeași condiție de sănătate (aceeași boală) sau impactul a diferite tratamente în diferite condiții de sănătate (boli diferite).(Thompson și Roebuck,2001).

CAPITOLUL II

ADERENȚA LA TRATAMENT- TEORII ȘI FACTORI CARE INTERVIN

2.1. Aderența la tratament-delimitări conceptuale

Timp de câteva decenii, și cercetătorii și practicanții în domenii conexe medicinei psihologia, medicina, sănătatea publică, asistența primară au încercat să înțeleagă factorii care contribuie la succesul unui individ în atingerea și menținerea unui comportament de sănătate dorit. Acești cercetători din domeniul sănătății au creat un număr de modele teoretice pentru înțelegerea a ceea ce oamenii cred despre sănătate și sursele de motivații ce susțin schimbarea comportamentului în vederea menținerii sănătății. În timp ce unele modele au primit mai puțină atenție empirică decât altele, fiecare poate fi de ajutor în unele contexte și pot aduce o structură de organizare utilă pentru a ne ajuta să ne menținem schimbările comportamentale în vederea susținerii sănătății și aderării la planurile de tratament.

Aceste modele sunt construcții din "crențe" și "atitudini". Credențele implică concluzii cu valoare de adevăr despre ceva anume și sunt elemente cognitive în peisajul în care oamenii evaluează și răspund la idei. Atitudinile implică elemente emoționale și implică idei evaluative bazate pe sentimentele personale ale unui individ. De exemplu, dacă o persoană consideră un anumit demers ca neplăcut, va avea o atitudine negativă în privința sa, chiar dacă admite ca demersul respectiv este important pentru sănătatea sa.

2.2. Teorii ale aderenței la tratament

Capitolul se axează pe o sinteză a celor mai importante teorii din literatura de specialitate cu accent pe modelul HAPA. Au fost trecute în revistă următoarele teorii:

2.2.1. Teoria credințelor despre sănătate (Health Believe Model, Rosenstock, 1966)

2.2.2. Teoria Acțiunii raționale

2.2.3 Teoria Comportamentului Planificat

2.2.4 Teoria motivației de protecție

2.2.5. Modelul HAPA

Modelul HAPA Health Action Process Approach, introdus de Schwarzer în 1996 este un model cognitiv de schimbare comportamentală care include autoeficacitatea, considerată ca un predictor direct al intențiilor și al comportamentelor persoanei. Acest lucru este în concordanță cu Teoria Social Cognitivă a lui Bandura (1997). Un sentiment personal de control facilitează schimbarea comportamentelor de sănătate. Autoeficacitatea influențează activitatea și efortul de a schimba comportamentul de risc precum și persistența de a continua lupta în ciuda tuturor obstacolelor și eșecurilor care subminează motivația persoanei. Autoeficacitatea deși direct legată de comportamentele de sănătate le influențează pe acestea și indirect prin impactul său asupra obiectivelor. Autoeficacitatea influențează schimbările pe care persoana le face precum și dificultatea scopurilor pe care și le alege. (de exemplu "am de gând să reduc fumatul" sau "am de gând să renunț la fumat").

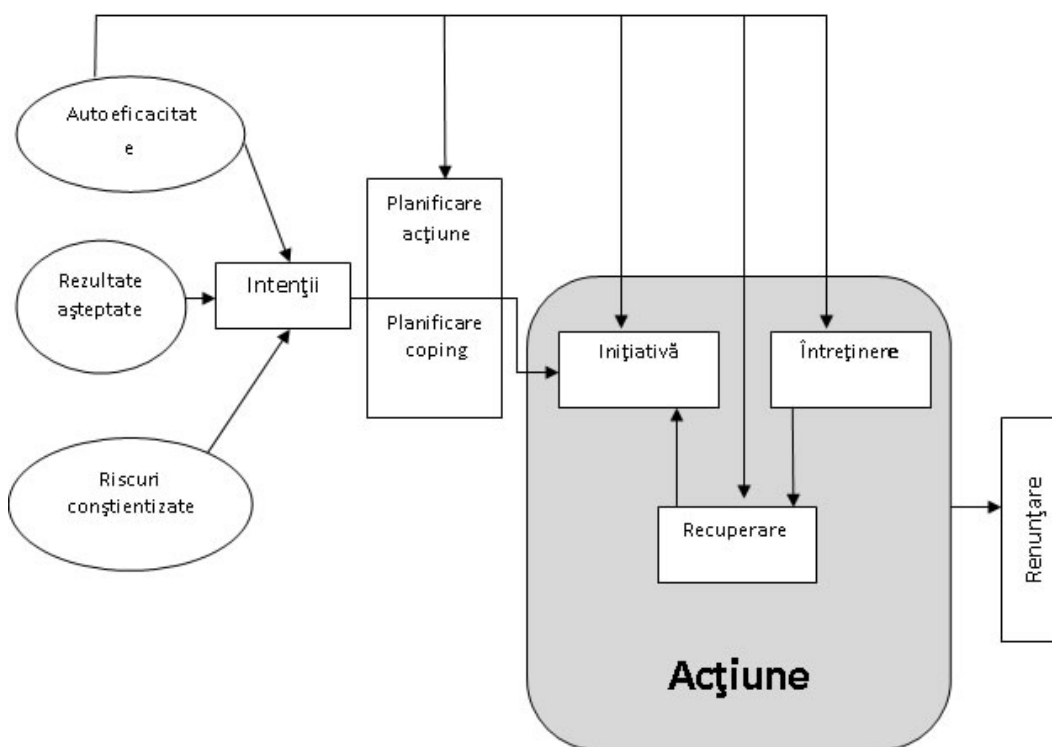
Persoanele cu o puternică autoeficacitate vor selecta mai multe obiective provocatoare, (De Vellis, 2000, <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/construts/self-efficacy/index.html>) aceștia văzând schimbarea ca pe o oportunitate nu ca un obstacol.

Schwarzer (2001) face distincție între procesele motivatoare pre-intenționale care duc la intenția comportamentală și procese volitive post-intenționale care duc la comportamentul propriu zis.

Autoeficacitatea influențează procesele de planificare determinând luarea inițiativei, menținerea, schimbarea de comportament și gestionarea recidivelor,

Schwartz si Luszczynska (2005). Pe lângă această acțiune gestionată de factorul cognitiv un rol important îl are și factorul situațional reprezentat de suportul social pe care persoana îl primește.

Elementul de noutate al acestui model este distincția pe care o face între intenție și comportament) de multe ori intenția fiind insuficientă pentru a duce la apariția aceluși comportament. Acest proces de implementare practică presupunând necesitatea atât a unui plan de acțiune cât și a unui plan de implementare a acțiunii, de transpunere în practică.



Schema Modelului HAPA

Bariere și Resurse

2.3. Factori de risc care influențează aderența la tratament în patologia cardiovasculară

2.3.1 Factori de risc personali

2.3.1.1. Complexitatea tratamentului este unul din factori importanți în aderența la tratament.

Cercetări recente arată că o administrarea mai puțin frecventă a medicației (de exemplu, o dată pe zi) este asociată cu o mai mare complință a pacientului decât în cazul administrărilor mai frecvente (de exemplu, trei sau patru ori pe zi) (Girvin, McDermott, și Johnston, 1999; Hamiltona & Briceland, 1992; Paes, Baker, & Soe-Agnie, 1997). De asemenea tratamentele cărora le sunt asociate mai multe efecte secundare se asociază cu o aderență mai săracă comparativ cu tratamentele cu mai puține efecte secundare Ammassari (2001.).

Mai mult, schemele de tratament complexe sunt, în general mai frecvent asociate cu o slabă aderență la tratament în comparație cu schemele de tratament simple (Meichenbaum, Turk, 1987).

Cercetările care examinează aderența la mai multe tipuri de regim de auto-îngrijire, au observat că nivelul de respectare a diferitelor aspecte ale unui regim cu multiple fațete nu sunt puternic corelate (Moran, Christensen, și Lawton, 1997; Orne & Binik, 1989). Pacienții arată aderență scăzută la unele aspecte ale schemei de tratament menținând în același timp

aderarea adecvată la altele fapt ce sugerează că în cazul unui tratament complex apar totuși anumite beneficii care îl fac pe pacient să le urmeze iar dacă nu percep aceste beneficii pacienții pot avea dificultăți în respectarea simultană a mai multor cerințe

2.3.1.2. Variabilele socio-demografice

Vârsta pacientului și statutul socio-economic au fost cel mai constant asociate cu diferențe în aderența. Studiile au dovedit în mod constant că tinerii adulți prezintă o mai bună aderență decât adolescenții, iar pacienții de vârstă mijlocie sunt mai aderenți decât adulții tineri iar persoanele în vârstă pot fi mult mai aderente la tratament decât orice altă grupă de vârstă. Totuși după șaiszeci și cinci de ani există unele dovezi că aderența începe să scadă (Weingarten & Cannon, 1988).

2.3.1.3. Locusul controlului și autoeficacitatea

Convingerile legate de locul controlului au constituit mult timp un rol central ca posibil predictor al comportamentului de sănătate (Wallston & Wallstone, 1982) mai mult de trei decenii (Strickland, 1978; Wallston, 1992). Diferențe individuale în locul controlului reflectă măsura în care cineva crede că rezultatele pozitive se datorează acțiunilor proprii sau a unor factor exteriori..

În ciuda cercetărilor empirice extinse, asocierea locusului controlului cu comportamentul aderenței rămâne neclar (Wallston, 1992). Unele dovezi arată că pacienții cu un locus al controlului intern prezintă un grad mai mare de aderență (Chen et al, 1999; McDonald-Miszczak, Maki, și Golud, 2000; Oldenburg, MacDonald, și Perkins, 1988; Poll Kaplan & De-Nour, 1980). Alte cercetări sugerează că existența unui control intern nu este în mod direct sau în mod semnificativ legată de aderență (Brown & Fitzpatrick, 1988; Grav & Oseasohn, 1991; Kaplan, Atkins, și Reinsch, 1984; McNaughton & Rodrigue, 2001; Schneider et al, 1991; Wittenberg et al, 1983)

Diferențele individuale în credințele de autoeficacitate ale pacienților sau așteptări constituie o caracteristică psihologică care atrage atenția ca un factor determinant al comportamentului potențial de aderență. Deși mulți autori și cercetători nu au reușit să distingă între locul controlului și autoeficacitate, aceste două constructe diferă masiv.

Locul controlului se referă la credințele despre obținerea unui rezultat dorit (sau evitarea unui rezultat nedorit) este condiționată de propriul lui comportament (o speranță de rezultat), și auto-eficacitate se referă la credința sau speranța că persoana în cauză are capacitatea de a se angaja efectiv sau de a executa un comportament care este necesar pentru a duce la rezultatul dorit (o speranță de eficacitate). Cele două concepte sunt complementare și ambele pot fi determinanți importanți de aderența pacientului la tratament.

Cercetările cu privire la rolul autoeficacității în aderență sunt coerente și robuste. Dovezi considerabile sugerează că așteptările specifice de autoeficacitate sunt legate de aderența într-o gamă largă de regimuri de tratament (Brady et al, 1997; De Geest et al, 1995; Eitel et al, 1998; Ewart, 1992; Jensen et al, 1993; Kavanagh, Gooley, & Wilson, 1993). Cele mai multe cercetări privind autoeficacitatea se bazează pe designuri cross-secționale, ceea ce face dificil să se stabilească în ce măsură eficacitatea evaluată este o cauză care influențează aderența viitoare sau este o simplă consecință a diferențelor existente anterior în aderență. Un studiu longitudinal efectuat de Kavanagh și colab. (1993) a contribuit la clarificarea paternului causal implicat.

Alte studii au descoperit că aderența este cel mai bine prezisă prin luarea în considerare a așteptărilor de control și a credințelor de autoeficacitate (Christensen et al, 1996; Kaplan et al, 1984.) ideea că aceste două constructe pot prezice în comun comportamentul de aderență, este în concordanță cu mai multe teorii generale despre învățarea socială și cognitivă și a influențelor acestora asupra comportamentului (Bandura, 1986)

2.3.1.4. Suportul social

Cercetările efectuate de, Christensen et al.,1992; Finnegan & Suler, 1985; Catz, 2000; Kulik și Mahler, 1993;Levy, 1983; Stanton, 1987) sugerează că disponibilitatea și calitatea sprijinului social perceput sunt atribute care corelează semnificativ cu aderența la tratament.

De exemplu, într-un studiu prospectiv de cincizeci de ani pe pacienți hipertensivi arată persoanele care sunt satisfăcute de suportul social primit rămân mai aderente la tratament și utilizează mai frecvent cutiile speciale pentru medicație și mențin aceeași medicație pentru un timp mai îndelungat.(Stanton, 1987). Rezultate similare au fost raportate în rândul pacienților cu bypass coronarian (Kulik & Mahler, 1993), Studiile dovedesc că efectul suportului social este mai pregnant în aderența la tratament dacă persoana respectivă a experiențiat recent un nivel ridicat de stres legat de viața sa curentă (Griffith, Field, și Lustman, 1990). Acest pattern este în concordanță cu modelul de stres-tampon de sprijin conform căruia suportul social disponibil sau perceput este cu atât mai important pentru starea de bine a persoanei cu cât nivelul stresului individual crește. (Cohen & Wills, 1985).

Cercetările pe această temă sunt inconsecvente. Boyer et al, 1990;. Hitchcock et al, 1992;. Rudman, Gonzales, Borgida, 1999; Sherbourne et al, 1992 au arătat că suportul social nu este relaționat sau este inconsistent relaționat cu aderența în bolile cronice.

Christensen și colaboratorii.,1989; Dimond, 1979; Kerns, Weiss, 1994; Turk & Kerns, 1985 au arătat că suportul familial perceput de pacient precum și particularitățile mediului familial joacă un rol important în aderența pacientului la tratament în special în bolile cronice serioase.

Deși dovezile care susțin impactul sprijinului-suportului social în aderență nu sunt în totalitate consistente, există dovezi convingătoare care susțin că un sprijin mai mare duce la satisfacție percepută și este asociat cu o aderență mai favorabilă la unele aspecte ale tratamentului medical.

În ceea ce privește impactul mărimii rețelei sociale, studiile întreprinse au dus la rezultate mai puțin clare, contactele sociale constituind în anumite situații bariere în calea aderenței la prescripțiile medicale. Impactul suportului social familial și aspectele specifice ale mediului familial au un impact deosebit în aderența la tratament în special în cazul bolilor cronice. Impactul suportului social asupra aderenței în funcție de gen rămâne neclar și necesită investigații suplimentare.

Suportul social este un factor important patologia cardiovasculară intervenind atât în procesele de recuperare - acolo unde este cazul cât și în adaptarea la boală și modificarea comportamentelor sanogene în vederea creșterii calității vieții (S. Cohen, 1988; Helgeson & Cohen, 1996; Uchino, Cacioppo, și Glaser Kiecolt, 1996). Modul în care suportul social intervine în starea de sănătate nu este clar definit nefiind încă clar rolul său de modelator sau mediator. (Stone, Mezzacappa Donatone, și Gonder, 1999;. Vitaliano Scanlan, Zhang, Savage, Brunett, Barefoot, 2001.). Suportul social are un rol de tampon în managementul stresului, influențează starea afectivă și modificările comportamentale (S. Cohen, 1988); poate influența sistemul imunitar, dar indirect poate acționa asupra comportamentelor legate de stilul de viață și de sănătate (Connell, Davis, Gallant, și Sharpe, 1994) sau asupra funcționării sociale și psihologice, cum ar fi capacitatea de adaptare la boală (Hegelson & Cohen, 1996; Taylor, Falke, Shoptaw, și Lichtman, 1986).

2.3.1.5 Relația medic –pacient în aderența la tratament

Cum intervin fiecare dintre acestea:

1. Pacientul - este influențat nefavorabil de o slabă comunicare medic pacient în special în cazul în care pacientul are puține cunoștințe privitoare la boala
2. Sistemul medical poate și el influența atitudinea pacientului prin lipsa accesului sau o slabă calitate a serviciilor medicale furnizate, formularistici complicate , inabilitatea pacientului de a accesa aceste servicii farmaceutice sau costul lor ridicat.
3. Medicul are un rol central în tot acest demers o insuficientă cunoaștere a prețurilor medicamentelor și un nivel redus de satisfacție în muncă sunt predictorii ai unei slabe aderențe la tratament.

În cazul pacienților cu hipertensiune este necesar un control strict al nivelului tensiunii arteriale dar și un regim alimentar adecvat acestei afecțiuni. Aproape întotdeauna, medicația antihipertensivă este asociată de apariția unor efecte secundare adverse negative pentru pacient și aparent puține efecte benefice motiv pentru care atunci când tratăm hipertensiunea tratăm cauza nu efectul.

De asemenea simplificarea instrucțiunilor pe care le primește pacientul, dar și a programului de administrare a medicamentelor este esențial și creșterea numărului de zile în care pacientul se simte bine este mult mai important decât reducerea numărului de medicamente. Eisen, Miller, Woodward, Spitznagel, Przybeck (1990), Schroeder, Fahey, Ebrahim (2004)

Pentru îmbunătățirea aderenței la tratament în cazul hipertensivului țarghetul nostru nu este doar de a menține presiunea sangvină la valori scăzute ci și de a alege medicamente cu un timp de înjumătățire mai mare astfel încât eficacitatea medicației să nu fie influențată de o doză lipsă depășind astfel imperfecțiunile de aderență Urquhart (1997); Urquhart (2002).

2.3.2 Factori de risc organizaționali

2.3.2.1 Stresul la locul de muncă Cercetările conduse pentru descoperirea cauzelor bolilor cardiovasculare au identificat stresul cronic al muncii ca fiind un factor psihologic care contribuie semnificativ la apariția patologiei cardiovasculare (Hemingway & Marmot, 1999; Krantz & McCeney, 2002; Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999).

În ultimile decenii apariția bolilor cronice legate de stres precum și impactul acestuia asupra sănătății persoanei au fost examinate cu ajutorul a diferite modele teoretice (Karasek & Theorell, 1990; Levi, Bartley, Marmot, Karasek, Theorell, Siegrist et al., 2000; Semmer & Mohr, 2001; Siegrist, 2002b). Există două modele care identifică impactul componentelor de stres provenite din mediului psihologic al muncii asupra sănătății și anume:

2.3.2.2. Modele ale stresului muncii implicate în patologia cardiovasculară

2.3.2.2.1 Modelul stresului muncii (Karasek, 1979; Karasek & Teorell, 1990) care presupune că posibilitatea de a controla situația muncii este crucială pentru sănătatea muncitorilor, și

2.3.2.2.2. Modelul efort - recompensă (ERI), modelul (Siegrist, 2002) sugerează că reciprocitatea între efort și recompensă și angajamentul mărit pentru muncă, sunt concepte importante în determinarea sănătății individului și a stării de bine. De la introducerea acestui model de către Siegrist în 1986, modelul ERI a câștigat o atenție considerabilă în special în cercetarea japoneză și europeană existând numeroase studii care au utilizat acest model pentru studiul sănătății organizaționale (Siegrist, 1986; Siegrist, 2002; van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2004).

Modelul ERI subliniază ideea unui schimb reciproc între eforturi (solicitări psihologice și fizice induse de muncă) și recompense (salariu, respect și securitate în muncă). Se presupune că lipsa reciprocității între eforturi și recompense (efort marit– recompense reduse) poate determina activarea sistemului nervos autonom și să crească riscul bolii

coronariene (Siegrist 1996, 2002; Siegrist & Peter, 1996). Potrivit modelului, efecte adverse ale sănătății pot fi de asemenea atrase după sine de către stilul exhaustiv cunoscut ca și supra-angajament. Acest stil ar putea agrava consecințele negative ale dezechilibrului efortului – recompensei – care poate duce la deteriorarea sănătății. O caracteristică a modelului ERI este că diferențiază exact între o componentă situațională privind mediul muncii, și o componentă personală privind atitudini, comportamente și emoții.

2.3.2.3. Dezechilibrul efort-recompensă și riscul apariției patologiei cardiovasculare

În ultimii 10 ani, numeroase studii au strâns dovezi în favoarea ipotezelor acestui model și în special în ceea ce privește implicarea sa în apariția bolilor cardiovasculare (Bosma, Peter, Siegrist, & Marmot, 1998; Kivimaki, Leinu-Arjas, Luukkonen, Riihimaki, Vahtera, & Kirjonen, 2002; Kuper, Singh-Manuux, Siegrist, & Marmot, 2002), și deasemenea în apariția patologiei psihosomatice (Niedhammer, Tek Starke, & Siegrist, 2004; Stansfeld, Bosma, Hemingway, & Marmot, 1998). În ciuda numărului în creștere a publicațiilor este totuși o lipsă de cunoștințe în ceea ce privește contribuția relativă a componentelor modelului ERI, efort–recompensă și supra-angajament, asupra riscului apariției patologiei cardiovasculare la angajați.

CAPITOLUL III Educația pentru sănătate în patologia cardiovasculară

3.1. Educația pentru sănătate în vederea adoptării unui stil de alimentație adecvat hipertensiunii. Eficiența intervenției- studii actuale.

Suter, P.M., Sierro, C., Vetker, W., (2002) susțin asociere pozitivă a HTA cu consumul de sare într-o cantitate ridicată, alcool, proteine și lipsa activității fizice regulate. Ei susțin că utilizarea unei combinații optime de nutrienți (cum este dieta DASH) este crucială pentru a obține rezultate optime. Autorii consideră o strategie realistă și productivă ce arată pe schimbarea a 5 obiceiuri legate de: cantitatea de sare ingerată, raportul de Na/K, cantitatea de alcool consumată, balanța calorică echilibrată și renunțarea la sedentarism. Hooper, L., Summerbelle, C.D., Thompson, R., Sills, D., Roberts, F.G., Moore, H.J., Davey Smith G., (2012) într-un studiu meta-analitic efectuat pe publicațiile Cochrane database, MEDLINE și EMBASE până în iunie 2010 susțin că modificarea dietei dar nu reducerea în totalitate a grăsimilor au un efect mic (statistic) dar duce la o reducere importantă a riscului cardiovascular. Rees, Dyakova, Wilton, Ward, Thoragod și Brunner (2013) într-un studiu meta-analitic efectuat pe 18.175 participanți din 45 studii în cadrul cărora au fost promovate 52 de tipuri de intervenții concluzionează că intervențiile pe dietă își fac simțit impactul maxim la 1 an după implementare iar efectele pe termen lung sunt necunoscute. Dieta duce la o scădere cu 2.61 mmHg sistolice (95% ei 1,31- 3,91) și cu 1,45 mmHg diastolice (95% ci 0,68-2,22)

3.2. Educația pentru sănătate în vederea adoptării unui stil de viață activ Eficiența intervenției -studii actuale. Studiile efectuate în SUA dovedesc că doar 25% dintre americani ating nivelul activității fizice recomandate și că 29% nu desfășoară activități fizice în mod regulat, Goldman, Smith (2002). Aceiași autori într-un studiu meta-analitic pe 380 studii pun în evidență cinci categorii importante: factori demografici, factori biologici și de sănătate, factori cognitivi și psihologici, factori comportamentali, factori sociali și factori de mediu

Creșterea vârstei este cel mai consistent predictor al reducerii activității fizice. Persoanele aflate la vârsta a treia (peste 60 ani) reduc activitatea fizică, 60% dintre ei nu se mai implică în activități fizice Mc Donald, Garg, Haynes (2002), declin care apare mult mai repede la femei. Persoanele cu un nivel socio-economic scăzut se implică într-un grad redus în activități fizice. În ceea ce privește statutul ocupațional, studiile sunt contradictorii unde susțin existența unei

legături între activitatea fizică și pozițiile manageriale (Haynes, Mc Donald, Garg, Montague (2000) pe când altele au dovedit că această relație este foarte slabă sau inexistentă. Nivelul socio-economic este un predictor al aderenței la activitatea fizică, un nivel socio-economic scăzut asociindu-se cu o aderență redusă la un program de (educație) pentru sănătate a pacienților cu afecțiuni cardio-vasculare Haynes, Mc Donald, Garg, Montague (2000). Participarea redusă la programele fizice recomandate este motivată prin constrângeri de ordin financiar și limitării fizice sau interne. Aceste persoane cu un statut socio-economic scăzut le lipsește suportul social și încurajările pentru a introduce activitățile fizice în stilul lor de viață precum și înțelegerea beneficiilor activității fizice Rimmer, Hicola, Riley Creviston (2002) Statusul marital este un factor controversat, existând studii care dovedesc o asociere pozitivă a mariajului cu desfășurarea activităților fizice, altele raportează lipsa unei asocieri Rimmer, Hicola, Riley Creviston (2002) iar altele susțin existența unei asocieri negative. Salmon, Owen, Bauman, Schmitz, Borth (2000) Vârsta influențează negativ aderența la tratament în sensul că aderența la activitatea fizică scade odată cu înaintarea în vârstă. Totuși pe lângă factorul vârstă intervine și nivelul educațional, istoricul exercițiilor fizice și variabile socio-cognitive (atitudinea față de exerciții, autoeficacitatea, suportul social și beneficiile percepute) (Mc Donald, Garg, Haynes (2002)

3.3. Educația pentru sănătate în vederea renunțării la fumat la persoanele cu patologie cardiovasculară. Eficacitatea intervențiilor psihologice –studii actuale. Intervențiile psihologice asupra încetării fumatului au fost eficiente în atingerea abstenenței fumatului la pacienții cu patologie cardiovasculară, comparativ cu îngrijirea personală. Pentru toate studiile, pacienții care au primit intervenții psihologice au fost de 2 ori mai aproape să renunțe : OR= 1,93 (95% CI = 1,39 – 2,69 n= 2923). A fost o eterogenitate considerabilă între studiile individuale $X^2(18) = 64,75, p \leq 00001$ ($I^2 = 72,2\%$). datorată în principal unor limitări metodologice ale studiilor implicate. (OR=1,66; 1,24-2,21, n= 2.677). OR sugerează că intervențiile comportamentale determină o renunțare la fumat în comparație cu grija obișnuită, Studiile care au validat statutul de auto-raportare a fumatului prin determinări de laborator au indicat rate mai mici de renunțare la fumat decât studiile unde aceste verificări biochimice nu au existat. Dacă studiile cu validarea abstenenței sunt cumulate, OR scade de la 1,99(1,32-2,99) la OR 1,39(0,95-2,04).

Studiul metaanalitic realizat de Barth, Critchley și Bengel (2006) nu a pus în evidență diferențe în eficacitate între diversele forme de tratament analizate: intervenție comportamentală, intervenții de auto-ajutor și suport- prin intermediul telefonului. Intervenția comportamentală a avut un efect important asupra abstenenței OR-1,65 (1,28-2,13), 10 studii n=1,61 cu eterogenitate scăzută ($I^2= 31,8\%$). Suportul telefonic a fost de asemenea eficient OR=1,58 (1,26-1,98) N= 11, n=1,635) și studiile au fost de o consistență rezonabilă ($I^2=17,2\%$). Deoarece majoritatea studiilor terapeutice comportamentale au folosit asociat intervenției realizate și suportul telefonic este dificil să separi efectele acestor două intervenții,

Analiza literaturii de specialitate efectuată de Barth, Critchley și Bengel (2006) indică faptul că intervențiile scurte (ex, fără contact ulterior sau în primele 4 săptămâni după intervenția inițială) nu au fost eficiente (OR-0,92 (0,70-1,22) , N=4 , n=833, $I^2= 0\%$). Când pacienții cu patologie cardiovasculară au fost tratați cu intervenții incluzând mai multe contacte ulterioare, șansele de renunțare au crescut semnificativ (OR-1,98(1,49-2,65);N=12, n=1.844, $I^2= 50,3\%$). A fost o discrepanță mai mică între rezultatele studiului când au fost grupate după intensitatea intervenției rezultatele dovedind omogenitatea cercetărilor atât pentru intervențiile de intensitate redusă- sub 1 lună unde $X^2=2.85, df=2, p=0.24$ cât și în cazul studiilor unde intervențiile au fost intense, unde $X^2=11.81, df=10, p=0.30$. De asemenea intervențiile de intensitate redusă pentru încetarea fumatului au dus la o mărime a efectului scăzută Z=0.15, p=0.88, în timp ce intervențiile care s-au bucurat de o frecvență a

întâlnirilor mai mare și o amplitudine în timp mai mare de o lună, au determinat efecte practice ample, mărimea efectului fiind $Z=3.73$ $p=0.0002$

Intervențiile psihologice în vederea renunțării la fumat pentru pacienții cu boli cardiovasculare sunt eficiente, OR cumulat pentru 16 studii incluse în cercetare au evidențiat un important efect clinic după 12 luni, OR-1,66(95%CI 1,24-2,21), rata de renunțare = 48,7%, versus 38,4%. Barth, Critchley și Bengel (2006) Aceste rate de abținere sunt oarecum stabile pentru că studiile de urmărire pe termen lung au arătat că 80% până la 90% din persoanele cu patologie cardiovasculară care sunt abținute la 1 an vor rămâne nefumători pentru 5 ani (33,34%).

Studiul dovedește că intervențiile scurte fără menținerea contactelor ulterioare nu sunt eficiente asupra persoanelor cu patologie cardiovasculară. Totuși nu a putut fi identificat numărul minim de contacte necesare.

3.4. Modele ale adicției tabagice

De-a lungul timpului s-a încercat găsirea unor explicații, a unor cauze ce duc la apariția tulburărilor legate de consumul de nicotină propunându-se mai multe modele. Cele mai importante sunt:

3.4.1. Modelul psihanalitic susține că relațiile obiectuale din adicție sunt caracterizate de existența tensiunilor pulsionale, subliniindu-se importanța trecutului personal, a sexualității, a experiențelor individuale (Tudose, 2007).

3.4.2. Modelul biologic (Krapelin, apud Tudose, 2007) explică fenomenul adicției prin intermediul modificărilor neurochimice, neurobiologice datorate administrării substanței nicotina. Administrarea creează nevoia pentru o nouă administrare.

3.4.3. Modelul sensibilizare-homeostazie (Di Franza și Welmann, 2005, apud Herbert, 2005) descrie un cerc vicios al generării și inhibării „craving-ului”, individul autoadministrându-și nicotina pentru a menține o stare de echilibru.

3.4.4. Modelul interacționist (Marsella, 1984, apud Tudose, 2007), aparține abordării ecosistemice a psihopatologiei și poate fi aplicat și în explicarea adicției de nicotină.

3.4.5. Modelul comportamentalist se bazează pe paradigmele condiționării clasice și a condiționării operante, (Tudose, 2007). Potrivit abordării behavioriste, comportamentele normale și anormale sunt dobândite și menținute prin mecanisme conforme cu legile generale ale învățării.

3.4.6. Modelul cognitiv-comportamental susține că adicțiile sunt procese învățate, „mediate de procese cognitive și comportamentale complexe” (Preliceanu et al, 2002). Acest model pune accent pe contribuția individuală (autocontrol), prin intermediul propriilor gânduri și acțiuni la instalarea și menținerea dependenței.

3.4.7. Modelul influenței sociale (Gorman, 1996, bazat pe teoria învățării sociale a lui Bandura, 1969) consideră adicția un comportament învățat, rezultat al observării și imitării (interacțiuni familiale și sociale) și menținut prin întăriri pozitive și negative.

3.4.8. Modelul dezvoltării comportamentului adictiv („a developmental model” – Weiss, 1980), din analiza tranzacțională consideră adicția un comportament subintuitiv celui de satisfacere a nevoilor autentice, care reduce disconfortul, pe termen scurt, însă pe termen lung, favorizează acumularea frustrării. Atunci când se dezvoltă comportamentul adictiv, persoana nu mai este în legătură cu nevoia autentică și nu se concentrează asupra satisfacerii propriei nevoi, ci asupra răspunsului comportamentului subintuitiv (exemplu: cum să se procure țigări).

3.4.9. Modelul factorilor de risc și de protecție, a fost elaborat și dezvoltat de National Institute on Drug Abuse (1997), Lancaster, Stead (2004) pe baza rezultatelor obținute în urma studiilor epidemiologice, experimentelor din domeniul neuroștiințelor,

studiilor sociale prospective, cercetărilor asupra modificărilor comportamentului și a celor din câmpul comunicării.

Acesta cuprinde mai multe etape:

1. Intervenția terapeutică primară ; sfatul minimal pentru renunțarea la fumat. Cercetări metaanalitice au arătat că acesta deși durează doar câteva minute crește rata de abținere la fumat pe termen lung. Acesta trebuie să cuprindă câteva etape: evaluarea statutului de fumător, încurajarea tuturor fumătorilor de a renunța și orientarea lor spre consiliere de specialitate;
2. Intervenția terapeutică de consiliere pentru renunțarea la fumat conține strategia în 5 trepte, schematizată ca strategia celor „5A”-

Întreabă (pacientul dacă consumă tutun)

Sfătuiește (pacientul să oprească fumatul)

Apreciază (motivația pacientului pentru oprirea fumatului)

Asistă (pacientul pe durata tratamentului dependenței nicotinic)

Programează (pacientului un control-intâlniri de monitorizare pe parcursul tratamentului)

Această strategie se aplică în consilierea de specialitate. În cazul pacienților nemotivați, se recomandă un algoritm de combatere a sevrajului tabagic constând din 5 trepte de construire a mesajului motivațional, cei „5R”

- a. Relevarea motivației de a renunța (pacientul nu posedă suficiente cunoștințe care să îl motiveze să oprească fumatul- acest pot fi oferite ferm și concis: expunerea pasivă a copiilor la fumat în locuință, riscul de accident vascular cerebral, etc.)
- b. Riscuri posibile pentru sănătate (sunt evaluate concret în funcție de antecedentele, alți factori individuali, de mediu și ereditari ai fumătorului);
- c. Recompensa (identificarea împreună cu pacientul a beneficiilor opririi fumatului)
- d. Obstacolele posibile (în calea reușitei sevrajului tabagic sunt identificate concret împreună cu fumătorul)
- e. Repetarea intervenției de motivare pentru renunțarea la fumat (se reia la fiecare nouă vizită această schemă de discuție cu pacientul pentru a crea convingerea justificatoare pentru obținerea motivației)

Aceasta va cuprinde consiliere cognitiv –comportamentală

3. Consultațiile de control, „follow up” sau monitorizarea sevrajului tabagic. Pe parcursul perioadei de tratament a dependenței tabagice, indiferent de schema terapeutică indicată se recomandă supravegherea (urmărirea sau follow-up) pacienților prin vizite de control (cel puțin două), cu scopul de asigurare că pacientul nu are dificultăți psiho-comportamentale sau simptome isurmontabile datorate sindromului de sevraj.

Fiecare din modelele de mai sus are limitele sale, adicția la nicotină nefiind doar o simplă consecință a acțiunii sale farmacologice, ci depinzând de o varietate de factori biologici, psihologici, comportamentali, sociali, etc.

Intervenția propusă a fost contruită pe baza modelului factorilor de risc și de protecție Lancaster, Stead(2004) și a teoriei rațional-emoțiv- comportamentală a lui Albert Ellis. Anexa 5.

3.5. Tipuri de intervenție pentru îmbunătățirea aderenței la tratament în patologia cardiovasculară

Cele mai importante tipuri de intervenții pentru îmbunătățirea aderenței sunt evidențiate în tabelele 3.1 și 3.2

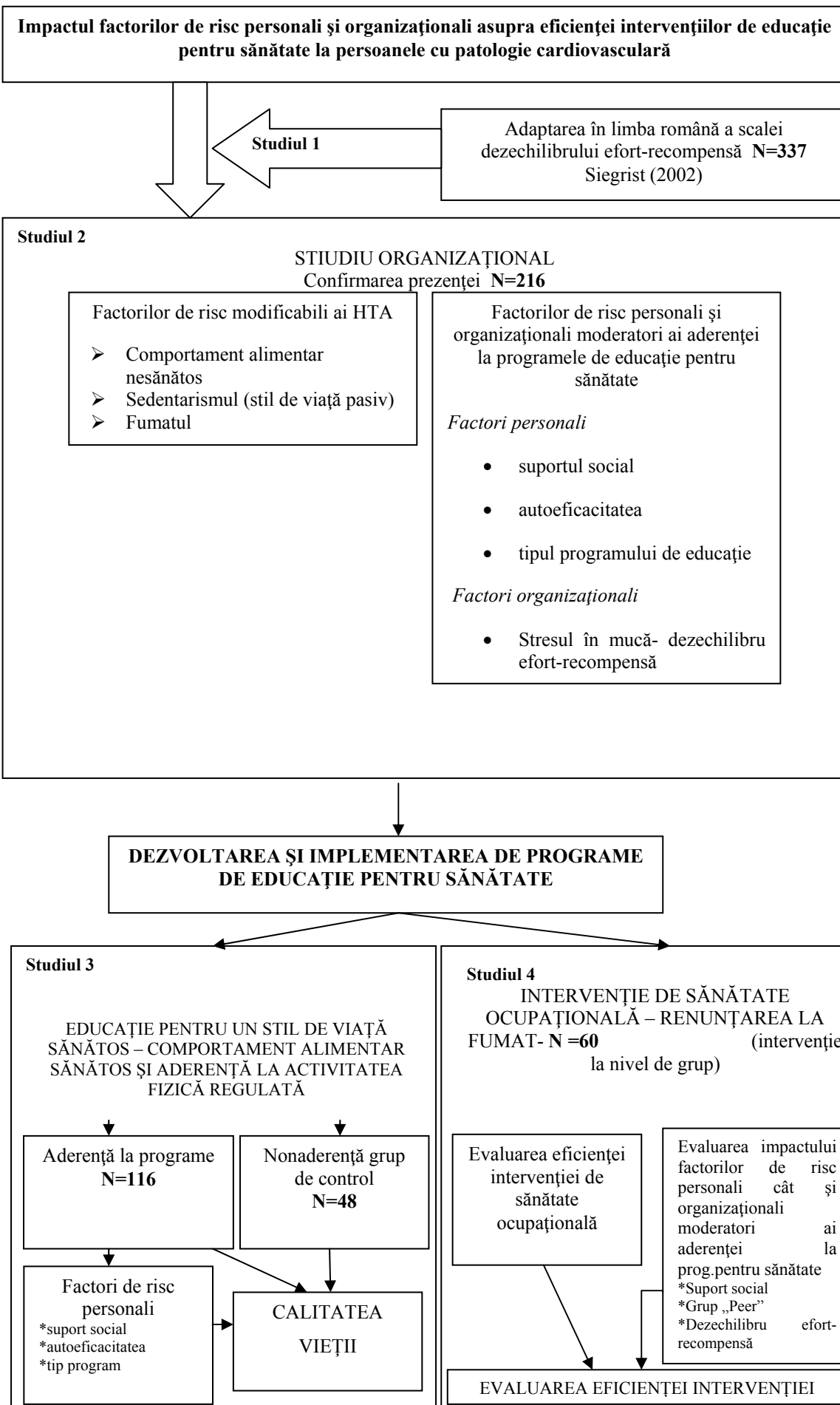
Tabelul 3.1. Acțiuni ale pacientului pentru creșterea aderenței la tratament și strategiile implicate Carter și Zillich (2004), Miller, Hill, Kottke, Ockene (1997)

| Acțiuni ale pacientului | Strategii specifice |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Decide să controleze factorii de risc ✓ Negocierea obiectivelor- a nivelului tensiunii arteriale care trebuie atins, se face cu medicul personal ✓ Dezvoltarea abilităților pentru adoptarea și menținerea comportamentului recomandat ✓ Monitorizarea progreselor obținute spre atingerea obiectivelor privind nivelul tensiunii arteriale ✓ Rezolvarea problemelor legate de barierele apărute în calea atingerii obiectivelor privind menținerea unui anumit nivel al tensiunii arteriale | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Înțelegerea rațională a importanței angajamentului ✓ Dezvoltarea abilităților de comunicare ale pacientului ✓ Utilizarea sistemelor de reamintire ✓ Dezvoltarea abilităților de rezolvare de probleme și de utilizarea rețelei de suport social ✓ Definirea nevoilor proprii pe baza experienței anterioare ✓ Validarea rațională- cautarea unei justificări pentru a continua să urmeze recomandările |

Tabelul 3.2. Acțiuni de sănătate organizațională pentru creșterea aderenței la tratament și strategiile implicate Carter și Zillich (2004), Miller, Hill, Kottke, Ockene (1997)

| Acțiuni de sănătate organizațională | |
|---|--|
| <p>Specialistul în sănătate organizațională trebuie să</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dezvolte un mediu organizațional suportiv pentru prevenția, intervenție și tratamentul hipertensiunii ✓ Asigure continuitate cu un furnizor de servicii medicale ✓ Să furnizeze urmărire și un sistem de raportări ✓ Să furnizeze educație și training suplimentar față de furnizorul de servicii medicale ✓ Sa furnizeze resurse materiale și timp suficiente pentru profesioniștii din domeniul ocrotirii sănătății în vederea soluționării problemelor apărute în organizație | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dezvoltarea de traininguri specifice în domeniul științelor comportamentului și asigurarea accesului tuturor angajaților la aceste servicii (consiliere privind stilul de viață, asigurarea unui suport emoțional pentru pacient) ✓ Utilizarea de strategii de creștere a aderenței la tratament de gen- antepregătirea adică pregătirea în una din zilele de weekend a medicației pentru toate zilele săptămânii și plasarea ei în cutii identificatoare cu zilele săptămânii și a tehnicilor de reamintire pentru reumplere- exemplu: setarea telefonului pentru a suna la o anumită oră duminică solicitând stăpânului să reumple cutia cu dozele săptămânale (memento) ✓ Utilizarea reamintirilor cu ajutorul apelurilor telefonice ✓ Furnizează consiliere de grup pentru pacienți și familie ✓ Dezvoltă sisteme de evidență electronică a dosarelor medicale ale angajaților ✓ Necesită (furnizează) cursuri de educație continuă în sfera comunicării și a |

| | |
|--|---|
| | <p>consilierii comportamentale</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Închiriază servicii specializate de consiliere comportamentală în vederea creșterii aderenței personalului prin consiliere✓ Dezvoltă un sistem de stimulente în funcție de dorințele pacientului și de rezultatele furnizorului✓ Solicitarea spre stocare a unor documente de automonitorizare continuă a nivelului tensiunii arteriale al pacientului✓ Obținerea de date cu privire la stilul de viață al pacientului la fiecare vizită✓ Îmbunătățirea continuă a trainigurilor axate pe educația pentru sănătate |
|--|---|



CAPITOLUL IV
ADAPTAREA ÎN LIMBA ROMÂNĂ A
SCALEI DEZECHILIBRULUI EFORT-RECOMPENSĂ- ERI-SIEGRIST

4.1. Prezentarea scalei

Scala este formată din 23 itemi ce măsoară pe o scală Lickert în 4 trepte și este structurată pe 3 subscale: efort, recompensă și supraangajament.

Efortul, prima subscală este constituită din 6 itemi care vizează cerințe ale mediului muncii recompensa este măsurată de 11 itemi și este compusă din 3 subfactori: recompensa financiară, recompensa ca stimă și recompensa percepută ca posibilități de promovare și securitatea locului de muncă. În majoritatea analizelor acest factor se comportă ca unul unidimensional.

Raportul efort-recompensă este un mod de obiectivare a dezechilibrului resimțit zi de zi de către persoana care lucrează. Reacțiile la stres și emoții negative fac persoana să conștientizeze acest schimb neechitabil având un rol important în gestionarea stării afective. Supra-angajamentul este o subscală formată din 6 itemi. Un scor înalt indică prezența respectivei caracteristici într-o pondere mare.

4.2. Administrarea

Instrucțiunile sunt simple și clare cerând respondenților să aprecieze modul în care afirmațiile chestionarului reflectă realitățile din mediul de muncă în care își desfășoară activitatea. Un scor înalt indică prezența respectivei caracteristici într-o pondere mare.

4.3. Cotareea răspunsurilor

Scala în varianta 2002 cuprinde 23 de itemi. Aceștia sunt formulați în propoziții față de care subiecții sunt rugați să-și exprime opinia folosind o scală Likert de 4 puncte unde 1- puternic dezacord, 2-dezacord, 3- acord și 4-acord puternic.

Repartitia itemilor pe scale este următoarea:

Efort: 1,2,3,4,5,6

Recompensă: 7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17

Supra-angajament: 18,19,20,21,22,23

Dintre acești itemi au cotare inversă : 9,10,11,12 și 20.

Scorul pe fiecare scală se obține prin însumarea răspunsurilor la itemi.

Raportul efort-recompensă este calculat conform formulei $e/(rxc)$ unde e este suma scorurilor la scala de efort r - suma scorurilor la scala de recompensă iar c este factorul de corecție care este ,45485 adică $5/11$.

4.4. Studiul de validare în limba română

Pornind de la literatura de specialitate care consemnează existența a trei factori principali ai dezechilibrului efort-recompensă și anume –efortul, recompensa și supra-angajamentul- am recurs la analiză factorială cu modalitatea direct obținută de rotire a factorilor care le permite să coreleze la intensități variate. Tabelul 4.5

Tabelul nr. 4.5 Factorii componenți ai Scalei dezechilibrului efort-recompensă și varianța explicată

| Component | Eigenvalorii inițiale | | | Extraction Sums of Squared Loadings | | | rotație |
|-----------|-----------------------|---------------|--------------|-------------------------------------|---------------|--------------|---------|
| | Total | % of Variance | Cumulative % | Total | % of Variance | Cumulative % | Total |
| 1 | 12.779 | 55.561 | 55.561 | 12.779 | 55.561 | 55.561 | 11.042 |
| 2 | 2.543 | 11.059 | 66.620 | 2.543 | 11.059 | 66.620 | 7.573 |
| 3 | 1.632 | 7.096 | 73.716 | 1.632 | 7.096 | 73.716 | 8.876 |
| 4 | 0.999 | 4.345 | 78.061 | | | | |

Factorii identificați sunt considerați a fi cei prezentați de Siegrist (2002) structura identificată reproducând structura de bază a chestionarului.

Factorul 1-factorul efort explică 55,56% din varianța rezultatelor

Factorul 2-factorul recompensă explică 11,05% din varianța rezultatelor

Factorul 3-factorul supra-angajament explică 7,09% din varianța rezultatelor

După rotație se observă influența puternică a primului factor (11.04) urmată de influențele relativ apropiate ale celorlalți doi factori (7,57) și (8,87)

Studiile efectuate cu varianta română dovedesc valoarea sa discriminativă în funcție de apartenența de gen a persoanei evaluate, dar și de vârsta acesteia și nivelul de educație, datele fiind similare cu cele din literatura de specialitate.

Consistența internă și fidelitatea test-retest sunt adecvate așa cum se poate vedea din tabelele 4.10 și 4.11

Tabelul nr. 4.10. Consistența internă pentru subscale- adaptare România pentru Scala dezechilibrului efort- recompensă Siegrist.

| | Efort (itemi=6) | Recompensă (itemi =11) | Supraangajare (itemi=6) |
|------------------------|----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Masculin N= 130 | .916 | .931 | .872 |
| Feminin N= 149 | .941 | .937 | .911 |

Tabelul nr. 4.11. Fidelitate test-retest adaptare română pentru Scala dezechilibrului efort-recompensă Siegrist.

| Scala | N | r (test-retest) |
|-----------------------|----------|------------------------|
| Efort T0-T1 | 6 | .825** |
| Recompensă T0-T1 | 11 | .853** |
| Supraangajament T0-T1 | 6 | .663** |

T0- moment inițial T1- după 6 săptămâni

**p <.001

Prin urmare dimensiunile măsurate cu scala dezechilibrului efort-recompensă sunt stabile, nu fluctuează în intervale scurte de timp în lipsa unor factori majori de influență.

Tabelul nr. 4.12. Valori normative pentru varianta în limba română a Scalei dezechilibrului efort- recompensă Siegrist.

| | | efort | recompensă | suprasolicitare | |
|-------------------|-------|--------------|-------------------|------------------------|----------------------|
| N | Valid | 337 | 337 | 337 | |
| Media | | 19.3620 | 26.7356 | 17.1150 | |
| Abaterea standard | | 3.79921 | 6.53066 | 4.06330 | |
| Minim | | 11.00 | 11.00 | 9.00 | |
| Maxim | | 24.00 | 39.00 | 24.00 | |
| Percentile | 6.7 | <12.0000 | <16.0000 | <11.0000 | Foarte scăzut |
| | 30.9 | 12.0000 | 16.0000 | 11.0000 | Nivel scăzut |
| | 69.1 | 17.0000 | 23.0000 | 15.0000 | Nivel mediu |
| | 93.3 | 22.5580 | 32.0000 | 19.0000 | Nivel ridicat |
| | | 23.2300 | 35.0000 | 23.2200 | Nivel foarte ridicat |

CAPITOLUL V

Factori de risc individuali și organizaționali în hipertensiune

5.1. Introducere

Hipertensiunea arterială reprezintă un adevărat flagel al secolului nostru fiind o reală problemă de sănătate publică. Fiind o boală multifactorială unde predispozițiile genetice se îmbină cu un stil de viață defectuos, identificarea factorilor de risc în vederea stabilirii unor strategii coerente atât în prevenția primară cât și în cea secundară constituie o prioritate în managementul terapeutic. Deși riscul genetic variază între 20% și 70%, dublându-se chiar în cazul persoanelor cu ambii părinți hipertensivi un rol important în managementul acestei boli revine modificării stilului de viață.

Modificările dorite implică adoptarea unor comportamente alimentare sănătoase, cu accent pe reducerea consumului de sare, grăsimi saturate, menținerea unei greutate optime și reducerea greutății pentru supraponderali și obezi, asociată cu adoptarea unui stil de viață activ în care cele 30 de minute de activitate fizică moderată să fie prezente zilnic.

Totodată se recomandă reducerea consumului de stimulente ale nivelului tensional cum sunt cafeina și nicotina.

Alături de acești factori individuali acționează și o serie de factori organizaționali printre care stresul la locul de muncă se situează pe primele poziții.

Modelul dezechilibrului efort-recompensă a fost dezvoltat de Siegrist tocmai pentru a pune în valoare acei factori din mediul organizațional care au un impact negativ asupra persoanei și care generează apariția patologiei cardiovasculare.

5.2. Obiectivele cercetării

1. Identificarea factorilor de risc individuali (comportamentul alimentar nesănătos, lipsa activității fizice, fumatul) asociați apariției patologiei cardiovasculare (hipertensiunea arterială și complicațiile ei) la persoanele angajate în muncă;
2. Reliefa factorilor de risc personali (suportul social și autoeficacitatea) asociați apariției patologiei cardiovasculare
3. Reliefa factorilor de risc organizaționali (dezechilibrul efort-recompensă) asociați apariției patologiei cardiovasculare ;
4. Evidențierea diferențelor în perceperea efortului, recompenselor și supra-angajamentului la persoanele sănătoase comparative cu cele care suferă de boli cronice cardiovasculare. (hipertensiune și complicațiile ei)

5.3. Ipoteze și design

1. Persoanele diagnosticate cu patologie cardiovasculară se expun la factori de risc individuali (comportamentul alimentar nesănătos, lipsa de activități fizice, fumatul) într-o măsură mai mare comparativ cu persoanele sănătoase.

Design bifactorial intergrup, 2x2; variabile dihotomice, Metoda: Chi Square

2. Riscul de a dezvolta patologie cardiovasculară diferă în funcție de apartenența de gen.

Design bifactorial intergrup, 2x2; variabile dihotomice, Metoda: Chi Square

3. Suportul social redus și autoeficacitatea scăzute sunt mai frecvente la persoanele cu patologie cardiovasculară pe când un suport social crescut și o autoeficacitate ridicată sunt prezente preponderent la persoanele sănătoase.

Design bifactorial intergrup, 2x2; variabile dihotomice, Metoda: Chi Square

4. Dezechilibrul efort recompensă este mai frecvent la persoanele cu patologie cardiovasculară comparativ cu persoanele sănătoase.

Design bifactorial intergrup, 2x2; variabile dihotomice, Metoda: Chi Square

5. Efortul, recompensele și supra-angajamentul angajaților diferă în funcție de starea de sănătate a acestora. (persoanele sănătoase versus persoane care suferă de hipertensiune și complicații ale acesteia)

Design unifactorial intergrup, Metoda: testul Student

5.4. Metodă

5.4.1. Participanți

Persoanele participante la studiu au fost în număr de 216, angajați în 5 organizații de din Oradea. Participanții sunt : de naționalitate română- 105 persoane reprezentând 48,6% din totalul participanților restul de 111 fiind de naționalitate maghiară. Din punct de vedere al repartiției pe sexe bărbații sunt 141 și reprezintă 65,3% din totalul eșantionului analizat. Participanții au vârste cuprinse între 26 și 53 ani cu o vârstă medie de 40,55 ani. În ceea ce privește gradul de calificare 128 sunt calificați adică 59.3% , 77 sunt necalificați 35.6% iar 11 nu și-au declarat gradul de calificare. Participarea s-a realizat pe baza de voluntariat. Angajații au fost informați că vor participa la un studiu care urmărește identificarea factorilor de risc pentru anumite boli, iar ulterior au fost selectate doar acele persoane care îndeplineau cerințele studiului. (persoanele sănătoase - fără boli cronice versus persoane care suferă de hipertensiune și complicații ale acesteia)

Criteriile de eligibilitate pentru includerea în program au fost: să aibă minimum studii generale și să nu fi raportat afecțiunii psihice.

5.4.2. Probe administrate

În vederea atingerii obiectivelor propuse am administrat următoarele probe:

1. **Scala dezechilibrului efort-recompensă Siegrist (2002)** Scala în varianta 2002 cuprinde 23 de itemi. Aceștia sunt formulați în propoziții față de care subiecții sunt rugați să-și exprime opinia folosind o scală likert de 4 puncte unde 1- puternic dezacord, 2-dezacord, 3- accord și 4- acord puternic. Repartiția itemilor pe scale este următoarea: *Efort*: 6 itemi *Recompensă*: 11 itemi, *Supra-angajament*: 6 itemi. Scorul pe fiecare scală se obține prin însumarea răspunsurilor la itemi. Raportul efort-recompensă este calculat conform formulei $e/(rxc)$ unde e este suma scorurilor la scala de efort r - suma scorurilor la scala de recompensă iar c este factorul de corecție. Un raport efort-recompensă supraunitar indică prezența dezechilibrului efort-recompensă.

2. **Scala de autoeficacitate - Generalized Self- Efficacy Scale**, elaborată de **Schwarzer și Jerusalem în (1995)** și a fost adaptată pe populația română de Băban (1998). Scala cuprinde 10 itemi ce descriu caracteristici pozitive ale eficienței personale. Subiectului i se cere să opteze pentru una din cele patru variante de răspuns (1-niciodată; 2-câteodată; 3-adeșori; 4-întodeauna) în funcție de modul de autoevaluare. Scorul autoeficacității percepute se obține prin însumarea punctajului de la cei 10 itemi.

3. **Scala multidimensională a suportului social perceput SSP elaborată de Zimet, Dahlem, Zimet, Farley (1988)**, măsoară modul în care persoanele percep suportul social provenit din trei surse considerate de bază: familia, prietenii și persoane semnificative din viața lor alții. Scala conține 12 itemi ce trebuie evaluateți pe o scală likert de la 1 la 7 unde 1 înseamnă puternic împotriva iar 7 puternic de acord. Scala a fost adaptată pe populația generală română de Marian (2004).

4. **Chestionar axat pe date biografice și aderența la comportamente de risc** (comportamentul alimentar nesănătos, lipsa de activități fizice, fumatul)

5.4.3. Procedura

Chestionarele au fost administrate sub formă creion hirtie fără limită de timp în condiții de consimțământ informat păstrându-se confidențialitatea respondenților. Administrarea s-a realizat la finele unor sedințe de lucru.

5.5. Rezultate

Persoanele care adoptă un stil alimentar sărac în fructe și legume au un risc considerabil mai mare de a dezvolta patologie cardiovasculară comparativ cu persoanele care au un stil de alimentație bogat în fructe și legume ($X^2_{(1,216)}=83,51$ semnificativ la un prag $p<.001$)- $r^2=.386$ ceea ce ne indică existența unui efect puternic al comportamentului alimentar asupra stării de sănătate.

Persoanele care adoptă un stil de viață activ, au un risc considerabil mai mic de a dezvolta patologie cardiovasculară comparativ cu persoanele care au un stil de viață pasiv $X^2_{(1,216)}=62,025$ semnificativ la un prag $p<.001$.- $r^2=.287$ efect puternic.

Nefumătorii au un risc considerabil mai mic de a dezvolta patologie cardiovasculară comparativ cu persoanele fumătoare($X^2_{(1,216)}=67,814$ semnificativ la un prag $p<.001$) $r^2=.313$, ceea ce ne indică existența unui efect puternic al statutului de fumător asupra stării de sănătate a persoanei atât teoretic cât și practic.

Analiza statistică a datelor pune în evidență o asociere semnificativă între patologia cardiovasculară – respectiv hipertensiune și complicațiile acesteia- și persoanele de sex masculin $X^2_{(1,216)}=6,7$ semnificativ la un prag $p=.01$ dar un $r^2=.031$, ceea ce ne indică existența unui efect statistic redus motiv pentru care diferențele sesizate deși semnificative statistic nu au o valoare practică considerabilă.

Angajații cu un nivel al suportului social scăzut dezvoltă patologie cardiovasculară într-o proporție mai mare comparativ cu angajații care au un nivel al suportului social ridicat ($X^2_{(1,45)}=10,65$ semnificativ la un prag $p=.001$) $r^2=.23$, ceea ce ne indică existența unui efect puternic de asociere a unui suport social redus cu prezența patologiei cardiovasculare

Angajații cu un nivel al autoeficacității scăzut dezvoltă patologie cardiovasculară într-o proporție mai mare comparativ cu angajații care au un nivel al autoeficacității ridicat ($X^2_{(1,49)}=12,25$ semnificativ la un prag $p<.001$) $r^2=.25$, ceea ce ne indică existența unui efect puternic de asociere al autoeficacității scăzute cu prezența patologiei cardiovasculare.

Referindu-ne la starea de sănătate constatăm că persoanele cu patologie cardiovasculară prezintă în proporție de 97,6 % o stare de dezechilibru efort-recompensă comparativ cu persoanele sănătoase unde procentul celor care prezintă dezechilibrul efort-recompensă este de doar 54,0%. ($X^2_{(1,216)}=66,75$ semnificativ la un prag $p<.001$) $r^2=.309$, ceea ce ne indică existența unui efect puternic al dezechilibrului efort-recompensă asupra stării de sănătate a persoanei

Constatăm astfel că între cele două grupuri există diferențe statistic semnificative în ceea ce privește efortul depus în activitate, persoanele cu boli cardiovasculare percependu-l ca fiind mult mai mare decât persoanele sănătoase., $m=32,82$, $a.s.=6,93$ comparativ cu $m=23,10$ $a.s.=6,90$. [$t(214)=8,7$ la un $p<.001$ ** si un $r^2=.261$ mărimea efectului fiind puternică].

Diferențe marcante întâlnim și în ceea ce privește recompensa, aceasta fiind mult mai favorabil apreciată de către persoanele sănătoase comparativ cu persoanele cu hipertensiune. $m=45,62$, $a.s.=10,86$ comparativ cu $m=35,56$ $a.s.=9,79$. [$t(214)=-6,23$ la un $p<.001$ ** si un $r^2=.157$ mărimea efectului fiind puternică]

Situația se prezintă total diferită în cazul supra-angajamentului unde mediile sunt similare pentru persoanele cu patologie cardiovasculară și cele fără boli cornice. [$t(214)=,798$ la un $p=.426$ ns]

5.6. Discuții:

Referindu-ne la prima ipoteză a cercetării noastre care susține că *persoanele diagnosticate cu patologie cardiovasculară se expun la factori de risc individuali (comportamentul alimentar nesădit, lipsa de activități fizice, fumatul) într-o măsură mai mare comparativ cu persoanele sănătoase* studiul întreprins pune în evidență aceste asocieri cu mărimi ale efectelor puternic semnificative fapt ce ne permite să afirmăm cu siguranță că aceste asocieri apar și în realitate așa cum le citează de altfel și literatură de specialitate. Confirmarea prezenței acestor factori risc modificabili ai hipertensiunii era importantă deoarece pe aceștia se vor centra demersurile intervenționale în capitolele următoare.

Prevalența diferită a hipertensiunii în funcție de apartenența de gen nu a putut fi însă dovedită în studiul întreprins, deși studiile existente la nivel național dovedesc o prezență mai pregnantă a acestei patologii la persoanele de gen feminin în România. Studiul SEPHAR II (Dorobanțu, Darabont, Gheorghe, Babeș, Pop, Toma, Vasilecu, Dobreanu, Tăut 2012) studiu care realizează un portret robot al pacientului hipertensiv ca fiind „femeie, cu un nivel de educație mediu, cu venituri reduse și un stil de viață sedentar”. În afară de apartenența de gen, celelate elemente ale portretului robot se regăsesc în prezenta cercetare.

Cea de a treia ipoteză dovedește existența unei relații de asociere puternice între suportul social și autoeficacitatea scăzute și prezența patologiei cardiovasculare la angajați motiv pentru care vor fi analizați ca factori de risc personali moderatori în intervențiile ce vor fi derulate. Aceste rezultate susțin modelul HAPA Autoeficacitatea influențează procesele de planificare determinând luarea inițiativei, menținerea, schimbarea de comportament și gestionarea recidivelor,

fiind astfel implicată în factorul cognitiv iar factorul situațional este influențat de suportul social pe care persoana îl primește.

Cea de patra ipoteză vizează asocierea dezechilibrul efort recompensă cu patologie cardiovasculară. Studiul susține această asociere care este concordantă cu datele din literatura de specialitate. Peter & Siegrist (2000) arată că riscul relativ pentru apariția unui incident în patologia cardiovasculară este de la 1,22 la 8,89, deci superior valorii 1, de unde rezultă că angajații care depun un efort sporit și primesc recompense scăzute au un risc mai mare de apariție a patologiei cardiovasculare decât angajații aflați într-o situație opusă (efort scăzut și recompense mărite).

Referindu-ne la cea de a cincea ipoteză, care postulează că efortul, recompensele și supra-angajamentul angajaților diferă în funcție de starea de sănătate a acestora. (persoanele sănătoase versus persoane care suferă de hipertensiune și complicații ale acesteia) rezultatele studiului întreprins arată că persoanele hipertensive sunt supuse unui efort mai mare la locul de muncă comparativ cu persoanele sănătoase și primesc recompense mai reduse față de cele primite de persoanele sănătoase.

Tsutsumi & Kawakami (2004) au realizat o analiză pe 24 de studii care s-au concentrat asupra apariției patologiei cardiovasculare în mediul de muncă concluzionând că efortul ridicat și recompensele scăzute sunt asociate pozitiv cu incidentele cardiovasculare (Bosma, Peter, Siegrist et al., 1998; Niedhammer, Goldberg, Leclerc, David, Bugel, Landre, 1998; Peter, Alfredsson, Knutsson et al., 1999; Peter & Siegrist, 2000; Siegrist, Peter, Junge et al., 1990).

În ceea ce privește supra-angajamentul studiul întreprins nu pune în evidență diferențe semnificative, deși literatura de specialitate asociază unui supra-angajament mărit un risc de 4 ori mai mare de apariție a patologiei cardiovasculare. (van Vegchel, de Jonge, Bosma et al., 2004).

Datorită rezultatelor obținute analiza impactului supra-angajamentului nu va fi obiectiv al studiilor următoare, accentul îl voi pune pe dezechilibrul efort-recompensă.

5.7. Limite:

O limită a acestui studiu este dată de autoraportarea stări de sănătate și respectiv a patologiei cardiovasculare (hipertensiunii și complicațiilor sale) ceea ce poate reduce acuratețea încadrării angajaților și nivelul de educație relativ redus al participanților.

CAPITOLUL VI

IMPACTUL PROGRAMELOR DE EDUCATIE PENTRU SĂNĂTATE ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENȚII HIPERTENSIVI

6.1. Introducere

Calitatea vieții este un termen global care vizează starea de bine a unei persoane la nivel emoțional, social și somatic. Carr și Higginson (2001) considerau ca determinant principal al calității vieții măsura în care rezultatele evaluării stării de sănătate proprii concordă cu modelul personal ideal.

Cercetări recente arată că analiza calității vieții la pacienții cu hipertensiune reprezintă un aspect important ce trebuie avut în vedere, deoarece o calitate a vieții percepută ca scăzută reprezintă un factor de risc pentru complicații ulterioare și pentru evenimente cardiovasculare subsecvente (Li, Liu, Puente, Li, Jiang, Jin, Ma, Kong, Ma, He, Ma, Chen, 2005). Acestia au arătat - într-un studiu efectuat pe 4510 persoane cu hipertensiune arterială dintr-un total de 9703 participanți prezenți la studiu - utilizând regresie liniară multiplă - că pacienții cu hipertensiune au o calitate a vieții mai scăzută comparativ cu persoanele care nu prezintă această afecțiune în condițiile în care controlăm vârsta, sexul, aspectele socio-demografice și co-morbiditatea. Pacienții aflați sub tratament la care tensiunea arterială se situează în limite normale (este controlată) obțin scoruri de calitate a vieții înalte comparativ cu persoanele care controlează într-o mică măsură nivelul tensional.

De asemenea prin caracterul său permanent din momentul instalării, hipertensiunea arterială are efecte puternice asupra percepției de sine a individului care se alterează semnificativ comparativ cu pacienții normotensivi sau cu alte boli clinice (non- cronice) ($p < 0.0005$) (Stein, Brown, Brown, Sharma, Hollands și Stein, 2002). Autorii au obținut aceste rezultate pe un număr de 385 participanți dintre care 188 hipertensivi. Acești autori au arătat că o calitate a vieții percepută ca scăzută are efect negativ asupra complianței atât la tratamentul medicamentos cât și la demersurile de modificare a stilului de viață.

Un aspect important în tratamentul hipertensiunii este alegerea metodelor de intervenție care să nu interfereze cu calitatea vieții pacientului. Ori medicația prin efectele sale adverse reduce calitatea vieții pacientului pe anumite componente. Acesta este unul dintre motivele pentru care cercetătorii au apelat la programe de educație pentru sănătate cum este cel care promovează dieta DASH-dieta special construită pentru a spune stop hipertensiunii. Este o dietă bogată în fructe și vegetale și lipsită de colesterol. Toate studiile efectuate în care s-a utilizat această dietă au dovedit apariția unor scăderi semnificative ale presiunii arteriale corelate cu o creștere a calității vieții pacienților. (Plaisted, Lin, Ard, McClure, Svetkey, 1999) O evoluție în sens opus a valorilor presiunii sangvine și a calității vieții raportează și studiul întreprins de Batey, Kaumann, Racsyinski, Hollis, Murphy, Rosner (2000) pe 342 de participanți pacienți hipertensivi, scăderile valorilor tensionale fiind asociate cu o creștere a calității vieții.

Stephoe (2000) a măsurat nivelul presiunii sangvine (a tensiunii arteriale) pe parcursul zilei de lucru la 104 profesori care au fost împărțiți în două grupe, în funcție de nivelul suportului social pe care îl primesc (scăzut sau ridicat). Studiul a arătat că stresul are efecte diferite astfel participanții care beneficiază de un suport social ridicat din partea grupului, nu prezintă creșteri semnificative ale tensiunii arteriale atunci când sunt confrunțați cu un stres puternic ceea ce sugerează efectul de tampon al suportului social.

Rau și colab. (2001) au arătat într-un studiu efectuat pe 148 participanți din diverse domenii de activitate că persoanele care primesc un suport social scăzut în mediul de muncă,

manifestă o creștere semnificativă ale ritmului cardiac și HTA, valori care rămân ridicate și în timpul în care persoana nu se află la muncă sau doarme.

Cristakis și Fowler (2007) au dovedit într-un studiu longitudinal pe 12067 participanți derulat timp de 32 ani (Framingham Heart Study) că suportul social este un predictor pozitiv al comportamentelor sănătoase.

Cohen și Janicki- Deverts (2009) arată că rețeaua socială care oferă suport emoțional, informațional și material acționează ca un regulator al comportamentelor individului având și rolul de a facilita comportamentele sănătoase. Din acest considerent autorii recomandă luarea de măsuri care să determine îmbunătățirea suportului social al individului sau construirea unor rețele de suport solide din membrii existenți.

Pornind de la aceste cercetări am considerat calitatea vieții ca o modalitate eficientă de operaționalizare indirectă a impactului aderenței sau non-aderenței persoanei la programele de educație pentru sănătate în cazul pacienților hipertensivi și ne propunem să evidențiem impactul programelor de educație pentru sănătate propuse asupra calității vieții persoanelor hipertensive.

6.2. Obiectivele cercetării

1. Reliefa impactului programelor de educație pentru sănătate asupra calității vieții pacientului hipertensiv.
2. Relevarea efectelor suportului social familial perceput asupra evoluției calității vieții la pacienții diagnosticați cu hipertensiune arterială incluși în programele de educație pentru sănătate. (Este vorba de programele privind promovarea activității fizice și adoptarea unui stil de alimentație sănătos).
3. Identificarea unor factori care moderează calitatea vieții la pacienții cu HTA aflați în etapa de debut a bolii: autoeficacitatea, suportul social primit din partea familiei, gradul de normalizare a HTA și tipul programului de educație pentru sănătate la care pacientul aderă.

6.3. Ipoteze și design

1. Presupunem că aderența la programele de educație pentru sănătate determină o îmbunătățire a calității vieții la pacienții cu hipertensiune arterială.
Design unifactorial, intergrupă; Metoda: testul Student
2. Pacienții cu HTA care participă la programe de educație pentru sănătate multicomponentă vor avea o calitate a vieții superioară față de cea a pacienților care participă la programe de educație pentru sănătate monocomponentă.
Design unifactorial, intergrupă; Metoda: analiza de varianță
3. Pacienții cu HTA care percep la momentul diagnosticării ca având un suport social familial ridicat au o evoluție net mai favorabilă în ceea ce privește calitatea vieții comparativ cu pacienții care au un suport social familial perceput ca fiind mediu sau redus.
Design unifactorial, intergrupă; Metoda: analiza de varianță.
6. Calitatea vieții la pacienții cu HTA aflați în etapa de debut a bolii este moderată de autoeficacitate, suportul social primit din partea familiei, de gradul de normalizare a HTA cât și tipul programului de educație pentru sănătate la care pacientul aderă.
Regresie multiliniară în scop predictiv-explicativ

6.4. Metodă

6.4.1. Participanți

Numărul total de subiecți care au participat la studiu a fost de 164 dintre care aderente la cel puțin un program sunt 116 persoane, reprezentând 48,94% dintr-un total de 237 de persoane care au fost solicitate și care au fost diagnosticați cu hipertensiune arterială, ca urmare a controalelor de rutină și respectarea criteriilor de eligibilitate: (esentiale au o

educație generală minimă și un IQ mare sau egal cu 80, fara afecțiunii psihiatrice cunoscute și aderenți la medicație)

Subiecții provin din zona metropolitană Oradea.

Pacienții au fost invitați să participe la o prezentare care a avut rolul de a stimula implicarea în activității fizice și de a conștientiza impactul dietei asupra evoluției ulterioare a bolii. Prezentarea s-a finalizat cu o descriere a programelor propuse, focusată pe obiectivele acestora și competențele dobândite de participant pe parcursul programului, iar în încheiere aceștia au fost rugați să completeze un chestionar format din patru întrebări care vizau disponibilitatea lor de a participa la programele de intervenție propuse. Din 186 de persoane care au declarat că doresc să fie incluse în programul s-au prezentat 164 și au aderat la cel puțin un program 116. Participarea s-a realizat pe bază de voluntariat. Media de vârstă a participanților a fost 43,0 ani (44,3 ani la femei și 41,4 ani la bărbați). Aceștia provin din mediul rural în proporție de 70,68% cu studii generale sau medii 77,58%, căsătoriți 81,89% cu un venit mediu de 3,63 salarii minime pe economie, femei 58,62% și cu un număr mediu de 2,51 membri în familie. În ceea ce privește grupul de control acesta are caracteristici similare.

6.4.2. Probe administrate

În vederea atingerii obiectivelor propuse am administrat următoarele probe:

1. Scala de calitate a vieții Short Forms SF-36 (Ware, Kosinski și Keller, 1994).
2. Scala sentimentului de autoeficacitate (Schwarzer și Jerusalem, 1995)
3. Scala multidimensională a suportului social perceput SMSSP (Zimet, Dahlem, Zimet, Farley, 1988)

6.4.3. Procedura

Persoanele diagnosticate cu hipertensiune arterială au fost invitate într-o anumită zi stabilită anterior pentru luna următoare la o prezentare a ce este hipertensiunea și cum o monitorizăm, cu accent pe factorii de risc și în special pe factorii de risc modificabili ocazie cu care au fost rugați să completeze chestionarul prin care își exprimau interesul pentru participarea la programele de educație pentru sănătate. În fiecare lună pacienții identificați în luna anterioară și interesați de participarea la programe erau invitați la programul de educație. Activitățile au fost însoțite de furnizarea unor broșuri și pliante educative. Programele de educație pentru sănătate în care au fost incluși pacienții au fost:

1 Mănâncă sănătos! Un program axat pe educație pentru reducerea aportului de sare, grăsimi și carbohidrați și de a le înlocui cu legume și fructe. Aderența a fost evaluată prin autoraportare.

2 Activitatea fizică, prietenul meu! Un program axat pe educație pentru un stil de viață activ presupune o activitate intensă sau moderată de cel puțin trei ori pe săptămână, cu o durată de cel puțin 30 (treizeci) de minute. Aderența este evaluată prin autoraportare.

3 Trăiește sănătos!

Combină cele două programe anterioare.

Fiecare program a fost structurat pe trei părți:

1. Furnizarea de informații cu privire la consecințele alimentației nesănătoase și a lipsei activității fizice asupra HTA precum și furnizarea de materiale informative;
2. Ședințe de consiliere de grup -2 ședințe- prima axată pe rezolvarea de probleme în adoptarea unui comportament sănătos însoțită de demonstrații practice iar a doua axată pe discutarea dificultăților întâmpinate și a modalităților de soluționare a acestora;
3. Întâlniri de sprijin și de follow-up (1 întâlnire pe lună, timp de 2 luni, urmată apoi de discuții telefonice -1 discuție pe lună timp de încă 2 luni).

Post evaluarea s-a realizat între 5 luni și jumătate și 6 luni și jumătate prin evaluarea calității vieții pacienților și a gradului de aderență la programele de educație.

6.5. Rezultate

În ceea ce privește *tipul programului de educație* pentru sănătate în care persoana este implicată constatăm că programele multicomponent favorizează obținerea unei calități a vieții superioară față de cea a persoanelor implicate în programe monocomponent pe componenta vitalitate [F(2,113)=3,34 la un p=.039*, $F_{Levene}(2,113)=0,549$ la un p=.579 >.05, post-hoc Hochberg GT2 p=.049 și mărimea efectului $r^2=.049$ efect scăzut spre mediu] dar și în reducerea impactului stării emoționale asupra activităților desfășurate [F(2,113)=6,24 la un p=.003**, $F_{Levene}(2,113)=3,375$ la un p=.038<.05 post-hoc Games-Howel (p=.001 și mărimea efectului $r^2=.118$ efect mediu spre ridicat în comparația educație multicomponentă – exerciții fizice și p=.018 și mărimea efectului $r^2=.062$ efect mediu în comparația educația multicomponentă –alimentație sănătoasă)]

permițând persoanei totodată să își facă o autoevaluare mai favorabilă a propriei sănătăți mentale.[F(2,113)=5,54 la un p =.005**; $F_{Levene}(2,113)=1,22$ la un p=.296>.05 post-hoc Hochberg GT2 p=.004 și mărimea efectului $r^2=.089$ efect mediu]

Referindu-ne la *impactul suportului social* analizând *evoluția stării generale de sănătate* constatăm îmbunătățirea calității vieții pe această subscală la pacienți, în funcție de nivelul suportului social perceput ca fiind primit [F(2,113)=6,75 la un p=.002** $F_{Levene}(2,113)=5,76$ la un p=.004, post-hoc Games-Howel. pacienții care primesc un suport social mediu își îmbunătățesc considerabil calitatea vieții comparativ cu pacienții care percep că primesc un suport social scăzut ca urmare a participării la programele de educație pentru sănătate.(p=.003** și mărimea efectului $r^2=.098$ efect mediu), în timp ce pacienții aveau un nivel al suportului social oferit de familie ridicat își îmbunătățesc și ei semnificativ calitatea vieții pe această subscală comparativ cu pacienții care în același moment aveau un nivel al suportului social mediu ca urmare a participării la programele de educație pentru sănătate.(p=.001 ** și mărimea efectului $r^2=.132$ efect mediu spre puternic).

Pentru evoluția *impactului vitalității* analiza statistică nu pune în evidență diferențe în evoluția calității vieții în funcție de nivelul suportului social primit.[F(2,113)=1,84 la un p=.163 ns]

Evoluția funcționării sociale relevă îmbunătățirea calității vieții pe această subscală la pacienții care în momentul diagnosticării HTA au nivele diferite ale suportului social familial [F(2,113)=8,00 la un p=.001**; $F_{Levene}(2,113)=5,96$ la un p=.003<.05 hoc Games-Howel]. Pacienții care primesc un suport social mediu își îmbunătățesc considerabil calitatea vieții ca urmare a participării la programele de educație pentru sănătate comparativ cu pacienții care percep că primesc un suport social scăzut (p=.035** și mărimea efectului $r^2=.053$ efect scăzut spre mediu) în timp ce pacienții care la momentul diagnosticării HTA aveau un nivel al suportului social oferit de familie ridicat își îmbunătățesc și ei semnificativ calitatea vieții pe această subscală ca urmare a participării la programele de educație pentru sănătate comparativ cu pacienții care în același moment aveau un nivel al suportului social oferit de familie mediu .(p=.001 ** și mărimea efectului $r^2=.180$ efect puternic).

Modificarea calității vieții ca urmare a *impactului stării emoționale, a stării de sănătate mentală și a scorului compozit al sănătății mentale* în funcție de nivelul suportului social perceput ca fiind primit în momentul diagnosticării HTA este inconsistentă [F(2,113)=1,80 la un p=.169 ns ;F(2,113)=,400 la un p=.671 ns respectiv F(2,113)=,584 la un p=.559 ns]

Dezbătând *evoluția scorului compozit al sănătății fizice* constatăm că există diferențe consistente în îmbunătățirea calității vieții pe această subscală la pacienții care percep că primesc un suport social din partea familiei scăzut, mediu sau ridicat. [F(2,113)=7,97 la un p=.001** $F_{Levene}(2,113)=3,61$ la un p=.03 <.05 post-hoc Games-Howel]. Pacienților care la momentul diagnosticării HTA aveau un nivel al suportului social oferit de familie mediu comparativ cu pacienții care în același moment aveau un nivel al suportului social oferit de familie ridicat, în sensul că pacienții care primesc un suport social ridicat își îmbunătățesc mai

mult calitatea vieții pe această componentă ca urmare a participării la programele de educație pentru sănătate ($p < .001^{**}$ și mărimea efectului $r^2 = .161$ efect puternic).

În încercarea de identificare a predictorii care ne ajută să estimăm cel mai bine calitatea vieții pacienților diagnosticați cu HTA în etapa de debut a bolii am efectuat o analiză de regresie multiliniară în scop predictiv care examinează măsura în care calitatea vieții pacientului cu HTA participant în programe de educație este moderată de (pornind de la modelul HAPA) suportul social familial (cu cât este mai ridicat cu atât motivația continuării efortului rămâne ridicată), nivelul de autoeficacitate manifestat de persoană, tipul de program de educație pentru sănătate, gradul de normalizare a HTA-ului precum și o serie de variabile demografice cum sunt nivelul veniturilor medii pe familie și educația ca variabile Dummy.

Autoeficacitatea este predictorul cel mai eficient al calității vieții legate de funcționarea fizică a unei pacient cu HTA aflat în etapa de debut a bolii $\beta = .517$; $t = 6.06$ $p < .001^{**}$ explicând 21,25% ($.461^2$) din variabilitatea calității vieții legate de funcționarea fizică alături de care mai intervin nivelul de educație $\beta = .506$; $t = 5.06$ $p < .001^{**}$ dar și suportul social $\beta = .226$ $t = 2.46$ $p < .02^*$ și cu un impact negativ venitul mediu pe familie $\beta = -.486$ $t = -4.75$ $p < .001^{**}$, mărimea efectului fiind $.13$ ($.365^2$)

În ce privește calitatea vieții evidențiată de subscala impactului disfuncțiilor fizice asupra activităților de rol autoeficacitatea este predictorul cel mai important $\beta = .496$; $t = 4.677$ $p < .001^{**}$ explicând 19,53% ($.442^2$) din variabilitatea calității vieții pe această subscală alături de diagnosticarea HTA ca incontrollabilă, care intervine în sensul diminuării calității vieții pe această subscală. $\beta = -.222$ $t = -2.15$ $p < .04^*$

În cazul pacienților diagnosticați cu HTA aflați în faza de debut a bolii variabila autoeficacitatea ($\beta = .400$; $t = 3.81$ $p < .001^{**}$) și tipul programului de educație pentru sănătate ($\beta = .293$; $t = 2.585$ $p < .02^*$) au cea mai mare pondere în modificarea calitatea vieții dată de impactul acuzelor somatice.

În acest caz doar pentru autoeficacitate avem o mărime a efectului peste medie 12,67% ($.356^2$), ceea ce ne permite să susținem existența unei asocieri importante a acestei cu impactul acuzelor somatice..

În cazul subscalei funcționării sociale principalii predictorii confirmați de analiza statistică sunt autoeficacitatea $\beta = .611$; $t = 6.67$ $p < .001^{**}$ având o mărime a efectului puternică 29.7%. Nivelul studiilor. $\beta = .214$; $t = 1.99$ $p = .05^*$ 2,65% ($.163^2$), având o mărime a efectului scăzută, suportul social oferit de familie pacientului aflat în etapa de debut a bolii $\beta = .233$ $t = 2.35$ $p = .021^*$ și tipul de program de educație pentru sănătate $\beta = .221$ $t = 2.23$ $p < .03^*$ acestea având însă mărimi ale efectului reduse 3,72% ($.193^2$) și respectiv 3,3% ($.182^2$)

Referindu-ne la calitatea vieții pe subscala scorului compozit al sănătății fizice principalii predictorii sunt autoeficacitatea $\beta = .624$; $t = 7.43$ $p < .001^{**}$ mărimea efectului puternică 30,91% ($.556$), nivelul studiilor $\beta = .386$; $t = 3.93$ $p < .001^{**}$ mărimea efectului 8,53% ($.293^2$), suportul social $\beta = .258$ $t = 2.86$ $p < .01^*$ și venitul mediu pe familie $\beta = .357$ $t = 3.56$ $p < .001^{**}$, acestea din urmă având o mărime a efectului medie ($.266^2$)

Modelul regresiei permite o *estimare a calității vieții* mult mai acurată pe subscalele calității vieții fizice comparativ cu estimarea realizată pe baza valorilor medii iar impactul autoeficacității ca predictor al calității vieții este cert atât statistic cât și practic – mărimea efectului autoeficacității ca factor în modelul de regresie fiind în majoritatea subscalelor peste medie.

Pe lângă factorul cognitiv un rol important îl are și factorul situațional reprezentat de suportul social pe care persoana îl primește. Astfel un suport social familial perceput ca ridicat facilitează funcționarea fizică a persoanei ($\beta = .226$) și atenuează impactul perceput de pacient pentru unele modificări fiziologice apărute pe care acesta le subestimează ca amploare ($\beta = .195$) facilitând totodată implicarea în activități sociale ($\beta = .233$).

În ceea ce privește percepția stării de sănătate actuale ca predictor (hipertensiune controlată- necontrolată) un pacient care știe că nivelele sale tensiune nu sunt în limite normale ca urmare a medicației administrate va fi reținut în activitățile desfășurate impuse de rolurile persoanei în cadrul comunității, a familiei, și a organizației unde își defășoară activitatea ($\beta = -.222$). și va acorda o atenție sporită oricărui indiciu fiziologic care consideră că poate constitui un semnal alarmă pentru boala sa ($\beta = .230$).

Studiul arată că implicarea pacienților în programe de educație pentru un comportament alimentar sănătos și o viață activă prin practicarea de activități fizice constituie factori importanți în îmbunătățirea calității vieții pacientului hipertensiv. Alături de aceștia un rol important îl are autoeficacitatea și suportul social oferit de familie pacientului- ca mecanisme de sprijin în acest demers laborios moderate însă de modul în care pacientul percepe situația sa actuală de sănătate (hipertensiune controlată sau necontrolată).

6.6. Discuții:

Analiza calității vieții la pacienții cu hipertensiune reprezintă un aspect important ce trebuie avut în vedere, deoarece o calitate a vieții percepută ca scăzută reprezintă un de risc pentru complicații ulterioare și pentru evenimente cardiovasculare subsecvente. (Li, Liu, Puente, Li, Jiang, Jin, Ma, Kong, Ma, He, Ma, Chen, 2005). Pacienții cu hipertensiune au o calitate a vieții mai scăzută comparativ cu persoanele care nu prezintă această afecțiune, în condițiile în care controlăm vârsta, sexul, aspectele socio-demografice și comorbiditatea.

R Erickson, Breut, Williams și Gruppen (2004) arată că la pacienți cu hipertensiune arterială că un procent mare de simptome ale bolii se asociază cu o calitate a vieții scăzută.

Stein, Brown, Brown, Sharma, Hollands și Stein, (2002). că o calitate a vieții percepute ca scăzută în cazul persoanelor hipertensive are efect negativ asupra complianței atât la tratamentul medicamentos cât și la demersurile de modificare a stilului de viață.

Prima ipoteză a acestei cercetări *Presupune că aderența la programele de educație pentru sănătate determină o îmbunătățire a calității vieții la pacienții cu hipertensiune arterială* Constatăm în momentul începerii cercetării că grupul experimental și grupul de control sunt echivalente din punct de vedere al calității vieții pacienților, singura excepție fiind subscale "impactul disfuncțiilor fizice asupra activităților de rol" și aici însă diferențele reliefate au o mărime a efectului scăzută, Rezultatele arată o creștere a scorurilor calității vieții la 6 luni după programul de educație pentru sănătate în ceea ce privește funcționarea fizică, impactul disfuncțiilor fizice asupra activităților de rol, a vitalității și stării generale de sănătate fizică. Rezultate similare au obținut într-un studiu longitudinal pe 1034 de persoane hipertensive Wang, Zhao, He, Ma, Yan, Scin, Liu, Gu, Zao și He (2009) care au demonstrat prin regresie liniară multiplă că pacienții hipertensivi care nu reușesc să-și controleze nivelele tensionale au o calitate a vieții mai precară; cel mai puternic afectate fiind planul fizic, dimensiunile funcționării fizice și al impactului disfuncțiilor fizice asupra limitării activităților în timp ce planul funcționării mentale este mai puțin afectat. Acuzele somatice își reduc impactul, calitatea vieții îmbunătățindu-se și pe această dimensiune. În ceea ce privește planul funcționării sociale obținem și aici unele îmbunătățiri ale calității vieții, impactul stării emoționale asupra calității vieții se reduce determinând o creștere a calității vieții, același trend întâlnindu-l și în ceea ce privește starea de sănătate mentală -mărimea efectului fiind puternică în ambele cazuri. Implicarea – în cel puțin unul- din programele de educație pentru sănătate organizate determină o îmbunătățire semnificativă a funcționării fizice la pacienții hipertensivi aflați în etapa de debut a bolii aderenți la medicație.

Îmbunătățiri apar și în ceea ce privește grupul de control pe subscalele acuze somatice și vitalitate, medicația reducând simptomele somatice de disconfort, gen dureri de cap, situație care determină o scădere a limitărilor și astfel implicarea în activități cotidiene tinde să revină la nivelul dinaintea apariției simptomatologiei, chiar dacă pacientul conștientizează impactul negativ al implicării sale în activități foarte solicitante și le evită. Această îmbunătățire se va

resfrânge în mod pozitiv și asupra calității vieții mentale așa cum era de așteptat. Totuși calitatea vieții pe aceste subscale deși se îmbunătățește rămâne inferioară calității vieții obținută de pacienții care participă la programe de educație pentru sănătate.

La pacienții care nu sunt aderenți la programele de educație pentru sănătate rămâne totuși la un nivel mai redus calitatea vieții asociată funcționării fizice a persoanei care se va resimți atât în performanțele fizice cât și în activitățile curente legate de muncă și activități zilnice. De asemenea funcționarea socială va fi afectată în continuare fiind posibile interferențe între problemele fizice și emoționale cu activitățile sociale. Aderarea doar la medicație duce la o îmbunătățire a calității vieții pacientului segmentară- doar pe anumite aspecte- nepermițând totuși pacienților să ajungă la nivele ale calității vieții similare cu ale celor care participă la programele de educație pentru sănătate pe niciuna din subscalele calității vieții.

Pornind de la modelul HAPA Health Action Process Approach constatăm că subiecții din gupul de control rămân în faza motivațională, fază de luare a deciziei, de modificare a comportamentului –fără a reuși să depășească cu succes cea de a doua fază – cea volițională în care are loc adoptarea propriu zisă a acestuia. Doar subiecții grupului experimental reușesc să parcurgă cu succes ambele faze – cea motivațională și cea volițională – formulând un plan de acțiune și dezvoltând un plan de implementare a acestuia în practică al cărui efect este adoptarea comportamentului de sănătate propus. Autoeficacitatea influențează procesele de planificare, determinând luarea inițiativei și stabilirea obiectivului –în cazul nostru aderarea la un stil alimentar sănătos, intensificarea activității fizice sau ambele- dar și de menținerea, schimbarea comportamentului și gestionarea recidivelor, Schwartz și Luszczynska (2005). Totodată persoanele cu nivel de autoeficacitate ridicat, ne așteptăm să opteze pentru a trăi sănătos adică a se implica în ambele programe în paralel, deoarece persoanele cu o puternică autoeficacitate vor selecta mai multe obiective provocatoare, DeVellis, DeVellis(2000), aceștia văzând schimbarea ca pe o oportunitate nu ca un obstacol. Acest proces merită analizat mai amănunțit pentru a vedea care anume sunt factorii situaționali cu impact major sau barierele situaționale, pentru a putea elabora programe de intervenție punctuale care să faciliteze depășirea momentului de proiectare a acțiunii și să permită dezvoltarea planurilor de implementare și transpunerea lor în practică.

În ceea ce privește cea de a doua ipoteză, care susține că *pacienții cu HTA care participă la programe de educație pentru sănătate multicomponentă vor avea o calitate a vieții superioară față de cea a pacienților care participă la programe de educație pentru sănătate monocomponentă.*

În vederera evidențierii impactului programelor de educație pentru sănătate, am analizat nivelul calității vieții pre-intervenție în cele trei grupe comparate - sunt echivalente.

Pentru a ilustra efectul programelor de educație pentru sănătate asupra calității vieții pacienților, am comparat nivelele calității vieții la 6 luni post intervenție pe cele trei eșantioane utilizând de asemenea un design unifactorial intragrupal și analiza de variație.

Analiza statistică relevă o îmbunătățire a *vitalității* pentru persoanele care se implică în program de educație pentru sănătate multicomponentă AS+S comparativ cu persoanele care se implică în programe de educație pentru sănătate unicomponentă adică AS sau S ($p=.049$ și mărimea efectului $r^2=.049$ efect scăzut spre mediu). Conform modelului HAPA Health Action Process Approach, ne așteptăm ca persoanele care au participat la programe de educație pentru sănătate multicomponentă să aibă și un nivel de autoeficacitate semnificativ mai ridicat comparativ cu persoanele care au participat la programe monocomponentă, autoeficacitatea fiind considerată vectorul care gestionează dificultatea scopurilor pe care persoana și le alege Schwarzer(1996).

Constăm astfel că pacienții care participă la programe de educație pentru sănătate multicomponentă, au o calitate a vieții superioară celei a pacienților care participă la programe de educație pentru sănătate monocomponentă- indiferent că aceste sunt focusate pe o alimentație sănătoasă sau pe exerciții fizice, mărimea efectului fiind mediu spre ridicat, în comparația educația multicomponentă –exerciții fizice și efect mediu în comparația educație

multicomponentă –alimentație sănătoasă), fapt ce ne permite să susținem cu toată încrederea un impact al stării emoționale asupra calității vieții persoanei mai redus în cazul participanților la programul de educație multicomponentă comparativ cu participanții la programul de educație monocomponentă. Acest fapt este concordant cu modelul HAPA, deoarece o autoeficacitate mai ridicată se asociază unui impact mai redus al stărilor emoționale asupra activității persoanei și deci o calitate a vieții superioară. Rees, Dyakova, Wilton, Ward, Thoragod și Brunner (2013) într-un studiu meta-analtic efectuat pe 18.175 participanți, din 45 studii, în cadrul cărora au fost promovate 52 de tipuri de intervenții, concluzionează că intervențiile pe dietă își fac simțit impactul maxim la 1 an după implementare, ceea ce poate explica mărimea efectului mediu obținut de noi post-evaluarea realizându-se la 6 luni. Putem deci concluziona că participarea la programe de educație pentru sănătate multicomponent facilitează obținerea unei calități a vieții superioare față de cea a participanților la programele de educație pentru sănătate monocomponentă, în ceea ce privește capacitatea de implicare activă în activitățile defășurate dar și reducerea impactului stării emoționale asupra acestora permițând o evaluare mai favorabilă a propriei sănătății mentale. Analizând un alt factor definitoriu al modelului HAPA și anume – suportul social –am considerat suportul social familial ca fiind de impact major în susținerea aderenței la tratament a pacienților analizați datorită nivelului socio-economic mediu și a caracteristicilor mediului de proveniență majoritar – cel rural pecum și a modelului familiei tradiționale. Vitaliano Scanlan, Zhang, Savage, Brunett, Barefoot(2001), ajung la concluzia că modul în care suportul social intervine, ca mediator sau ca moderator, nu este încă clar. Dunbar-Jacob & Schlenk (2001) susțin că suportul social poate influența aderența pacientului la prescripțiile medicale fie că este vorba de medicație, fie de modificări ale stilului de viață.

Astfel pacienții cu HTA care percep ca primind din partea familiei un suport social ridicat își îmbunătățesc calitatea vieții considerabil mai mult decât pacienții care percep ca primind un suport social mediu în ceea ce privește funcționarea fizică, impactul disfuncțiilor de rol- se diminuează, starea generală de sănătate se intensifică, la fel și scorul compozit al sănătății fizice ca urmare a participării lor la programele de educație pentru sănătate. O evoluție similară întâlnim în comparația dintre pacienții care percep ca primind din partea familiei un suport social scăzut comparativ cu cei care percep ca primesc un suport social mediu în sensul că aceștia din urmă își îmbunătățesc considerabil mai mult starea generală de sănătate și funcționează mai bine în activitățile sociale (afirmație pe care o putem face cu încredere, mărimile efectului fiind peste medie în toate aceste cazuri). Rezultatele obținute sunt în concordanță cu modelul HAPA conform căruia suportul social primit este un factor situațional direct relaționat cu adoptarea comportamentelor de sănătate, un suport social înalt favorizând adoptarea acestora, reflectată în acest studiu printr-o calitate a vieții superioară celei a pacienților cu suport social mediu sau redus.

Într-un studiu metaanalitic efectuat Di Matteo(2004) arată că suportul social practic are rolul definitoriu în aderența la tratament a pacientului.

În aceeași direcție cu rezultatele cercetării întreprinse de noi vin și cercetările efectuate de Bane, Hughe, Mc Elyan (2006) pe un eșantion de 139 hipertensivi care arată că pacienții aderenți la tratament au nivele ale autoeficacității mult superioare comparativ cu cei nonaderenți.

Vom analiza în continuare impactul variabilelor din modelul HAPA asupra calității vieții pacientului la 6 luni post intervenției. Variabilele analizate sunt: autoeficacitatea ca și componentă a etapei motivaționale, suportul social ca factor situațional și gradul de normalizare al HTA (hipertensiune controlată – necontrolată) ca risc perceput și tipul programului în care se implică ca și expectanță cu privire la rezultat alături de care mai apar ca variabile dummy nivelul economic și educația – ca operaționalizări ale factorilor sociali și de mediu.

Calitatea vieții la pacienții cu HTA aflați în etapa de debut a bolii este modulată de autoeficacitatea, suportul social primit din partea familiei, de gradul de normalizare al HTA și tipul programului de educație pentru sănătate la care pacientul aderă.

Analiza de regresie multiliniară în scop predictiv a dus la modele explicative superioare estimărilor pe baza mediei pentru majoritatea subscalelor calității vieții. Constatăm astfel că în estimarea calității vieții pe componenta funcționării fizice, autoeficacitatea este predictorul cel mai important reușind să explice 21,25% din variabilitatea calității vieții pe această componentă în condițiile în care ceilalți factori rămân constanți. Calitatea vieții dată de funcționarea fizică se îmbunătățește odată cu creșterea autoeficacității, a suportului social oferit de familie, și a nivelului de educație al persoanei și invers relaționat cu nivelul economic.

În ceea ce privește impactului disfuncțiilor fizice asupra activităților de rol constatăm că cel mai important predictor este autoeficacitatea a cărei mărime a efectului este puternică ($.442^2$). Aceeași situație o întâlnim și în ceea ce privește impactul acuzelor somatice asupra activităților desfășurate căreia i se alătură venitul mediu pe familie și nivelul de educație (studiile)- împreună acestea ne permit să facem o estimare destul de acurată a acestei componente explicând 58,2 % din dispersia rezultatelor calității vieții pe această subscală.

Cinci dintre predictorii se relaționează direct- pozitiv cu calitatea vieții apreciată de persoană ca urmare a durerilor resimțite și aceștia sunt: Autoeficacitatea, suportul social, programul de intervenție, gradul de normalizare al HTA și venitul mediu pe familie, iar studiile se relaționează negativ. O mărime a efectului medie care să ne dea certitudinea unei asocieri clare între predictor și criteriu în practică întâlnim la autoeficacitate, studii, venit și programul de intervenție. Altfel spus o persoană care are o autoeficacitate ridicată, studii superioare, un venit ridicat (peste trei salarii minime nete pe economie) și care participă la programul de educație pentru sănătate multicomponentă, beneficiind totodată de un suport social ridicat din partea familiei, va avea o calitate a vieții pe această dimensiune peste medie (toate împreună explicând 58,2% din variabilitatea calității vieții) ceea ce se transpune prin apariția unor limitări reduse în activitatea curentă ca urmare a durerilor resimțite.

În ceea ce privește vitalitatea ca și componență a calității vieții o asociere clară – cu o mărime a efectului- mediu sau peste medie- întâlnim doar pentru autoeficacitate ca predictor - dintre cei studiați.

Implicarea autoeficacității ca predictor în activitățile fizice ale persoanei o dovedește și Idowu, Adeniyi, Atijosan, Ogwumike(2013) care obțin un $r_s=.67$, $p<.01$ într-un studiu realizat pe 200 de pacienți hipertensivi.

Referindu-ne la funcționarea socială și aici ecuația de regresie duce la estimări superioare celor efectuate pe baza valorilor medii ale predictorilor. Dintre cei analizați cel mai important impact îl au autoeficacitatea, studiile, suportul social și tipul programului de educație pentru sănătate, toți cei patru predictorii având o relație directă cu funcționarea socială a persoanei.

Calitatea vieții relationată cu starea fizică globală a persoanei măsurată de „subscala scorului compozit al sănătății fizice” este estimată– pozitiv de auto-eficacitate, studii, venitul mediu al persoanei dar și de suportul social oferit de familie, autoeficacitatea fiind însă cel mai important predictor, explicând 30,9% ($.556^2$) din variabilitatea acestei subscale a calității vieții.

Rezultatele obținute sunt în aceeași direcție cu modelului HAPA care consideră autoeficacitatea ca un predictor direct al intențiilor și al comportamentelor persoanei, influențând activitatea și efortul de a schimba comportamentul de risc precum și persistența de a continua lupta, în ciuda tuturor obstacolelor și eșecurilor care submină motivația persoanei. Astfel autoeficacitatea deși direct legată de comportamentele de sănătate le influențează pe acestea și indirect prin impactul său asupra obiectivelor.

Cercetarea realizată dovedește impactul clar al autoeficacității ca predictor pe componenta fizică a calității vieții – majoritatea subscalelor sale și implicarea sa redusă ca predictor pentru calitatea vieții pe subscalele funcționării mentale.

Modelul regresiei permite o estimare mult mai fină a calității vieții, pe subscalele calității vieții fizice, comparativ cu estimarea realizată pe baza valorilor medii iar impactul

autoeficacității ca predictor al calității vieții este cert atât statistic cât și practic – mărimea efectului autoeficacității ca factor în modelul de regresie fiind în majoritatea subscalelor peste medie.

Impactul autoeficacității în aderența pacientului hipertensiv a fost dovedit și de Breaux-Shropshire, Brown, Pryor și Maples (2012) care identifică o relație puternică între cele două ($r=.549$ $p<.05$)

Pe lângă factorul cognitiv un rol important îl are și factorul situațional reprezentat de suportul social pe care persoana îl primește. Astfel, un suport social familial perceput ca ridicat facilitează funcționarea fizică a persoanei ($\beta=.226$) și atenuează impactul perceput de pacient pentru unele modificări fiziologice apărute, pe care le subestimează ca amploare ($\beta=.195$) facilitând totodată implicarea în activități sociale ($\beta=.233$).

Analiza statistică realizată dovedește implicarea suportului social familial în predicția calității vieții pe subcomponentele vieții fizice – pe patru din subscale, dar mărimea efectului obținut este în cele mai multe situații redus ceea ce pune sub semnul întrebării existența sa ca predictor în practică.

În ceea ce privește gradul de normalizare al HTA (hipertensiune controlată-versus necontrolată) ca modalitate de evaluare a riscului perceput și acesta apare ca un predictor al calității vieții în câteva din subscalele funcționării fizice. Astfel un pacient care știe că nivelele sale tensionale nu sunt în limite normale, ca urmare a medicației administrate va fi reținut în activitățile desfășurate impuse de rolurile persoanei în cadrul comunității, a familiei și a organizației unde își desfășoară activitatea ($\beta=-.222$), și va acorda o atenție sporită oricărui indiciu fiziologic care consideră că poate constitui un semnal de alarmă pentru boala sa ($\beta=.230$).

Implicarea acestor factori în aderența la programe de educație pentru sănătate axate pe o alimentație sănătoasă, dietă și practicarea de activități fizice este dovedită și de către Lee, Han, Song, Kim, Kim, Ryu, Kim (2009) care au realizat un studiu pe 445 hipertensivi de vârstă medie aflați sub medicație, în cadrul căruia au aratat că autoeficacitatea este predictorul cel mai important explicând 18% din variabilitatea aderenței la programele de intervenție.

Și în cazul cercetării de față autoeficacitatea a fost principalul predictor ea explicând între 30.9% și 12,67% din variabilitatea calității vieții.

Studiul arată că implicarea pacienților în programe de educație pentru un comportament alimentar sănătos și o viață activă prin practicarea de activități fizice constituie factori importanți în îmbunătățirea calității vieții pacientului hipertensiv. Alături de aceștia, un rol important îl are autoeficacitatea și suportul social oferit de familie pacientului- ca mecanisme de sprijin în acest demers laborios, modulate însă de modul în care pacientul percepe situația sa actuală de sănătate. (hipertensiune controlată sau necontrolată)

În baza rezultatelor prezentului studiu consider ca oportună propunerea realizării unor studii pilot pentru evaluarea în termeni economici de costuri- beneficii a unor programe de educație pentru sănătate, axate pe aceste componente: comportament alimentar și creșterea aderenței la activități fizice, în vederea reducerii riscului de apariție a hipertensiunii, validate prin studii longitudinale în vederea introducerii în curricula preuniversitară a unor activități educative axate pe aceeași problematică ca și politică de prevenție primară dar și ca o măsură de prevenție guvernamentală.

Limite:

Prima pe care aș aminti-o este cea legată de selecția subiecților. Participarea fiind pe bază de voluntariat motivația pentru schimbare a pacienților a fost unul din factorii care au influențat opțiunea și constituie o sursă de eroare în evaluarea eficienței programelor alături

de care intervine evaluarea subiectivă (prin autoraportare) a statutului de aderent sau non-aderent la programele pentru educație pentru sănătate.

Repartiția pe sexe diferită a fost o altă limită a cercetării, ponderea femeiiilor fiind mai mare decât a bărbaților dar în concordanță cu alte cercetări de specialitate care dovedesc o rată de aderență mai mare la programele de educație pentru sănătate în rândul femeiiilor la fel ca și prevalența HTA care este mai mare în rândul femeiiilor în România (Dorobantu, Darabont, Ghiorghe, Babes, Pop, Toma, Vasilescu, Dobreanu, Taut, 2012).

CAPITOLUL VII

EFICACITATEA INTERVENȚIILOR PSIHLOGICE ÎN RENUNȚAREA LA FUMAT A PERSOANELOR HIPERTENSIVE -FACTORI MODERATORI

7.1. Introducere

Krantz & McCenez,(2002) a identificat stresul cronic al muncii ca fiind un factor psihologic care contribuie semnificativ la apariția patologiei cardiovasculare. Apariția bolilor cronice legate de stres precum și impactul acestuia asupra sănătății persoanei au fost examinate cu ajutorul a diferite modele teoretice (Karasek & Theorell, 1990; Levi, Bartlez, Marmot, Karasek, Theorell, Siegrist et al., 2000; Semmer & Mohr, 2001; Siegrist, 2002b).

Modelul efort - recompensă – instabilitatea (ERI), este modelul (Siegrist, 1996) care sugerează că reciprocitatea între efort și recompensă și angajamentul pentru muncă, s-a impus în determinarea sănătății individului și a stării de bine cu atât mai mult cu cât acest model a fost creat special pentru patologia cardio-vasculară. De la introducerea acestui model de către Siegrist în 1986, modelul ERI a câștigat o atenție considerabilă în special în cercetarea japoneză și europeană existând numeroase studii care au utilizat acest model pentru studiul sănătății organizaționale (Siegrist, 1986; Siegrist, 2002b; van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2004).

În afară de factorii amintiți mai sus, stresul indus de muncă este influențat de o serie de particularități ale individului, cum ar fi sentimentul coerenței (Antonovskz, 1979, 1987; Udris, 1990), autoeficacitatea sau suportul social (Schwarzer, Knoll, & Rieckmann, 2003).

Belkiz (Belkic, Landsbergis, Schnall et al., 2004) au concluzionat că există o evidență puternică și consistentă a unei asocieri între expunerea la stresul muncii și patologia cardiovasculară, în special printre bărbați.

Condițiile de efort ridicat și recompense scăzute au demonstrat în mod repetat că sunt asociate pozitiv cu incidentele evenimentelor coronare (Bosma, Peter, Siegrist et al., 1998; Niedhammer, Goldberg, Leclerc, David, Bugel, & Landre, 1998; Peter, Alfredsson, Knutsson et al., 1999; Peter & Siegrist, 2000; Siegrist, Peter, Junge et al., 1990).

Fumatul este considerat unul din factorii de risc major pentru bolile cardiovasculare. În comparație cu nefumătorii, șansele apariției patologiei cardiovasculare Odds ratio (OR-raportul șanselor) sunt de aproape două ori mai mari (Tunstall-Pedoe, Woodward, Tavendale, Brook, McCluskez, 1997). Studii recente estimează în cazul pacienților cu patologie cardiovasculară care stopează fumatul, o rată a mortalității diminuată cu 36 % (Critchley și Capewell, 2003). Studiile arată ca benefice chiar și simplele sfaturi axate pe controlul respirației determinând o creștere a ratei de renunțare la fumat OR cuprins între 1,45-1,98 în comparație cu fumătorii nonaderenți la intervențiile antifumat (Silagz, Stead, 2004). Implementarea unor tehnici terapeutice de grup a evidențiat o reducere cu aproape jumătate a numărului fumătorilor comparativ cu pacienții care nu participă la programe anti-fumat OR-1,97 (1,57-2,48)(Stead, Lancaster, 2005).

Totuși abordările moderne în domeniul sănătății ocupaționale merg pe teoria unor intervenții cu costuri cât mai scăzute iar intervențiile de grup sunt în topul preferințelor din acest punct de vedere. (Mastroiani, Staberg, Walker, 2014)

Studiul metaanalitic efectuat de Barth, Critchley și Bengel (2006) asupra pacienților cu patologie cardiovasculară, fumători, arată că în cazul asocierii abordărilor terapeutice comportamentale cu tehnici motivaționale, pacienții care au primit acest tip de intervenții psiho-sociale a renunțat la fumat de două ori mai mulți comparativ cu cei care au fost supuși unor intervenții ce merg pe o singură abordare terapeutică: OR= 1,93 (95% CI = 1,39 – 2,69 n= 2923).

A fost o eterogenitate considerabilă între studiile individuale $\chi^2(18) = 64,75, p \leq 00001$ ($I^2 = 72,2\%$). Această eterogenitate se datorează în principal limitărilor metodologice ale studiilor. Un astfel de program este programul propus de mine care îmbină abordarea rațional- emotiv-comportamentală cu modelul factorilor de risc și de protecție (Stead și Lancaster, 2004)

7.2. Obiectivele cercetării

- 3 Ilustrarea importanței suportului social perceput- post intervenție asupra eficienței intervenției anti-fumat în funcție de particularitățile mediului organizațional;
- 4 Identificarea factorilor psiho-sociali din mediul organizațional care acționează ca factori de risc sau factori moderatori în cadrul intervenției de sănătate organizațională ce vizează îmbunătățirea stării de bine, în mediul organizațional prin reducerea fumatului;
- 5 Reliefarea factorilor care moderează eficiența intervenției anti-fumat în mediul organizațional, în vederea derulării unor programe de sănătate ocupațională - vizând adicția la tutun cu impact maxim asupra grupului de muncă - ținând cont de particularitățile specifice ale mediului organizațional și patologia pe care o prezintă persoanele participante la cercetare.

7.3. Ipoteze și design

1. Grupul de suport organizațional „peer” potențează eficiența intervenției anti-fumat.

Design bifactorial intergrup, 2x2; variabile dihotomice,

Metoda: Măsurile ale asocierii RR și OR

2. Dezechilibrul efort recompensă perceput de către angajat crește riscul pentru recădere (scade șansele de abținere la fumat).

Regresie logistică – testul Wald și testul Mantel-Haenszel

3. Suportul social perceput post-intervenție este un predictor important al perioadei de abținere. Un suport social perceput ca mare la finele intervenției – în special din partea mediului de suport- se asociază cu un comportament de nefumător la un an de la finalizarea intervenției.

Design bifactorial mixt, inter și intragrup, 2x2;

Metoda:- Analiza de varianță.

- Regresie multiliniară în scop explicativ

4. Dezechilibrul efort recompensă și tipul intervenției la care este supusă persoana sunt predictorii importanți ai perioadei de abținere la tutun. O stare de echilibru recompensă – muncă percepută de persoană și intervenția cu grup de suport „peer” măresc șansele ca persoana să rămână abținută o perioadă mai lungă de timp.

Regresie multiliniară în scop predictiv-explicativ

7.4. Metodă

7.4.1. Participanți

Subiecții participanți la studiu au fost în număr de 60 persoane, angajați în două organizații din Zona Metropolitană Oradea pe care din motive de confidențialitate le vom numi organizația „PA” și organizația „PRO”. Participanții sunt de sex masculin, provin din mediul rural 41 reprezentând 68,33% și 19 din mediul urban adică 31,66%, cu vârste cuprinse între 39 și 62 de ani cu o medie de vârstă de 46,33 ani . Angajații celor două organizații au fost informați cu privire la posibilitatea participării gratuite la un program de intervenție anti-fumat, susținut de companie. Participarea s-a realizat pe baza de voluntariat.

Criteriile de eligibilitate pentru includerea în program au fost:

- 1.Să fumeze mai mult de 10 țigări pe zi de peste 6 luni.
- 2.Să fi fost diagnosticați cu patologie cardiovasculară (hipertensiune arterială HTA stadiul 1 sau 2
- 3.Să aibă minimum studii generale și un IQ mai mare sau egal cu 80.
- 4.Să nu aibă alte afecțiuni cronice asociate cu impact asupra patologiei investigate.
- 5.Să nu figureze în evidența pacienților cu afecțiunii psihice.

În vederea respectării criteriilor de eligibilitate pe latura medicală am colaborat cu medicul de medicina muncii care deservește cele două organizații, participanții fiind diagnosticați cu hipertensiune arterială în stadiile 1 și 2. Lotul a fost format din absolvenți ai școlii generale-3 persoane reprezentând 5%, absolvenți ai școlii profesionale - 26 (43,33%), și 31 absolvenți de liceu - 51,66%. Din punct de vedere al statutului marital 9 erau necăsătoriți adică 15%, 47 căsătoriți adică 78,33% , 3 divorțați adică 5% și 1 văduv - 1,66%. Dintre cei necăsătoriți, divorțați și vaduvi 11 au declarat că în momentul de față conviețuiesc în concubinaj, reprezentând 84,61%.

7.4.2. Probe administrate

În vederea atingerii obiectivelor propuse am administrat următoarele probe:

1. Scala multidimensională a suportului social perceput SMSSP (Zimet, Dahlem, Zimet, Farlez, 1988)
2. Scala dezechilibrului efort-recompensă ERI (Siegrist, 2002)
3. Fișe de evaluare a comportamentului relaționat cu fumatul

7.4.3. Procedura

Angajații care și-au anunțat intenția de a participa la programul anti-fumat din cele două organizații au fost invitați să completeze un chestionar care cuprindea date biografice– vârstă, nivelul de educație, starea civilă în momentul respectiv, date medicale- boli de care știe că suferă sau pentru care urmează un tratament- date privitoare la consumul de tutun (durată, cantitatea medie pe zi) precum și date legate de familie și anume dacă partenera este sau nu fumătoare. Pentru a nu distorsiona rezultatele, participanții au fost anunțați cu privire la existența unor criterii de eligibilitate după faza de completare a chestionarelor de preselecție. De asemenea au fost chestionați cu privire la disponibilitatea de a participa în timpul liber, săptămânal sau bisăptămânal la programul de intervenție anti-fumat care se va organiza.. Participanții au fost informați de către reprezentanții organizațiilor respective că participarea la program va fi condiționată de semnarea unui angajament de a nu părăsi organizația în următoarele 12 luni, după finalizarea programului anti-fumat. Încălcarea angajamentului presupunea obligativitatea unor plăți din partea angajatului. Scopul acestui angajament a fost de a evita includerea în program a

unor persoane care intenționau să părăsească organizația în perioada imediat următoare evitând astfel apariția unui număr mare de cazuri de moarte experimentală.

Contractul cu furnizorul de servicii stipula o serie de clauze dintre care cele mai importante sunt: participarea gratuită la program, un angajament de disponibilitate al persoanei de a participa la evaluările follow-up și un angajament de confidențialitate cu privire la persoanele sau organizațiile participante.

Din fiecare organizație au participat la program câte 30 de persoane dintre care 15 au fost implicate în activități care permiteau constituirea unui grup organizațional de suport-(grup peer)- în cadrul activității pe care o desfășurau. Ambele firme sunt cu capital privat.

Toți participanții au fost evaluați în ceea ce privește nivelul inteligenței cu Raven standard, nivelul tendințelor depresive a fost quantificat cu scala de depresie Beck și subscla de depresie Freiburg fiind admiși cei cu cota T mai mică sau egală cu 50, Înainte de începerea intervenției toți participanții au fost incluși într-o sesiune de evaluare în cadrul căreia le-au fost administrate:

1. Scala multidimensională a suportului social perceput SMSSP (Zimet, Dahlem, Zimet, Farlez, 1988)

2. Scala dezechilibrului efort-recompensă ERI (Siegrist, 2002).

Trainigul anti-fumat s-a derulat pe parcursul a 6 săptămâni dintre care în primele 3 săptămâni întâlnirile au fost bisăptămânale, urmate apoi de întâlniri săptămânale în total 9 ședințe. La finele intervenției a fost reevaluat suportul social perceput. Consumul de tutun a fost monitorizat prin fișe individuale săptămânale, timp de 3 luni, pentru a putea avea o imagine cât mai exactă a perioadei fără tutun pentru fiecare participant. Ulterior fișele săptămânale au fost înlocuite cu fișe de lucru lunare cu mențiunea de a completa cât mai acurat data recăderii, în cazul reînceperii fumatului. Monitorizarea statutului de fumător s-a realizat la 3 luni, la 6 luni și la 1 an de la finalizarea intervenției.

7.5. Rezultate

Cercetarea este focalizată pe includerea în studii a unor aspecte mai puțin studiate cum sunt impactul grupului organizațional peer și al dezechilibrului efort recompensă – ca factori moderatori ai mediului organizațional.

Studiul arată că suportul social al grupului “peer” începe să își facă simțită prezența la 6 luni de la finalizarea intervenției, efectul acestuia fiind însă redus $X^2_{(1)6 \text{ luni}}=0,635$ $r^2=0,0105$ ceea ce confirmă că nu există un efect practic al grupului de suport sau mai corect că acest efect este foarte redus așa cum ne indică de fapt valoarea mărimii efectului, intensificându-se apoi- pentru ca la 1 an de la finalizarea intervenției procentul de nefumători în cazul intervenției cu grup de suport să fie dublu comparativ cu procentul nefumătorilor din cadrul intervenției fără grup “peer”. $X^2_{(1)12 \text{ luni}}=4,444$ semnificativ la un prag $p=.035$ și o mărime a efectului $r^2=0,074$ ceea ce ne indică existența unui efect mediu al grupului de suport „peer”

Cercetarea evidențiază un risc relativ de recădere în condiția de dezechilibru recompensă - muncă comparativ cu condiția de echilibru de $RR= 1.61$, deci persoanele care muncesc în condiții percepute ca fiind de dezechilibru recompensă - muncă riscă de 1.61 (95%CI=0,970-2,694) $\chi^2(1)=4,24$, $p=.039^*$) ori mai mult să devină fumători, comparativ cu persoanele care percep mediul de muncă ca fiind echilibrat din punct de vedere al solicitărilor, rezultate verificate și prin regresie logistică –testul Wald.($\beta=1.33$; $p=.027^*$) Constatăm că riscul de recidivă este considerabil mai mare -peste 1,5 ori- în condiția utilizării intervenției fără grup de suport -comparativ cu condiția utilizării intervenției însoțită de grup de suport. $OR=3.143$ (95%CI=1,066-9,267), $\chi^2(1)=4,44$, $p=.035$

În ceea ce privește modificabilitatea suportului social perceput ca fiind primit de către persoane în post-intervenție ca urmare a participării la intervenție constatăm modificări în sensul creșterii nivelului suportului social perceput ca fiind primit de la familie $F(1,58)=85,474$ $p<,001^{**}$ iar mărimea efectului asociată este $\eta^2= ,596$ și de modificări nesemnificative ale suportului social oferit de părinți $F(1,58)=0,112$ $p=,739ns$ și o

diminuare a suportului social percept ca fiind primit de la alții. $F(1,58)=5,183$ $p<,027^*$, iar mărimea efectului asociată este $\eta^2= ,082$ ceea ce indică o mărime a efectului medie ($>,06$)

Analizând factorii implicați în predicția perioadei de abținere constatăm că suportul social reprezintă un factor cheie și din cadrul acestuia impactul major îl are suportul social percept ca primit din partea familiei. ($\beta= .639$; $p<.001^{**}$). Intervine totuși cu rol protector pentru recidivă la fumat și suportul social percept ca fiind primit de la alții ($\beta= .347$; $p<.001^{**}$). pe când suportul social percept ca primit de la prieteni are efecte negative ($\beta= -.248$; $p<.001^{**}$) reducând perioada de abținere.

Dezechilibrul recompensă-muncă intervine și el în predicția perioadei de abținere un mediu organizațional în care dezechilibrul între solicitări și recompense este prezent crește riscul de recidivă la fumat. ($\beta= .214$; $p<.001^{**}$). (dezechilibru=0, echilibru=1)

Analiza de regresie a mai pus în evidență impactul pozitiv al grupului „peer” ca și componentă a mediului organizațional, acesta intervenind în sens protectiv reducând riscul de recidivă. ($\beta= .208$; $p<.001^{**}$) (cu grup de suport=1, fara grup de suport=0).

5.8. Discuții:

Cercetarea este focalizată pe includerea în studii a unor aspecte mai puțin studiate cum sunt impactul grupului organizațional peer și al dezechilibrului efort recompensă – ca factori moderatori ai mediului organizațional.

Studiul arată că suportul social al grupului „peer” începe să își facă simțită prezența la 6 luni de la finalizarea intervenției, efectul acestuia fiind însă redus , intensificându-se apoi- pentru ca la 1 an de la finalizarea intervenției procentul de nefumători în cazul intervenției cu grup de suport să fie dublu comparativ cu procentul nefumătorilor din cadrul intervenției fără grup „peer”.

Grupul de suport acționează ca tampon împotriva recăderilor în special în intervalul 6 luni 1 an prin faptul că suportul social al grupului „peer” operează ca tampon al stresului prin intermediul percepției persoanei cum că alții – adică grupul „peer”- îi vor acorda ajutorul potrivit credinței că astfel ceilalți îi vor oferi resursele necesare pentru a-și crește capacitatea de adaptare schimbând astfel evaluarea situației și micșorând stresul facilitând astfel o analiză cu un grad sporit de obiectivitate a cărei consecință firească este o ”soluție” cu un nivel de raționalitate crescut în defavoarea ”iraționalității” – permițându-i să aleagă alternativa adaptativă.

Cercetarea evidențiază un risc relativ de recădere în condiția de dezechilibru recompensă - muncă comparativ cu condiția de echilibru de $RR= 1.61$, deci persoanele care muncesc în condiții percepute ca fiind de dezechilibru recompensă - muncă riscă de 1.61 ori mai mult să devină fumători, comparativ cu persoanele care percep mediul de muncă ca fiind echilibrat din punct de vedere al solicitărilor, rezultate verificate și prin regresie logistică – testul Wald. Constatăm că riscul de recidivă este considerabil mai mare -peste 1,5 ori- în condiția utilizării intervenției fără grup de suport -comparativ cu condiția utilizării intervenției însoțită de grup de suport.

În ceea ce privește suportul social percept ca fiind primit de către persoane în post-intervenție constatăm o modificare a ponderilor ca urmare a participării la intervenție în sensul creșterii nivelului suportului social percept ca fiind primit de la familie și de la prieteni și o diminuare a suportului social percept ca fiind primit de la alții.

Analizând factorii implicați în predicția perioadei de abținere constatăm că suportul social reprezintă un factor cheie și din cadrul acestuia impactul major îl are suportul social percept ca primit din partea familiei. Intervine totuși cu rol protector pentru recidivă la fumat și suportul social percept ca fiind primit de la alții pe când suportul social percept ca primit de la prieteni are efecte negative reducând perioada de abținere.

Dezechilibrul recompensă-muncă intervine și el în predicția perioadei de abținere un mediu organizațional în care dezechilibrul între solicitări și recompense este prezent crește riscul de recidivă la fumat.

Analiza de regresie a mai pus în evidență impactul pozitiv al grupului „peer” ca și componentă a mediului organizațional, acesta intervenind în sens protectiv reducând riscul de recidivă.

5.9. Limite:

Participarea fiind pe bază de voluntariat motivația pentru schimbare a persoanelor a fost unul din factorii care au influențat opțiunea și constituie o sursă de eroare în evaluarea eficienței programelor.

O altă sursă de eroare este dată de participarea la intervenție doar a persoanelor de sex masculin și autoraportarea statutului de fumător desi aceasta a fost dublată de o monitorizare organizațională.

CAPITOLUL VIII CONCLUZII, CONTRIBUȚII ȘI DIRECȚII VIITOARE

La nivel teoretic cercetarea abordează evaluarea stării de bine și implicit de sănătate a pacientului hipertensivi prin indicatori de calitate a vieții care a fost mai puțin utilizată în România, chiar dacă evaluarea aderenței pe baza de autoraportare (larg utilizată în România) este puternic influențată de subiectivism. Din acest punct de vedere cercetarea de față încearcă să realizeze o evaluare cu un grad de obiectivitate mai mare- scala utilizată SF-36 fiind un instrument de calitate a vieții consacrat în literatura de specialitate și care permite compararea caracteristicilor calității vieții pentru diverse categorii de pacienți precum și între pacienți și populația generală.

De asemenea acest demers permite o evidențiere mai clară a impactului programelor de educație pentru sănătate pe diversele componente ale calității vieții.

La nivel metodologic contribuția apare prin adaptarea scalei dezechilibrului efort-recompensă Siegrist (2002) pe populația română. Cercetarea se distinge și prin modificarea demersurilor de intervenție consacrate și propunerea unor demersuri de intervenție a căror eficiență a fost verificată în studiul realizat. Deși abordarea cognitiv- comportamentală este des întâlnită în literatura de specialitate ca și componentă a programelor de adicție la tutun, abordarea rațional- emotiv- comportamentală a fost mai puțin utilizată până la acest moment. Cercetarea de față își aduce contribuția la nivel metodologic prin programul de intervenție realizat care este un program relativ scurt – 6 săptămâni, program care înbină abordarea rațional- emotiv- comportamentală cu modelul factorilor de risc și de protecție(Stead și Lancaster, 2004) și care și-a dovedit validitatea prin rezultatele obținute care sunt similare cu ale altor programe de intervenție antifumat de grup.

Programul realizat se situează în trendul studiilor recente de sănătate ocupațională care promovează intervenții cu costuri reduse Mastrianni, Storberg-Walker (2014) și este corelat cu realitățile socio-economice din țara noastră.

La nivel practic două aspecte le consider a fi o contribuție definitorie. Primul vizează *programul de educație pentru sănătate* axat pe promovarea unui comportament alimentar sănătos și focusat în special pe consumul de sare- ca factor major de risc dar și pe aportul de grăsimi și distincția dintre grăsimile care au impact negativ asupra stării de sănătate a pacientului și cele bogate în omega3 și omega 6 a căror consum este recomandat să crească la pacientul hipertensiv întrucât acestea acționează ca factori de protecție.

Cel de al doilea aspect important este *intervenția pentru renunțarea la fumat* în mediul organizațional aceasta prin modul în care a fost realizată și prin construirea grupurilor de suport ”peer” ca element adjuvant al intervenției.

Propuneri si direcții viitoare

Rezultatele prezentului studiu pot fi valorificate în cadrul unor propuneri de modificare legislativă în vederea promovării unor programe de prevenție primară și secundară care să susțină includerea obligatorie a psihologului în comitetele de sănătate și securitate în muncă în vederea evaluării riscurilor angajaților, introducerea în legislația de sănătate și securitate în muncă a unor reglementări legale care să ofere angajatoriilor posibilitatea de a aloca o sumă echivalentă cu 2-3% din valoarea salariilor nete ale angajaților în vederea organizării de programe de sănătate ocupațională axate pe factori de risc prezenți la angajați lor și care să fie deductibile.

De asemenea, la nivel de angajator (în special în mediul privat) se pot propune măsuri active care să susțină un stil de viață sănătos ca alternativă pentru angajați prin:

1. Contractarea unor abonamente de catering care să asigure o alternativă sănătoasă pentru alimentația la locul de muncă, angajatul putând opta între alternativele existente.
2. Contractarea de către organizație a unor abonamente la săli de sport cu posibilitatea de practicare a multiple sporturi și includerea lor în pachetul oferit angajaților.
3. Oferirea unei reduceri a programului de muncă cu 30- 45 minute pentru ziua în care sunt contractate activitățile sportive.
4. Oferirea unor gustări sănătoase angajaților sub forma de fructe pe parcursul zilei de muncă.
5. Declararea comportamentelor indezirabile ca interzise în organizație exemplu fumatul cu atât mai mult cu cât pentru acest aspect există legislație care să îl susțină și sancționarea încălcării acesteia cu amenzi.
6. Amenajarea unor locuri pentru fumat în care condițiile de mediu să fie vitrege (exemplu o încăpere fără geamuri în care să fie curent)

Ca urmare a raporturilor costuri- beneficii favorabile societății , implementarea în politicile organizaționale a unor programe de educație pentru sănătate la angajați va reprezenta o prioritate a următorilor ani.

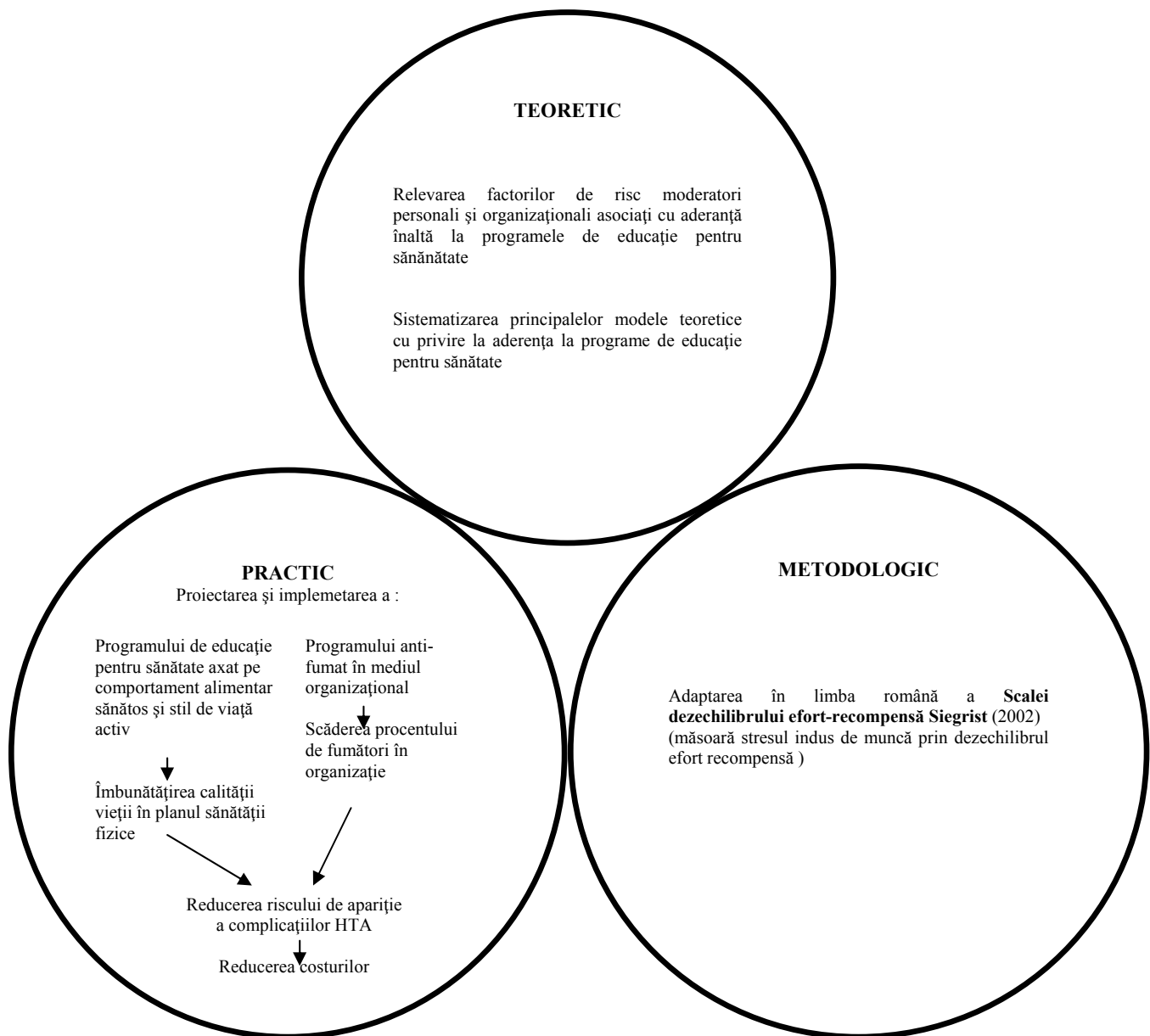


Fig.8 Contribuția cercetării pe plan teoretic, metodologic și practic

BIBLIOGRAFIE

Akerstedt, T., Knutsson, A., Westerholm, P., Theorell, T., Alfredsson, L., & Kecklund, G. (2002). Sleepdisturbances, work stress and work hours: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 741-748

Al- Ghandi, M.S., Taha, A.Z., Ahmad, B., Khalil, M.S. (2002) Quality of life in a sample of hypertensive patient attending primary health care facilities in Al-Khotar Saudi arabia *Journal of familie and community medicine*, 9(1): 25-32

Albertson K, Borg V; Oldenburg B. A systematic review of the impact of work environment on smoking cessation, relapse and amount smoked. *Preventive Medicine* 2006; 43: 291-305.

Alferi, S. M., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weiss, S., & Duran, R. E. (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 41–46.

Allen, D., Carlson, C., & Ham, C. (2007). Well-Being: New paradigms of wellness--inspiring positive health outcomes and renewing hope. *American Journal of Health Promotion*, 21(3), 1-9.

Allgower, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*, 20, 223–227.

Ammassari, A., Murri, R., Pezzotti, P., Trotta, M.P., Ravasio, L., De Longis, P., et al.(2001). Self-reported symptoms and medication side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 15,445-449.

Apter, A.J., Reisine, S.T., Affleck, G., Barrows, E., & ZuWallack, R.L. (1998). Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids. Socioeconomic and health-belief differences. *American Journal of respiratory and Critical Care Medicine*, 157, 1810-1817.

Ashida, S., Wilkinson, A. V., & Koehly, L. M. (2012). Social influence and

motivation to change health behaviors among Mexican-origin adults: implications for diet and physical activity. *American Journal of Health Promotion*, 26, 176-179.

Aust, B., Peter, R., & Siegrist, J. (1997). Stress management in bus drivers: A pilot study based on the model of effort-reward imbalance. *International Journal of Stress Management*, 4, 297-305.

Baiker, K., Cutler, D., & Song, Z. (2010). Workplace wellness programs can generate savings. *Health Affairs*, 29 (2), 304 -311.

Balkrishnan R.(1998) Predictors of medication adherence in the elderly. *Clinical Therapeutics*;20 764-71.

Bane,C., Hughe,C.M., and Mc Elnay,J.C., (2006), Determinants of medication adherence in hypertensive patients: an application of self-efficacy and the Theory of Planned Behaviour. *International Journal of Pharmacy Practice*, 14: 197-204.doi:10.1211/ijpp.14.3.0006

Bardage, C., Isacson, D., Ring, L., Bingefors, K., (2003) A Swedish population-based study on the relationship between the SF-36 and health utilities to measure health in hypertension, *Blood pressure* 12(4): 203-210.

Bardage, C., Isacson, D., Ring, L., Bingerfors, A., (2003) A Swedish population based study on the relationship between the SF-36 and health utilities to measure health in hypertension. *Blood Pre SS*; 12: 203-210

Bardage, C., Isacson, D.G., (2001) Hypertension and health-related quality of life. An epidemiological study in Sweden, *Journal of Clinical Epidemiology* 54(2): 172-181.

Barth J, Bengel J; (2006) Smoking cessation in patients with coronary heart disease: Risk reduction and an evaluation of the efficacy of interventions. In Jordan J, Bardé B, Zeiher A (eds), *Evidence Based Psychocardiology*. Washington, DC: American Psychological Association

Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C, (2004) Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease:A meta-analysis.

Psychosomatic Medicine, 66:802–813.

Baswarth, H.B., Oddone, E.Z., Weinber, M. (2006) *Patient Treatment Adherence: Concepts, interesations and Meapurement* Lawrence Erlbaum Asociates, New Jersey

Batey, D.M., Kaufmann, P.G., Racziaski, J.M., Hollis, J.F., Murphy, J.K., Rosner, B., (2000) Stress management intervention for primary prevention of hypertension: detailed results from Phase I of Trials of Hypertension Prevention (TOHP-1) *Ann Epidemiol*, 10:45-48.

Băban, A. (1998) *Stres și personalitate*, Editura Universitară Clujeană, Cluj-Napoca

Black HR (1999). Will better-tolerated antihypertensive agents improve blood pressure control? JNC VI revisited. *American Journal of Hypertension* 12:225S-230S.

Bogdanovica,I., Godfrei,F., McNeill, A., Britton, J.(2011)Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey metods and results, *Tobacco Control*, 20:4

Bosch J , van der Graaf Y , Hunink MGM (1999) .Health-related quality of life after angioplasty and stent placement in patients whit iliac artery occlusive disease : results of a randomized controlled clinical trial.*Circulation* ;99(24):3155-60.

Boyer, C.B., Friend, R., Chlouverakis, G., Kaloyanides, G.(1990). Social support and demographic factors influencing compliance in hemodialysis patients. *Journal of Applied Social Psychology*,20, 1902-1918

Boyle RG, Solberg Li, Asche SE,(2007) Practive recruiment of health plan smokers into telephone counseling *Nicotine Tobacco Research.*; 9:581-589.

Brady, B.A., Tucker, C.M., Alfino, P.A., Tarrant, D.G., Finlayson, G.C. (1997). An investigation of factors asociated with fluid adherence amng hemodialysis patients: A self- efficacy theory based aproach. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 339-343.

Brandon. T.H. Vidrin, J.L., Litvin, E.B., (2007) *Relapse prevention*. Annual

Review of Clinical Psychology., 3, 257-284

Breaux- Shropshire, T.L., Brown, C.K., Ryor,E.R.,Maples, H, (2012) Relationship of Blood Pressure Self-Monitoring, Medication Adherence, Self-Efficacy, Stage of Change, and Blood Pressure Control Among Municipal Wrkers with Hypertension, Workplace Health & Safety (formely AAOHN Journal)- Volume 60, 7:303-311

Breaux- Shropshire, T.L., Brown, C.K., Ryor,E.R.,Maples, H, (2012), Relationship of blood pressure self-monitoring, medication adherence, self-efficacy, stage of change, and blood pressure control among municipal workers with hypertension. Workplace Health & Safety, 2012 Jul; 60(7): 303-11, doi:10.3928/21650799-20120625-04.

Brendryen, H., Kraft, P., (2008) *Happy ending: a randomized controlled trial of a digital multi- media smoing cesation intervention*, Addiction 03, 478- 484

Brief, A.P., Burke, M.J., George, J.M., Robinson, B.S., & Webster, J. (1988). Should negative affectivity remain an unmeasured variable in the study of job stress? *Journal of Applied Psychology*, 73(2), 193-198.

Brown,J., & Fitzpatrick,R., (1988). Factors influencing compliance with dietary restrictions in dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 191- 196.

Burckhardt, C., Anderson, K., Archenholtz, B., & Hägg, O.(2003). The Flanagan Quality of Life Scale: Evidence of construct validity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2003(1). <http://www.hqlo.com/content/1/1/59>

Burnier M, Schneider MP, Chiolero A, Stubi CL, Brunner HR.(2001) Electronic compliance monitoring in resistant hypertension: the basis for rational therapeutic decisions. *Journal of Hypertension*;19:335-41.

Carter, B. L., & Zillich A.J. (Eds.). (2004). Management of essential hypertension. In B. J. Zarowitz, et al. (Eds.), *The pharmacotherapy selfassessment program*. (5th ed., pp.129- 159). Kansas city, MO: American college of Clinical Pharmacy)

Catz, S.L., Kelly, J., Bogart,L.M., Benotsch, E.G., McAuliff, T.L. (2000).

Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19, 124-133.

Chandola T., Head J. , Bartley M.(2004) Sociodemographic predictors of quitting smoking: how important are house hold factors ? *Addiction* 99: 770-777

Chapman, L.S. (2012). Meta- evaluation of worksite health promotion economic return studies. 2012 update. The art of health Promotion in the American Journal of Health Promotion 24(4), TAHP1- TAHP12.

Chen, C.Y.,Neufeld,P.S., Feely, C.A., & Skinner,C.S. (1999). Factors influencing compliance with home exercise programs among patients with upper- extremity impairment. *The American Journal of Occupational Therapy*, 53,171-180.

Cherniack, M. (2013). Integrated health programs, health outcomes, and return on investment. *Journal of Occupational and Enironmental Medicine*, 55 (12), S38-S45.

Chisholm, M.A., Vollenweider, L.J., Mulloy, L.L., Jagadeesan, M., Wynn, J.J., Rogers, H.E., et al (2000.). Renal transplant patient compliance with free imunosuppressive medications. *Transplantaion*, 70, 1240-1244

Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a social network. *New England Journal of Medicine*, 357, 1866-1868.

Christensen, A. J. (2004). Patient adherence to medical treatment regimens: Bridging the gap between behavioral science and biomedicine. New Haven, CT: Yale University Press.

Christensen, A.J., & Smith,T.W.(1995). Personality and patient adherence: Correlates of the Five- Factor Model in renal dialysis. *Jurnal of Behavioral Medicine*, 18,305-313.

Christensen, A.J., Turner, C.W., Slaughter, J.R., Holman, J.M. (1989). Perceived family support as moderator: Psychological well-being in endstage renal disease. *Journal Of Bhavioral Medicine*, 12,249-265

Christensen, A.J.,, Smith, T.W., Turner, C.W., Holman, J.M., Gregory, M.C., Rich, M.A. (1992). Family support,physical impairment, an adherence in hemodialysis: An invstigation of man and buffering effects. *Journl of Behavioral Medicine*, 15, 313-325.

Christensen, A.J., Wieber, J.S., Benotsch, E.G. & Lawton, W.J. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 411-421.

Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. (2001) A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clinical Therapeutics*; 23:1296-310.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269–297.

Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. (2009). Can we improve our physical health by altering our social networks? *Perspectives on Psychological Science*, 4(4), 375-378.

Cohen, S., (2004) Social Relationship and Health *American Psychologist*, 53(8), 676-684

Cohen, S., & Wills, T.A. (1985) Stress, Social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

Colquitt, J.A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: a construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386-400.

Connell, C. M., & D'Augelli, A. R. (1990). The contribution of personality characteristics to the relationship between social support and perceived physical health. *Health Psychology*, 9, 192–207.

Connell, C. M., Davis, W. K., Gallant, M. P., & Sharpe, P. A. (1994). Impact of social support, social cognitive variables, and perceived threat on depression among adults with diabetes. *Health Psychology*, 13, 263–273.

Côte, I., Gregoire, J.P., Moisan, J., Chabot, I., (2004) Quality of life in hypertension: the SF-12 compared to the SF-36, *Canadian journal of chemical pharmacology*; 11(2): 233- 238

Cramer J. (1991) Identifying and improving compliance patterns. In: Cramer JA, Spilker B, eds. Patient compliance in medical practice and clinical trials. New York: Raven Press, 387-92.

Critchley JA, Capewell S: (2003) Mortality risk reduction associated with coronary heart disease: A systematic review. *Journal of the American Medical*

Association. 290:86–97.

Da Costa, D., Clarke A. E., Dobkin, P. L., Senecal, J. L., Fortin, P. R., Danoff, D. S., et al., (1999). The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 201–207.

Daley, B.J., Merriam, S.B., Courtenay, B.C., & Cervero, R.M., (2006). Aligning health promotion and adult education for healthier communities. In *Global issue and adult education: Perspectives from Latin America, Southern Africa, and the United States* (pp.231- 242) San Francisco, CA: Jossey-Bass.

David, D. (2006) *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale* Polirom, Iași

De Geest, S., Borgermans, L., Gemoets, H., Abraham, I., Vlaminc, H., Evers, G., & Vanrenterghem, Y., (1995). Incidence, determinants, and consequences of subclinical noncompliance with immunosuppressive therapy in renal transplant recipients. *Transplantation*, 59,340-347.

De Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 50(9), 1317-1327.

Di Matteo M.R. (2004) Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol*, 23(2): 207-218

DiGiuseppe, R., Bernard, M. (1990) The application of rational-emotive theory and therapy to school-aged children, *School Psychology Review*, 19,268-286

DiMatteo, M. R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *Journal of the American Medical Association*, 271, 79–83.

DiMatteo, M. R. (2000). Practitioner-family-patient communication in pediatric adherence: Implications for research and clinical practice. In D. Drotar (Ed.), *Promoting adherence to medical treatment in childhood chronic illness: Concepts, methods, and interventions* (pp. 237–258). Mahwah, NJ: Erlbaum.

DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*,

42(3).

DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Medical Care*, 40, 794–811.

DiMatteo, M. R., Martin, L. R. (2002). *Health psychology*. Boston: Allyn & Bacon

DiMatteo, M.R., Haskard, K.B., & Williams, S.L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: A meta-analysis. *Medical Care*, 45, 521-528

Dimond, M. (1979), Social support and adaptation to chronic illness: The case of maintenance hemodialysis. *Research in Nursing Health*, 2: 101–108.

Dodrill, C.B., Batzel, L.W., Wilensky, A.J. & Yerby, M.S. (1987.). The role of psychosocial and financial factors in medication noncompliance in epilepsy. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17, 143-154.

Dorobanțu, M., Darabont, R., Ghiorghe, S., Babeș, K., Pop, D., Toma, D., Vasilescu, M., Dobreanu, M., Tăut, D., (2012) Profile of Romanian Hypertensive Patient Data from SEPHAR II Study *Romanian Journal of Intern Medicine*, 50(4): 285-296.

Druley, J. A., & Townsend, A. L. (1998). Self-esteem as a mediator between spousal support and depressive symptoms: A comparison of healthy individuals and individuals coping with arthritis. *Health Psychology*, 17, 255–261.

Druley, J. A., & Townsend, A. L. (1998). Self-esteem as a mediator between spousal support and depressive symptoms: A comparison of healthy individuals and individuals coping with arthritis. *Health Psychology*, 17, 255–261

Dryden, W., Ellis, A. (2001) *Rational Emotive Behavior Therapy*, in Dobson, K.S. (2001) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. Second edition. The Guilford Press, New York

Dunbar-Jacob, J., & Schlenk, E. (2001). Patient adherence to treatment regimen. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singler (Eds.), *Handbook of health*

psychology (pp. 571–580). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Eisen SA, Miller DK, Woodward RS, Spitznagel E, Przybeck TR.(1990) The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. *Archives of Internal Medicine*;150:1881-4.

Eitel, P., Friend,R., Griffin, K.W., Wadhwa,N.K., (1998). Cognitive control and consistency in compliance. *Psychology & Health*, 13, 953-973.

Ekman I , Fagerberg B , Lundman B (2002).Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in failure in comparison with healthy controls.*Heart Lung* ; 31(2):94-101.

Elliott WJ, Maddy R, Toto R, Bakris G.(2000) Hypertension in patients with diabetes: overcoming barriers to effective control. *Postgraduate Medicine*;107:29-32, 35-6, 38.

Ellis JJ, Erickson SR, Stevenson JG.(2004) Suboptimal statin adherence and discontinuation in primary and secondary prevention populations. *Journal of General Internal Medicine*;19:638-45.

Ercikson, S.R., Williams, Gruppen, L.D., (2001). Perived symptoms and health-related quality f life reported by uncoruplicated hypertensive patiens compared to normal controls. *J. Hum. Hypertems*, 15: 539-548

Erickson, S.R., Brent, P.D., Williams, M.D., Gruppen,L.D.,(2004) Relationship Betwen Symptoms and Health- Related Quality of life in Patients Treated for Hypertension, *Pharmacotherapy*; 24 (3): 344- 350.

Ewart, C.K. (1992). Role of psysical self-efficacy in recovery from heart attack. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 287- 304). Washington,D.C.: Hemisphere Publishing.

Feldman R, Bacher M, Campbell N, Drover A, Chockalingam A. (1998) Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Canadian Journal of Public Health*89:116-118

Finnegan, D.L., & Suler,J.R. (1985). Psychological factors associated with maintenance of imroved health behaviors in postcoronary patients. *Journal of Psychology*, 119, 87-94.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ.(2000) A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US public health service report. *Journal of the American Medical Association*; 283:3244-3254

Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB,(1994) The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: A metaanalysis. *Journal of the American Medical Association*, 271:1940–1947.

Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J.(2000) *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, MD.

Fiore, M.C., Jaen, C.r., Baker, T.B. (2008) *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 update, Clinical Practice Guideline*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, MD.

Ford, F.S, Merritt,R.K., Haath, G.W., (1991)- Physical activity behaviors in lower and higher socioeconomic status populations. *American Journal of Epidemiology* 133(12): 1246- 1256

Frese, M., & Zapf, D. (1988). Methodological issues in the study of work stress: Objective vs subjective measurement of work stress and the question of longitudinal studies. in C.L. Cooper, & R.Payne (Eds.), *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester: Wiley & Sons.

Funch,D.P. & Gale,E. N. (1986). Predicting treatment completion in a behavioral therapy program for chronic temporomandibular pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 57-62.

Gherasim, L.(2001) *Medicina internă*, Editura Medicală, București

Girvin, B., McDermot, B.J., & Johnston, G.D. (1999) A comparison of enalapril 20 mg once daily versus 10 mg twice daily in terms of blood pressure lowering and patient compliance. *Journal of Hypertension*, 17,1627-1631

Glanz, K., Rimer, B.K. & Viswanath, K. (2008). The scope of health behavior & health education. In K. Glanz, B. K. Rimmer & K. Viswanath (eds), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 509-

517) San Francisco, CA:Jossey-Bass

Glasgow, R.E., Mc Caul, K.D., Schafer, L.C., (1987) Self- care behaviors and glycemic control in type I diabetes *J Chronic Dis* 40(5): 399-412

Godin, I., & Kittel, F. (2003). Differential economic stability and psychosocial stress at work: Associations with psychosomatic complaints and absenteeism. *Social Science Medicine*, doi:10.1016/S0277-9536(03)00345-9

Goetzel, R.Z., & Ozminkowski, R. J. (2008). The health and cost benefits of work site health- promotion programs. *Annual Review of Public Health*, 29, 303- 323.

Goetzel, R.Z., Ozminkowski, R. J., Pelletier, K.R., Metz, R.D., & Chapman, L.S. (2007). Emerging trends in health and productivity management. *American Journal of Health Promotion*, 22(1), 1-7.

Goetzel, R.Z., Schechter, D., Ozminkowski, R.J., Marmet, P.F., Tabrizi, M.J., & Roemer, E.C., (2007) Promising practice in employer health and productivity management efforts: Findings from a benchmarking study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(2), 111-130. doi:10.1097/Jom.0b013e31802ec6a3

Golaszewski, R., Allen, J., & Edington, D. (2008). Working together to create supportive environments in worksite health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 22(4), 1-10.

Goldman, D.P., Smith, J.P. (2002) Can patient self-management help explain the SES health gradient? *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 99(16): 10929-10934)

Golin CE, DiMatteo MR, Gelberg L.(1996) The role of patient participation in the doctor visit: implications for adherence to diabetes care. *Diabetes Care*, 19:1153-64.

Graveley, E.A., Oseasohn, C.S. (1991) Multiple drug regimens: Medication compliance among veterans 65 years older. *Research in Nursing & Health*, 14,51-58.

Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2005) *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). Boston, MA: McGraw Hill.

Greenberg RN.(1984) Overview of patient compliance with medication dosing: a

literature review. *Clinical Therapeutics*;6:592-9.

Griffith, L.S., Field, B.J., Lustman, P.J. (1990). Life stress and social support in diabetes: Association with glycemic control. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20, 365-372.

Hagedoorn, M., Kuijer, R. G., Buunk, B. P., DeJong, G. M., Wobbes, T., & Sanderman, R. (2000). Marital satisfaction in patients with cancer: Does support from intimate partners benefit those who need it most? *Health Psychology*, 19, 274–282.

Hall, S.M., Humfleet, G.L., Munoz, R.F., Reus, V.I., Robinson, J.A., Prochaska, J.J.(2009) Extended treatment of older cigarette smokers. *Addiction* 104, 1043-1052.

Hall, S.M., Humfleet, G.L., Reus, V.I., Munoz, R.F., Cullen, J.(2004) *Extended nortriptyline and psychological treatment for cigarette smoking. American Journal of Psychiatry* 161. 2100- 2107.

Hammilton, R.A., & Brieland, L.L. (1992) Use of prescription-refill records to assess patient compliance. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 49.1691-1696.

Harlan, W.R., 3rd, Sandler, S.A, Lee, K., Lam, L.C., Mark, D.B., (1995) Importance of baseline functional and socioeconomic factors for participation in cardiac rehabilitation. *The American Journal of Cardiology*, 76, 36-39.

Haynes, R.B., Mc Donald, H., Garg, A.X., Montague, P.,(2000) Interventions for helping patients to follow prescription for medications Cochrane Database Syst Rev (2) CD 000011

Heitzmann, C. A., & Kaplan, R. M. (1988). Assessment of methods for measuring social support. *Health Psychology*, 7, 75–109

Helgeson V.S.(2003) Social support and quality of life *Qual Life Research*.2003;12:25-31

Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15, 135–148.