

THEORIES AND SOCIAL COGNITIVE MODELS FOR CHANGING THE BEHAVIOUR AND THEIR RELATIONSHIP TO THE INTERDEPENDENCE BETWEEN PROFESSIONAL SKILLS AND HEALTH EDUCATION

Lavinia Tiurean, PhD Student, Daniela Popa, Lecturer, PhD and Andreea Neculau,
Assist., PhD – "Transilvania" University of Braşov

Abstract: The science and art of sanogene behaviour is an important aspect in view of achieving health education. Designing a coherent and efficient program for healthcare requires approaches, methods and strategies in the field of healthcare and social sciences, a program which is based on theoretical perspectives, on research but also on practical activity in many domains: psychology, sociology, communication, nursing, economy, marketing. Health education is dependent on epidemiology, statistics, medicine, all measures being applicable according to individual behaviour.

The aim of this research is to create models that would emphasize the relationship between the sanogene behaviour, the health education and professional skills that the medical staff needs to develop, research that is based on specialized literature.

In the approach of health education, the emphasis is put on creating models that would be accessible to the medical staff, so that needs can be easily and quickly identified but also to offer the possibility to perform an intervention that is based on evidence and its sensible dissemination. (Rimer, Glanz and Rasband, 2001) Choosing the best interventions that have been performed in similar situations would take too much time and they might prove impossible, thus leading to reducing the health education activities. This is the reason why it is essential for professionals to synthesize the exhaustive and various specialized literature, in order to make it available to those who design and implement programs for health education in order for them to choose the most efficient interventions.

Theories and social cognitive models identify behavioral determinants and the mechanisms by which they can influence behaviour. In the specialized literature reference is made to sanogene behaviour, promoting health and the health education by relating to theories, models, paradigms that have been enunciated, studied, applied in the course of time and whose results have been published in order to be used in pointing out the best interventions to promote, prevent and protect health.

Theories emphasize the determinants and mechanisms of the studied phenomenon. The theory consists of one or more general statements that found themselves in a logical relationship and that try to explain a range of phenomena. The theories analyze general, global aspects of the behaviour. (McLeod, S. A., 2016)

One of the premises of the sanogene behaviour and health education refers to the idea that a dynamic exchange between theory and practical research is more likely to generate an effective health education.

Ethical research in the field of health promotion should relate not only to codes and regulations, but also to a series of standards and expertise that develop in time. (Rogozea L, Purcaru D, Leşu F, Nemet C. 2014) . Also, it is very important that the development of professional skills should be based on principles such as equality, knowing and respecting individual and collective rights and obligations in order to ensure the development of long-term skills. (Rogozea, L., Miclaus, R., Repanovici, A., & Burtea, V. 2010). Theory and practice do not exclude each other, they coexist. The best model is the one that is connected

to real practic, it is based on research, it is tested and it is a result of practical activities. Models can be changed according to different situations or can be completed so that they properly emphasize the necessary interventions based on evidence. (Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K., 2008)

Health education involves many categories of professionals and can be made almost everywhere: at school, in the community, at workplaces, in hospitals or in the communication environment.

Keywords: competencies standards, nurse, health promotion, roles, healthy lifestyle

Introducere

Știința și arta comportamentului sanogen este un aspect important în vederea realizării educației pentru sănătate. Realizarea unui program coerent și eficient de educație pentru sănătate necesită abordări, metode și strategii din domeniul sănătății și cel al științelor sociale bazate pe perspective teoretice, pe cercetare dar și pe activitatea practică din mai multe discipline: psihologie, sociologie, comunicare, nursing, economie, marketing. Educația pentru sănătate este dependentă de epidemiologie, statistică și medicină, măsurile fiind aplicabile în funcție de comportamentul individual.

Scopul cercetării este de a crea modele care să pună în evidență relația dintre comportamentul sanogen, educația pentru sănătate și competențele profesionale pe care trebuie să și le dezvolte personalul medical, cercetare bazată pe baza reviziei literaturii de specialitate. În demersul educației pentru sănătate, accentul se pune pe crearea de modele care să fie accesibile personalului medical, astfel încât să poată fi rapid identificate atât nevoile cât și să fie realizate intervenții bazate pe dovezi și pe diseminarea lor înțeleaptă. (Rimer, Glanz and Rasband, 2001) Alegerea celor mai bune intervenții aplicate în situații asemănătoare, ar cere prea mult timp practicienilor și dovedindu-se aproape imposibilă ar putea să ducă la reducerea activităților de educație pentru sănătate. De aceea este necesar ca profesioniștii să sintetizeze bogata și diversă literatură, pentru a o pune la dispoziția celor care proiectează și implementează programe de educație pentru sănătate, pentru alegerea celor mai eficiente intervenții.

Există astfel de grupuri de profesioniști a căror activitate se bazează pe dovezi și care oferă în mod regulat sinteze de intervenții comportamentale: *Cochrane Colaboration*; *CDC's (Centers of Disease Control and Prevention)*; *Guide to Community Preventive Services* [Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K., 2008]

Fundamente teoretice

Comportamentul este determinat de funcții cognitive, afective, conative în strânsă relație de determinare cu domeniul social.

Funcțiile cognitive sunt reprezentate de funcțiile psihice care realizează cunoașterea și cuprind:

Cunoștințele care sunt reprezentate de informațiile pe care individul le primește pe parcursul creșterii și dezvoltării sale din mediul familial, din anturaj, din școală, asistenți medicali, medici și informațiile din mass-media. La acestea se mai adaugă și cunoștințele din experiențele personale care pot determina un anumit comportament.

Credințele își au originea în cultură, tradiții, nu sunt modificabile (sau sunt greu modificabile) pentru că ele sunt înrădăcinate în conștiința indivizilor. Ele sunt preluate ca atare

din mediul familial și nu sunt verificate. (Dumitrache, M., 2005)

Atitudinile reprezintă modul de reacție al individului în anumite situații sau evenimente; ele vin din experiența personală sau din experiența persoanelor apropiate, sunt relativ stabile și pot fi pozitive sau negative. Allport Gordon (1935) definea atitudinea ca pe o "stare mentală și neuropsihologică a răspunsului, organizată prin experiențe de către un subiect, exercitând o influență directă și dinamică asupra răspunsului său față de toate obiectele și situațiile la care se raportează". Atitudinea este o experiență personală și poate fi măsurată doar indirect prin manifestările de comportament (Malim, T. 2003)

Valorile sunt importante pentru fiecare individ, ele sunt standardele la care individul se raportează în toate demersurile sale. Spre exemplu, un individ poate să fie motivat să renunțe la un anumit comportament la risc numai dacă sănătatea reprezintă pentru el o valoare. De aceea, în practică se utilizează tehnici motivaționale de schimbare de comportament. O astfel de metodă este interviul motivațional și constă în modificarea percepției individului asupra valorii sănătății. (Buzea C.M., 2011)

Funcțiile afective sunt reprezentate de un ansamblu de manifestări psihice care au ca trăsătură definitorie reflectarea realității din mediul extern prin trăiri pozitive sau negative. Afectivitatea este o determinantă a comportamentului uman și include stări emoționale, motivația, sentimente de teamă, de bucurie, tristețe, iubire, plăcere, admirație, dezgust. Afectivitatea include și stima de sine care determină aspecte importante ale comportamentului sanogen. (Cosman, D., 2013)

Funcțiile conative (lat. conatus = orice tendință naturală, impuls sau efort direcționat)

Conația este definită ca fiind "facultatea mentală care determină un individ să acționeze, reacționeze și interacționeze potrivit unui tipar înăscut, convertind afectele (emoții, preferințe sau credințe) și facultățile cognitive în performanțe vizibile și cu scop". (Cosman, D., 2013)

Domeniul social este un alt determinant care influențează comportamentul individului. El include factorii socio-economici (ocupația, venitul, nivelul de educație) ce determină aspecte privind calitatea vieții. Influențat de mediul socio-cultural în care trăiește, individul învață și adoptă atitudini ale comportamentului sanogen. Cultura și stilul de viață reprezintă cunoștințele, credințele, valorile unui individ. Acestea se formează și se dezvoltă în timp, în mijlocul comunității și sub influența factorilor de mediu înconjurător. (Buzea C.M., 2011)

Teorii și modele cognitiv-sociale de schimbare a comportamentului

Teoriile și modelele cognitiv-sociale identifică determinanții comportamentali și mecanismele prin care ei pot influența comportamentul. În literatura de specialitate se face referire la comportament sanogen, promovarea sănătății și educația pentru sănătate prin raportare la teoriile, modelele, paradigmele ce au fost enunțate, studiate, aplicate de-a lungul timpului și ale căror rezultate au fost publicate pentru a putea fi preluate și utilizate în evidențierea celor mai bune intervenții de promovare, prevenție, ocrotire a sănătății.

Teoriile evidențiază determinanții și mecanismele fenomenului studiat. Teoria constă în una sau mai multe afirmații generale care se găsesc într-o relație logică și care încearcă să explice o clasă de fenomene. Teoriile analizează aspectele generale, globale ale comportamentului. (McLeod, S. A., 2016)

Un model conceptual reprezintă un set de noțiuni considerate a fi legate de o anumită problemă de sănătate publică. (Dumitrache, M. și alții, 2005) Spre exemplu, modelul conceptual de nursing

al Virginiei Henderson este un ansamblu de concepte, o imagine mentală care favorizează reprezentarea realității. El include teorii recunoscute și acceptate, valori, credințe, procese, caracteristici, rezultate și consecințe.

Modelul Yale – modelul multimedierilor (W. McGuire)

(Hovland, C.I., Janis, Kelly, H.H., 1953)

Acest model explică influența modificării comportamentului prin comunicare. Influența se realizează prin 6 procese importante ca etape de convingere: expunerea sau prezentarea mesajului, atenția acordată de indivizi, înțelegerea, comprehensiunea sau descifrarea mesajului, acceptarea informației oferite sau din contră respingerea ei, adoptarea unei noi atitudini sau nu și acțiunea sau comportamentul modificat. La acestea se adaugă elementele comunicării, ce sunt în măsură să genereze schimbarea de comportament: credibilitatea sursei, personalitatea receptorului (gradul de implicare, factori ce țin de mediul social), natura argumentelor (afective, raționale), mesajul cu argumente pro și contra, factori situaționali.

W.I. McGuire a elaborat și descris acest model realizând o matrice a persuasiunii, o modalitate prin care conceptualizează procesul schimbării ce se petrece între furnizarea informațiilor prin comunicare persuasivă și rezultatele obținute, concretizate în modificarea cunoștințelor, atitudinilor, a comportamentului. (McGuire, W.I., 1968)

Modelul arată faptul că schimbarea comportamentului este influențată de atenție, înțelegere, acceptare și memorare. Altfel spus, informația determină modificarea cunoștințelor și credințelor individului cu condiția ca sursa să fie credibilă, mesajul ușor de descifrat, prezentat corespunzător și transmis prin canale potrivite.

Modificările de cunoaștere (cognitive) conduc la modificarea atitudinilor (afective) și apoi la modificarea comportamentelor (conative).

Sunt enunțate 3 procese probabile, referitor la modificările cognitive, afective și conative (Patterson, Cobb and Ray, 1973):

1. Ierarhia învățării: cognitiv - afectiv - conativ când există implicare crescută și diferențe clare între alternativele comportamentale.
2. Ierarhia atribuirii disonanței: conativ - afectiv - cognitiv când există implicare atitudinală crescută și alternative egale sau cu mici diferențe.
3. Ierarhia implicării reduse: cognitiv - conativ - afectiv când gradul de implicare este redus și există diferențe minime între alternative. Gradul de implicare redus înseamnă că individul nu este interesat.

Raportat la educația pentru sănătate diferențele între alternative sunt maxime: individul ori fumează ori nu fumează, ori se spală pe mâini ori nu se spală, etc. (Buzea C.M., 2011)

Modelul dinamicii grupului (Kurt Lewin)

În acest model se pornește de la premisa că individul este o ființă socială în relații de dependență față de restul indivizilor în ceea ce privește cunoașterea realității înconjurătoare și chiar cunoașterea de sine. Ei rețin mai bine argumentele generate de ei înșiși în comparație cu cele emise de ceilalți membri ai grupului cărui îi aparțin. Acest model arată că luarea unei poziții active a individului în prezența celorlalți membri ai grupului, care nu au atitudine critică ci una de susținere, poate fi suficientă pentru a influența imaginea despre sine, de a se autoevalua

și pentru a-și schimba atitudinea și comportamentul. (Rada C., Peltea, B.B, 2014)

Cercetările au arătat ulterior că pentru a fi eficientă în schimbarea atitudinilor pe diverse teme, jucarea unui rol ar trebui să fie făcută de indivizi cu cunoștințe suficiente astfel încât aceștia să poată improviza argumentele. Acest model este abordat în procesul de învățare în colectivitățile de elevi, studenți, profesori. (Malim, T. 2003)

Modelul difuzării inovației

Inovația este o idee ce este percepută de indivizi sau de către un sistem ca fiind nouă. Difuzarea inovației este un proces prin care o informație, o idee se răspândește în timp, între indivizii unui sistem social, comunitar, prin diverse canale de comunicare.

Această teorie a fost introdusă de Rogers și Schoemaker în 1971 – "The Theory of diffusion of innovations". (Rogers, E.M., Schoemaker, F.F., 1971) și este explicată prin faptul că după difuzarea inovației, indivizii din comunitate trec prin 5 stadii succesive: conștientizare, interes, încercare, decizie, adoptare. În teorie sunt descrise 5 grupuri de indivizi: inovatorii sau adepții schimbării, adoptorii timpurii sau cei care adoptă schimbarea imediat, majoritatea timpurie este majoritatea indivizilor care adoptă ideile noi, majoritatea întârziată formată din indivizii care adoptă cu întârziere noile idei și întârziații. În acest model transmiterea se face prin canale mass-media iar modificarea este așteptată să se producă în timp.

Este metoda prin care se transmit astăzi informații generale cu privire la comportamente sanogene, prin canale mass-media în mod repetat, la anumite intervale de timp. Informațiile se referă la atenționări cu privire la consumul de toxice, de alimente care consumate în exces atrag riscul unor îmbolnăviri. (Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K., 2008)

Model cu utilitate în comportamentul preventiv

Cohen susține că toate comportamentele preventive constituie expresia utilizării unor elemente ce pot să influențeze riscul de îmbolnăvire al unui individ. Teama de îmbolnăvire, anxietatea generată de pericol este principalul factor motivant pentru schimbarea comportamentului. Anxietatea rezultă abia după ce individul a conștientizat riscul. (Cohen, D.R., 1984)

Cu alte cuvinte când individul a conștientizat riscul, se instalează anxietatea și orice factor care ar putea diminua acest risc determină reducerea gradului de anxietate. Nivelul inițial de anxietate este dependent de: gradul de probabilitate și de severitate a riscului și pericolului, atitudinea individului față de prezent și viitor, gradul de risc pe care individul este dispus să și-l asume.

Metoda are ca obiectiv reducerea anxietății, aspect ce depinde de percepția individului față de eficiența metodelor de reducere a riscului. Depinde de cât de mult crede individul în eficiența metodelor prezentate. (Buzea C.M., 2011)

Teoria "Spirala Tăcerii" (Elisabeth Noelle-Neumann)

A fost utilizată pentru prima dată de cercetătoarea de origine germană, Elisabeth Noelle-Neumann, la începutul anilor 70. Aceasta a dezvoltat un mecanism psiho-sociologic pus în relație directă cu opinia publică, privitor la disponibilitatea indivizilor de a-și exprima propriile păreri în spațiul public, sau de a se abține de teama de a nu fi izolați.

Studiile au arătat că atunci când o poziție sau o idee este percepută ca fiind a majorității indivizilor din grupul respectiv, este foarte puțin probabil ca indivizii care nu sunt de acord cu

acea idee sau poziție, să-și exprime dezacordul pentru că se tem să nu fie izolați.

Neumann susține că inițial individul observă atent modul de gândire al majorității, caută tendințele, opiniile dominante și ce idei se vor impune. Dacă mediul este favorabil individul își exprimă deschis părerile, în caz contrar acesta se va abține de la a-și exprima opiniile în mod deschis.

În acest fel opiniile și părerile impuse pregnant pot influența și pot modifica comportamente. Niciodată un individ nu își va expune părerile într-un mediu ostil, din motive de autoapărare, autoconservare, autoprotecție. (Noelle-Neumann, E., 1991)

Etaplele acestei teorii sunt următoarele: expunerea mesajului persuasiv, definirea procesului socio-cultural, definirea comportamentului social agreeat pentru indivizii grupului și schimbarea în sensul noului comportament. (Noelle-Neumann, E., 1991) Acest model vine în completarea modelului difuzării inovației.

Teoria învățării sociale (Social Learning Theory) – Modelul cognitiv social (Social Cognitive Theory) -

Bandura Albert aduce 2 teorii/modele importante teoriilor învățării bazate pe învățarea observațională. Aceste teorii se bazează pe faptul că în timpul creșterii și dezvoltării, copiii observă indivizii din jur comportându-se în diverse moduri. Indivizii observați devin modele, aceștia pot fi părinți, personaje din desenele animate, prieteni, profesori. Aceste modele le oferă exemple comportamentale pe care copiii le observă și le imită. Fiind atenți la câțiva indivizi, codifică comportamentul acestora. Mai târziu ei imită comportamentul observat. Dacă sunt recompensați ei vor avea același comportament în continuare, fie el bun, fie greșit. Recompensa le întărește convingerea că se comportă adecvat. Indiferent dacă efectele sunt pozitive sau negative, repetându-se, ele conduc la modificări în comportamentul individului. Este ceea ce se cheamă învățare observațională. (Bandura, A., 1986)

Modelul cognitiv propus de Bandura se referă la faptul că există 4 procese meditative : atenția, reținerea, reproducerea, motivația care determină modificarea comportamentului. Mediul, la rândul lui exercită modificarea comportamentală prin atragerea atenției asupra unei atitudini, iar consolidarea schimbării este în funcție de cât de bine comportamentul este reamintit. (Bandura, A., 1986)

În 1986 Bandura schimbă denumirea modelului său Teoria Învățării Sociale (Social Learning Theory) în Teoria Cognitivă Socială (Social Cognitive Theory), considerând-o o descriere mai bună, mai fidelă despre cum învățăm din experiențele noastre sociale.

Criticii teoriei sociale spun că interacțiunea dintre sociologia umană și mediu determină comportamentul. (McLeod, S. A., 2016)

Scopul comportamentului sanogen și a educației pentru sănătate

În funcție de problemele de sănătate cu care oamenii s-au confruntat de-a lungul timpului, abordările în educația pentru sănătate au fost diferite. Dar scopul educației pentru sănătate a fost mereu același: adoptarea de comportamente care să permită indivizilor să-și mențină sănătatea, comportamente care să promoveze sănătatea. În timp, profesioniștii au explicat educația pentru sănătate în diverse moduri.

Educația pentru sănătate încearcă să reducă decalajul dintre ceea ce este cunoscut despre practica optimă de sănătate și ceea ce se practică actual. (Griffiths, 1972, cited in Glanz K.,

Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, resarch and practice*, 4th edition, 2008)

Educația pentru sănătate înseamnă sa aduci schimbările comportamentale individuale, de grup și a întregii populații, de la comportamente care se presupun a fi în detrimentul sănătății în comportamente favorabile menținerii și promovării sănătății. (Simonds, 1976, cited in Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, resarch and practice*, 4th edition, 2008)

Educația pentru sănătate reprezintă orice combinație de experiențe de învățare concepute pentru a facilita adaptări voluntare de comportament care să conducă la sănătate. (Green, 1980, cited in Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, resarch and practice*, 4th edition, 2008)

În prezent există strategii potențiale de educație pentru sănătate și facilitarea modificărilor de comportament. De asemenea există multe instrumente și strategii dublate de o mai bună înțelegere a rolului teoriei care, luate în considerare, pot genera o schimbare eficientă și susținută a comportamentului. Schimbările pozitive, inovatoare în medicină dar și în promovarea sănătății care au adus atât de mult bine umanității, sunt contracarate acum de creșterea globalizării, urbanizării, industrializării și inegalităților sociale. Lumea se confruntă astăzi cu alte probleme de sănătate decât cele din trecut. Dificultățile de menținere a sănătății sunt date de stilul de viață nesănătos (fumat, consumul fast-food, poluare) și de problemele de sănătate asociate cu sărăcia, supraaglomerarea, în țările sărace de lipsa apei potabile, acces limitat la serviciile de sănătate. Specialiștii în educație pentru sănătate se ocupă de diverse probleme de sănătate actuale: consiliază populația în ceea ce privește riscul expunerii la infecția cu HIV prin sex neprotejat, se implică în a ajuta copiii să evite fumatul, alcoolul, drogurile, consiliază adulți pentru stoparea fumatului, ajută pacienții să-și accepte infirmitățile și să învețe să trăiască cu ele, să-și asigure pe cât posibil un oarecare grad de independență în limitele impuse de starea lor actuală. (Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K., 2008)

De asemenea sprijină schimbările la nivel de politici de sănătate pentru adoptarea legilor în sprijinul promovării sănătății. Unii profesioniști au intervenții pentru modificarea comportamentului direcționate către schimbarea comportamentului individual și comunitar în legătură cu consumul apei sau cu alte obișnuințe care pot avea efect asupra schimbării globale a climei. (Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K., 2008)

Datorită dezvoltării tehnologiei informaționale și a noilor metode de comunicare s-au deschis posibilitățile unor strategii de sănătate și programe de schimbare de comportament fără precedent.

O premisă a comportamentului sanogen și a educației pentru sănătate se concretizează în faptul că un schimb dinamic între teorie, cercetare și practică este cel mai probabil să genereze o educație efectivă pentru sănătate. Teoria și practica nu sunt dihotomice, ele coexistă. Cel mai bun model este cel care este ancorat în practica reală, își are rădăcinile în cercetare, este testat și se naște din practică. Modelele se pot modifica în funcție de situații sau pot să se completeze astfel încât să evidențieze cât mai corect intervențiile necesare bazate pe evidențe. (Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K., 2008)

Knafer și Schefft (1988) au făcut observația că marele mister al universului și cea mai puțin cucerită/cunoscută forță a naturii, rămâne ființa umană cu experiența și acțiunile sale.

Profesioniștii în educație pentru sănătate lucrează în toată lumea în diverse locații: școli, locuri de muncă, organizații nonguvernamentale, organizații de voluntari, unități sanitare, lucrători comunitari. Multe categorii de profesioniști contribuie la educația pentru sănătate și la adoptarea unui comportament sanogen al indivizilor, comunităților prin diverse programe și cercetări.

Psihologii aduc o bogată moștenire de cercetare și practică în ceea ce privește diferențele individuale, motivațiile, învățarea, persuasiunea și schimbarea comportamentală, perspectivele organizaționale și psihologia comunității. (Matarazzo and others, 1984, cited in Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, research and practice*, 4th edition, 2008)

Medicii dețin un rol important pentru schimbarea comportamentului de sănătate. (Gral and others, 2007)

Asistenții medicali, asistenții sociali, aduc în educația pentru sănătate experiența lor personală din munca cu pacientul, cu familia acestuia. Ei facilitează învățarea și schimbarea comportamentului pentru creșterea calității vieții. (Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. , 2008)

Interdependența dintre competențele profesionale și educația pentru sănătate

Multe modele conceptuale sunt în măsură să ajute profesioniștii și comunitățile să decidă către ce probleme sau variabile să se îndrepte, să-i ajute să înțeleagă elementele cheie ale background-ului unei situații. O înțelegere a teoriei poate ghida utilizatorii să evalueze mai atent și cu mai multă abilitate impactul intervențiilor. (Gral and others, 2007, cited in Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, research and practice*, 4th edition, 2008)

Profesioniștii care înțeleg relevanța modelului transteoretic (TTM) sau al modelului cognitiv social (SCT), vor fi capabili să proiecteze intervenții mult mai adaptate pentru a ajuta indivizii să slăbească sau să renunțe la fumat. (Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. , 2008)

Cu cât sunt mai bine înțelese principiile marketing-ului social și al comunicației media cu atât mai eficientă va fi utilizarea canalelor de transmitere a informației.

Asistenții medicali care recunosc importanța învățării observaționale așa cum este postulată în SCT (Social Cognitive Theory) vor reuși să-și exercite cât mai corect funcția educativă în activitatea de îngrijire (să-i învețe, spre exemplu, pe pacienții diabetici cum să-și administreze insulina). (Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. , 2008)

O cunoaștere a modului de organizare a comunității poate ajuta educatorul să identifice și să mobilizeze indivizi sau grupuri cheie, pentru a dezvolta și a derula un program eficient de promovare a sănătății.

De asemenea prin cunoașterea și înțelegerea rolului influenței interpersonale, medicii își pot îmbunătăți comunicarea cu pacienții, astfel încât să devină eficientă, centrată pe nevoile acestuia. (Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. , 2008)

Psihologii care înțeleg TTM (Transtheoretical Model) vor ști să alcătuiască mai bine un plan de intervenții, adaptat nevoilor pacienților (în consilierea pacienților pentru renunțarea la fumat, spre exemplu) (Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. , 2008)

Sunt amintite aici doar câteva exemple pentru a evidenția interdependența dintre

competențele profesionale și educația pentru sănătate. Generalizând, este necesar ca toți profesioniștii din domeniul educației pentru sănătate, să-și formeze și să-și dezvolte competențele care le permit o cât mai corectă abordare pentru promovarea sănătății, bazată pe teorii și modele care au fost proiectate și utilizate și ale căror intervenții sunt cunoscute ca fiind cele mai bune în diferitele situații.

Este foarte important ca dezvoltarea competențelor profesionale să se bazeze pe principii precum egalitatea, cunoașterea și respectarea drepturilor și obligațiilor la nivel individual și colectiv, în vederea dezvoltării unor competențe sustenabile pe timp lung (Rogozea, L., Miclaus, R., Repanovici, A., & Burtea, V. 2010).

Concluzii

Educația pentru sănătate implică multe categorii de specialiști și se face aproape oriunde.

1. În școală, educația include predarea la clasă, formarea și dezvoltarea competențelor în educație a cadrelor didactice și modificările aduse mediului școlar pentru susținerea comportamentului sanogen. (Franks and others, 2007, cited in Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, resarch and practice*, 4th edition, 2008).
2. În comunitate educația pentru sănătate se bazează pe relații sociale și organizații pentru a atinge un număr mare de indivizi, utilizând canale mass-media și strategii interpersonale (intervențiile comunitare se pot desfășura în biserici, cluburi, centre de recreere, cartiere și sunt orientate spre alimentație sănătoasă, reducerea bolilor cardiovasculare, metode de screening pentru depistarea cancerului de sân).
3. La locurile de muncă au fost folosite: strategia populațională și strategia riscului înalt pentru reducerea riscului de cancer și a bolilor cardiovasculare. Integrarea promovării sănătății cu măsurile de sănătate și securitate la locul de muncă, poate crește eficiența în educație pentru sănătate. (Sorensen and Barbeu, 2006, cited in Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, resarch and practice*, 4th edition, 2008)
4. În unități sanitare educația pentru sănătate este bazată pe prevenție, depistarea precoce a bolilor, consilierea pacientului pentru teste genetice și tratarea bolilor acute și cronice pentru prevenirea complicațiilor.
5. Marketing-ul social își are rădăcinile în modelul comportamental al consumatorului. (Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. , 2008)
6. Mediul comunicațional este din ce în ce mai specializat oferind posibilități de intervenții. Acestea necesită însă, evaluarea impactului asupra comportamentului sanogen. (Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. , 2008)
7. Cercetarea etică în domeniul promovării sănătății trebuie să se bazeze nu doar pe coduri și reglementări ci și pe o serie de standarde și expertize care se dezvoltă în timp. (Rogozea L, Purcaru D, Leășu F, Nemet C. 2014).

BIBLIOGRAPHY

1. Bandura, A., *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*, Prentice Hall, Inc., 1986
2. Buzea C.M., *Eficiența metodelor de educație pentru sănătate asupra stării de sănătate dentară și a comportamentului față de sănătatea orală aplicate grupurilor de școlari cu vârste de 11 – 12 ani*, București 2011
3. Cohen, D.R., *Utility model of preventive behavior*. Journal of epidemiology and Community Health, 1984
4. Cosman, D., prof.dr. – "Funcționarea normală a psihismului uman – Funcții psihice cognitive, afective, conative", available on www.psychiatry-psychology.ro/file/...2013/Curs_4
5. Dumitrache, M., Moraru, R.I., Dumitrașcu, L.C.- *Științe comportamentale – note de curs*, ed. Cermaprint, București, 2005
6. Earp, Jo Anne, Ennet S.T., *Conceptual models for health education research and practice*, Health educ. Res., 1991
7. Franks and others, 2007 cited in Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, resarch and practice*, 4th edition, 2008
8. Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, resarch and practice*, 4th edition, 2008
9. Gral and others, 2007 cited in Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, resarch and practice*, 4th edition, 2008
10. Green, 1980 cited in Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, resarch and practice*, 4th edition, 2008
11. Griffiths, 1972 cited in Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, resarch and practice*, 4th edition, 2008
12. Hovland, C.I.Janis, Kelly, H.H. – *Communications and Perssuasion: Psychological studies in opinion change*, Yale University, 1953
13. Malim, T. – *Psihologie socială*, ed. A 2-a, ed Tehnică, București, 2003
14. Matarazzo and others, 1984 cited in Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, resarch and practice*, 4th edition, 2008
15. McGuire, W.I. – *Personality and atitude change: An information Processing Theory*, in Psychological foundations of atitudes. Brock, T.C., Ostrom, T. M., Greenwald, A.G., Academic Press, 1968
16. McLeod, S. A., published 2011, updated 2016 – Bandura Social Theory available from internet: www.simplypsychology.org › Social Learning Theory
17. Noelle-Neumann, E. – *The theory of public opinion: The concept of Spiral Of Silence*. In Communication Yearbook –Andersen, J.A., Sage, Newburry Park, CA, 1991
18. Patterson, G.R., Cobb, J.A., Ray,R.S. – *A social Eneineering technology for retraining the families of agressive boys*. In Issue and trends in behaviour therapy. Adams, H.E., Springfield, Illinois, 1973
19. Rada C., Peltea, B.B - *Psihologie socială – dinamica grupurilor - teorii, cercetări aplicații*, ed. Universală, București, 2014
20. Rogers, E.M., Schoemaker, F.F., *Communication of innovation: Across – Cultural Approach"- 2nd ed*. The Free Press New York, 1971

21. Rogozea L, Purcaru D, Leășu F, Nemet C. Biomedical research – opportunities and ethical challenges. *Rom J Morphol Embryol*, 2014, 55(2 Suppl):719–722
22. Rogozea, L., Miclaus, R., Repanovici, A., & Burtea, V. (2010). Health promotion–strategies and topics Educating the students from nursing and optometry department. In 9th WSEAS International Conference on Education and Educational Technology (EDU ‘10), pg 263-267
23. Simonds, 1976 cited in Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, resarch and practice*, 4th edition, 2008
24. Sorensen and Barbeau, 2006 cited in Glanz K., Rimer B.K., Visvanath K. – *Health behavior and health education- theory, resarch and practice*, 4th edition, 2008
25. *<https://dexonline.ro>
26. <http://www.cochrane.org>
27. <http://www.theocommunityguide.org>)
28. *www.simplypsychology.org/bandura.html