

316.6 (075)

C 63

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
NICOLAE TESTEMIȚANU

**Catedra Economie, Management și Psihopedagogie**

Constantin EȚCO, Mihai MOROȘANU,  
Ludmila GOMA, Elena DAVIDESCU-CREANGĂ

**COMUNICAREA  
PENTRU SCHIMBAREA  
COMPORTAMENTALĂ**  
(SUPPORT DE CURS UNIVERSITAR)

CHIȘINĂU  
2008

316.6/07  
C 63

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
NICOLAE TESTEMIȚANU

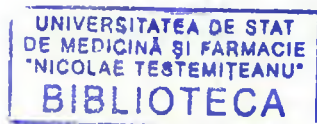
**Catedra Economie, Management și Psihopedagogie**

Constantin EȚCO, Mihai MOROȘANU,  
Ludmila GOMA, Elena DAVIDESCU-CREANGĂ

# **COMUNICAREA PENTRU SCHIMBAREA COMPORTAMENTALĂ**

(Suport de curs universitar)

681804



cd

Chișinău  
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*  
2008

CZU 316.62:614.253(075.8)

C 63

Aprobat de Consiliul Metodic Central al USMF  
*Nicolae Testemițanu* din 16 noiembrie 2007

**Redactor științific și coordonator:** *Constantin Ețco*, dr. hab. med.,  
profesor universitar

**Autori:** *Constantin Ețco*, dr. hab. med., profesor universitar  
*Mihai Moroșanu*, dr. med., conferențiar universitar  
*Ludmila Goma*, dr. în economie, conferențiar universitar  
*Elena Davidescu-Creangă*, lector universitar

**Recenzenți:** *Teodor Țirdea*, dr. hab. în filosofie, profesor universitar  
*Mariana Cernițanu*, dr. în psihologie, lector universitar

Lucrarea prezentă este una de pionerat în care se oferă informații actuale cu privire la strategiile și tehnicile de comunicare eficientă menită să producă o modificare a comportamentului și a modului de viață sănătos al individului. În ea se demonstrează că includerea proceselor comportamentale, sociale și culturale în domeniul medicinei constituie o viziune realistă, iar colaborarea medicului cu specialiștii științelor comportamentale poate avea o importanță practică deosebită în reducerea morbidității și creșterea calității vieții omului.

Este dedicată studenților, rezidenților și medicilor practicieni.

**Redactor:** *Lidia Căsa*

**Asistență computerizată:** *Ala Livădar, Bortă Claudia*

#### DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

**Comunicarea pentru schimbarea comportamentală:** (Suport de curs universitar) / *Constantin Ețco, Mihai Moroșanu, Ludmila Goma* [et al.]; red. șt. și coord.: *Constantin Ețco*; Min. Sănătății al Rep. Moldova, Univ. de Stat de Medicină și Farmacie „*Nicolae Testemițanu*”, catedra Economie, Management și Psihopedagogic. – Ch.: CEP „*Medicina*”, 2008. – 163 p.

Bibliogr.: p. 162–163 (20 tit.). – 200 ex.

ISBN 978-9975-915-33-5

316.62.614.253(075.8)

C 63

ISBN 978-9975-915-33-5

© CEP *Medicina*, 2008

© C. Ețco și alții, 2008

## CUPRINS

Prefață.....	5
<b>Tema 1. Esența, funcțiile și particularitățile comunicării.....</b>	<b>12</b>
1.1. Delimitarea conceptului de comunicare și funcțiile ei..	12
1.2. Structura și formele comunicării.....	20
1.3. Comunicarea în instituțiile medicale. Comunicarea în relația medic-pacient.....	29
1.4. Căi de eficientizare a comunicării.....	42
<b>Tema 2. Comportamentul – element de bază al activității umane.....</b>	<b>44</b>
2.1. Comportamentul uman – esență și particularități.....	44
2.2. Criterii de clasificare ale comportamentului uman.....	46
2.3. Constante ale comportamentului (legi, principii).....	50
2.4. Corelația dintre comunicare și comportament.....	54
<b>Tema 3. Procesul schimbării comportamentale. Teorii și modele de schimbare comportamentală.....</b>	<b>56</b>
3.1. Caracteristici ale procesului de schimbare comportamentală.....	56
3.2. Principii de schimbare a comportamentului. Antecedente, consecințe.....	65
3.3. Evaluarea comportamentului pentru schimbare. Deficiențe de abilități și performanță.....	70
3.4. Etape pentru schimbarea comportamentală.....	78
3.5. Teorii și modele de schimbare comportamentală.....	89
3.6. Rolul comunicării în schimbarea comportamentului....	120
<b>Tema 4. Factorii de influență asupra schimbării comportamentului.....</b>	<b>121</b>
4.1 Determinantele comportamentului.....	121

4.2 Factorii generali și teoriile de modificare a comportamentului.....	136
4.3 Factorii de risc pentru sănătate și de formare a comportamentului „sănătos”.....	140
<b>Tema 5. Strategii de comunicare pentru schimbarea comportamentală.....</b>	<b>142</b>
5.1 Conceptul strategiei de comunicare pentru schimbarea comportamentală.....	142
5.2. Generarea mesajului – caracteristici de baza. Evaluarea, alegerea și execuția mesajului.....	145
5.3 Etapele de fundamentare și elaborare a strategiei de comunicare pentru schimbarea comportamentului.....	152
5.4 Etapele de implementare a strategiilor de comunicare pentru schimbarea comportamentului.....	157
5.5. Programul strategic în comunicarea pentru schimbarea comportamentului.....	159
Bibliografie.....	162

## PREFATĂ

Prin anii 1960 medicina din Statele Unite ale Americii a început să resimtă necesitatea integrării în practica sa a unor concepte și tehnici psihologice, în special ale psihologiei comportamentale („behaviorism”), care câștigase teren la acea epocă în favoarea analizei psihice – ramură a psihologiei care se ocupă de analiza proceselor psihice subconștiente.

Începând cu secolul XX, maladiile infecțioase au încetat să fie principala cauză a mortalității în SUA și Europa de Vest, luându-le locul cele cronice, cum ar fi: afecțiunile cardiovasculare, cancerul, bolile respiratorii. În toate aceste probleme de sănătate sunt implicați factori de risc care țin în mare măsură de comportamentul individului: alimentație, expunere la factori de mediu nocivi, lipsa exercițiului fizic, stres, tabagism, etc. De asemenea, s-a constatat în timp incidență crescută a mortalității prin abuz de medicamente, droguri, alcool, precum și creșterea accidentelor rutiere. Schimbările rapide și uneori nocive ale stilului de viață în secolul XX, comparativ cu secolul XIX, au atras atenția asupra unei „noi” variabile cu rol în declanșarea și evoluția maladiilor, și anume comportamentul individual.

Creșterea accelerată a incidenței maladiilor cronice a avut un impact deosebit asupra costului tratamentului lor, atât datorită duratei tratamentului, cât și a noilor tehnici de diagnostic și tratament. Pentru reducerea costurilor, cea mai bună politică este prevenția, care presupune diminuarea factorilor de risc, deci și *modificarea comportamentelor asociate*. Astfel, s-a impus necesitatea unei noi direcții complementare medicinei, menite să se ocupe de *investigarea sistematică a factorilor de risc și de modificarea factorilor comportamentali* implicați în sănătate și în producerea diverselor boli. A apărut medicina comportamentală care

pentru prima dată își definea obiectivele la Conferința de la Yale (februarie, 1977):

*Medicina comportamentală este domeniul interdisciplinar interesat de dezvoltarea cunoștințelor și tehnicilor comportamentale care au relevanță pentru înțelegerea sănătății și maladiei, precum și de aplicarea acestor cunoștințe și tehnici pentru prevenție, tratament și reabilitare.*

În același timp, au apărut o mulțime de alte discipline la granița dintre medicină și psihologie, unele punând accent pe cercetare, cum ar fi: neuropsihologia, psihoneuroimunologia, genetica comportamentală; altele având mai mult un caracter aplicativ: psihologia medicală, sănătatea comportamentală, psihologia sănătății publice, psihologia reabilitării, etc. Deși în prezent există specialiști în fiecare din aceste ramuri, toate au fost reunite sub numele de psihologia sănătății, sub egida American Psychological Association (APA), care a definit domeniul astfel (Matarazzo, 1980):

*Psihologia sănătății este un agregat de contribuții psihologice specifice, educaționale, științifice și profesionale, pentru promovarea și menținerea sănătății, prevenirea și tratamentul bolilor, identificarea corelațiilor etiologice și diagnostice ale bolilor și disfuncțiilor, precum și analiza și îmbunătățirea sistemului de sănătate și a politicii de sănătate.*

În prezent, psihologia sănătății este definită într-o manieră largită, ea ocupându-se de studiul factorilor psihosociali care pot să joace un anumit rol în comportamentele corelate cu sănătatea și boala. Medicii, împreună cu psihologii și alți specialiști, elaborează programe de intervenție la nivel individual, de grup sau comunitar, în scopul influențării comportamentului problematic și motivării pentru adoptarea unui comportament mai sănătos. Intervențiile pot fi de natură preventivă sau parte a diagnosticului și tratamentului, inclusiv a reabilitării. Psihologia sănătății este un domeniu de actualitate, deoarece societatea devine tot mai conștientă de relația care există între stilul de viață și felul în care arătăm și ne simțim.

Comportamentul aplicat în sănătate reprezintă o nouă încercare de integrare și clarificare a tuturor preocupărilor în legătură cu sănătatea și boala din domeniul psihologiei, dar și al altor științe sociale, cum ar fi sociologia și antropologia. În 1993, Congresul American a înființat un Oficiu al Științelor Comportamentale și Sociale la Institutul Național de Sănătate American (OBSSR), pornind de la constatarea că contribuția pentru medicină a științelor comportamentului și a celor sociale a fost finanțată insuficient în raport cu științele biomedicale. OBSSR s-a deschis oficial în iulie 1995. O echipă multidisciplinară a propus o definiție standard a științelor comportamentale și sociale:

*Domeniile definiției ale științelor comportamentale și sociale se focalizează în mod fundamental și explicit pe înțelegerea proceselor comportamentale și sociale sau pe utilizarea acestor procese pentru a prevedea sau influența starea de sănătate și factorii de risc pentru boală.*

Aceste discipline de cercetare sunt divizate în cercetarea de bază și cercetarea clinică care se referă la:

- identificarea și conștientizarea factorilor de risc și factorilor protectori de natură comportamentală și socială implicați în debutul și evoluția diverselor maladii.

*Exemple* de subiecte de cercetare în acest domeniu: fumatul, practicile alimentare, alcoolul, exercițiul fizic, stresul, abuzul de medicamente și utilizarea drogurilor, suportul social, practicile culturale, statutul socio-economic;

- studiul efectelor *stării fizice precare sau maladiei* asupra funcționării comportamentale și sociale.

*Exemple:* dimensiuni comportamentale ale traumatismului cranian, consecințe psihosociale ale testării genetice, consecințe emoționale și sociale ale infecției cu HIV sau ale cancerului, adaptarea la durerea cronică, consecințe ale bolii cronice asupra statutului economic și social.



- Evaluarea intervențiilor comportamentale și sociale menite să trateze boli fizice sau mentale sau să amelioreze impactul acestor boli asupra funcționării comportamentale și sociale.

*Exemple:* intervenții cognitiv-comportamentale pentru tulburări anxioase, strategii psihologice de reducere a durerii, intervenții pentru restaurarea funcționării cerebrale și comportamentale după un accident vascular cerebral, intervenții în stilul de viață pentru prevenția primară și secundară în ateroscleroză, proceduri psihologice de creștere a complianței la tratament.

- Intervenții comportamentale și sociale pentru promovarea sănătății.

*Exemple:* evaluarea programelor pentru scăderea incidenței fumatului la adolescenți, programe pentru scăderea sedentarismului la vârstnici, promovarea unei alimentații sănătoase, intervenții la nivel familial pentru prevenirea accidentării copilului sau a sindromului morții subite la sugar, promovarea prezervativelor pentru prevenirea maladiilor cu transmitere sexuală, etc.

- Studiul influenței instituțiilor și organizațiilor asupra sănătății.

*Exemple:* analiza accesului diverselor categorii de populații la serviciile de sănătate, eficiența sistemului de sănătate (cost/eficiență), percepția socială a sistemului de sănătate, relația dintre comportamentul personalului medical și complianța la tratament.

Dintre toate aceste orientări de mare impact pentru medicina modernă se pot desprinde câteva aspecte esențiale care susțin relația existentă între comportament și sănătate/boală:

1. există comportamente care cauzează boli sau care conduc la declanșarea unor boli;

2. boala însăși atrage un anumit comportament, ea nu este numai o tulburare organică;

3. atitudinea și comportamentul persoanei în momentul în care aceasta adoptă măsuri preventive sau curative.

Importanța pentru medicina contemporană a acestor aspecte comportamentale rezultă din următoarele:

1.OMS (Organizația Mondială a Sănătății) clasifică cauzele principale ale mortalității din secolul XX astfel:

1. boli cardiovasculare;
2. cancer;
3. boli cerebrovasculare;
4. accidente rutiere;
5. sida – în ultimii ani.

OMS a ajuns la concluzia că 50% din bolile care constituie cauzele principale ale mortalității se datorează stilului de viață și factorilor de mediu, 20% sunt corelate cu factori comportamentali individuali (fumat, alcool, sedentarism, somn, stres, sexualitate etc.), și 10% de atitudini individuale greșite față de procedurile medicale și preventive, și de erori medicale.

Datele existente în literatură și datele OMS demonstrează că includerea proceselor comportamentale, sociale și culturale drept corelate etiologice ale maladiilor moderne constituie o viziune realistă, iar colaborarea medicului cu specialiștii științelor comportamentale poate avea o importanță practică deosebită în reducerea morbidității și creșterea calității vieții individuale.

2. O tulburare organică poate produce o stare subiectivă de discomfort, pe care individul o exteriorizează ca „comportament de bolnav”. La rândul său, comportamentul de bolnav este sau nu confirmat drept „boală”, de către însuși individul, precum de către medic și societate. Boala este, deci, un fenomen complex, care implică factori organici, dar și factori subiectivi, comportamentali, sociali și culturali.

*Cunoașterea și autocunoașterea factorilor psihosociale care influențează actul medical au o mare importanță pentru formularea unui diagnostic cât mai precis, stabilirea unei bune alianțe terapeutice și, în ultima instanță, pentru satisfacția personală a profesiei exercitate la adevărata sa vocație umanistă.*

3. Variabilele psihosociale influențează nu numai modul de percepere și exprimare a unei tulburări comportamentale, cum ar fi fumatul, consumul de alcool, drogurile, ci și adoptarea comporta-

mentelor preventive sau curative. Multe persoane nu „găsesc” motivație adaptării la un stil de viață pozitiv, din cauza presiunii sociale vizând anumite comportamente, cum ar fi: fumatul, consumul de alcool, drogurile. Persoanele care nu se încadrează în aceste obiceiuri se simt deseori constrânse sau nevoite să dea explicații de ce "da" sau "nu" acestui comportament aberant. Ele pot ajunge la concluzia că aceste practici, de unde rezultă o serie de comportamente dăunătoare, sunt stimulente plăcute sau capabile să diminueze starea de stres, ceea ce constituie evident un mare fals. Există de asemenea convingerea, mai ales la tineri, că un viciu este dăunător în linii generale, dar nu și pentru persoana în cauză.

Referitor la complianța la tratament în cazul unei boli diagnosticate, intervin și asemenea factori, cum sunt: înțelegerea instrucțiunilor de către pacient, suportul social, mai ales în condițiile unui tratament complicat sau greu de suportat. Sunt aspecte care rămân deseori ascunse, dar care totuși influențează dramatic evoluția persoanei spre sănătate sau boală.

În concluzie e de menționat că comportamentul include în medicină fenomenul de autocunoaștere și cunoaștere a relațiilor cu bolnavii și societatea, de unde rezultă asocierea și necesitatea însușirii unor noțiuni de psihologie socială, de psihologie a sănătății, de sănătate publică, de epidemiologie, de sociologie și filozofie cu aplicabilitate practică din anul I de Medicină și pe tot parcursul vieții de medic.

Scopul cursului Comunicarea în schimbarea comportamentală în sensul *interdisciplinar* este însușirea și trăirea de către medic a conceptului de practicare a medicinei, prin urmare de:

- prevenire a bolilor și promovare a sănătății;
- identificare a factorilor psihocomportamentali în etiologie, evoluție și tratamentul bolilor;
- creștere a calității vieții, îmbunătățirea îngrijirilor medicale și în ultimă instanță a sistemului și politicii în domeniul medical.

Manualul prezentat este o lucrare comună a colectivului de autori din cadrul catedrei Economic, Management și Psihopedago-

gie, ce reprezintă o concepție unitară, cuprinzând materiale selectate și acomodate auditoriului studentesc.

Grupul de autori aduce sincere mulțumiri pentru conlucrare și contribuție colaboratorilor Proiectului USAID, care își realizează activitatea în domeniul prevenirii HIV/SIDA, hepatitelor B și C (PHH) în Republica Moldova, de asemenea mulțumiri și profundă recunoștință recenzenților, dlui dr. hab, Teodor Țârdea profesor și dnei dr. Mariana Cernișanu pentru munca depusă și obiecțiile expuse care au condus la îmbunătățirea lucrării.

## **Tema 1. Esența, funcțiile și particularitățile comunicării**

- 1.1. Delimitarea conceptului de comunicare și funcțiile ei.
- 1.2. Structura și formele comunicării.
- 1.3. Comunicarea în instituțiile medicale. Comunicarea în relația medic – pacient.
- 1.4. Căile de eficientizare a comunicării.

### **1.1. Delimitarea conceptului de comunicare și funcțiile ei**

Indiferent de contextul spațial sau temporal în care plasăm omul în calitate de ființă socială sau personalitate individuală, nici un fel de proces de interacțiune nu poate avea loc în afara comunicării. Dezvoltarea competențelor umane constituie un proces complex și de durată, care implică învățarea comunicării și o formare specializată, realizată atât în cadrul familial, cât și în ansamblul mediului social.

Fiecare individ prelucrează zilnic informații de toate tipurile și se plasează în interiorul unor rețele de comunicare din mediul informațional sau organizațional pentru a recepționa date, a le analiza, a decide în consecință și a-și îndeplini responsabilitățile ce-i revin. Comunicarea se constituie drept un proces intenționat de transfer de informație și înțelegeri între indivizi, grupuri, niveluri instituționale și instituții în ansamblul lor. Comunicarea este cea care facilitează circulația informațiilor, fluxul pe verticală, pe orizontală sau pe diagonală, pentru ca activitatea, cu obiectivele ei, să fie realizată în comun, prin interacțiunea umană, sub forma limbajelor (mesaje, limba vorbită, semne, simboluri, gestică, mimică, imagini).

Comunicarea este definită drept un schimb de informații, fiind o necesitate de bază a vieții. Comunicarea face parte din tot ceea ce întreprindem în viață și este esențială pentru a putea trăi și munci. Totodată, este forma concretă prin care se îndeplinește coordonarea unui grup uman într-o instituție sau organizație.

Prin *comunicare* se asigură conexiunea între emițător și receptor, reciprocitatea transmiterii mesajelor și asigurarea feedback-

kului, se dezvoltă și elementele psihosociale ale coeziunii de grup: coeziunea de interese, motivații, atitudini, eforturi, drept bază pentru înțelegerea socială, pentru integrarea în grup, echipă, unitate.

Într-un sens foarte larg, comunicarea desemnează orice proces prin care o informație este transmisă de la un element la altul, acesta fiind de natură biologică, tehnologică sau socială. În accepțiunea sa generală, comunicarea reprezintă un mod de manifestare a gândurilor și sentimentelor cu ajutorul vorbirii, scrierii, gesturilor și mimicii, în scopul de a te face înțeles. În accepțiuni speciale, comunicarea poate însemna: o intervenție orală în fața unui auditoriu; un mesaj care este transmis pe linie ierarhică într-o instituție; o relație bidirecțională între subiect și agent într-o situație pedagogică; un mijloc prin care indivizii scapă de singurătate printr-un schimb cu semenii lor; un schimb de informații între doi corespondenți prin intermediul unui canal de transmisie etc.

*A comunica* înseamnă „a face cunoscut, a da de știre, a informa, a înștiința, a spune” sau – despre oameni, comunități sociale etc. – „a se pune în legătură, în contact cu”; „a vorbi cu”, după cum și „a fi în legătură cu ... a duce la ...” (DEX, 179). Numind comunicarea umană „esență a legăturilor interumane”, avem în vedere că aceasta este singura modalitate a ființei de a exista. Etiologia cuvântului are la bază termenul latin *communis*, care înseamnă „comun”, *communicatio*, înseamnă „a transmite altcuiva/altora”. Deci comunicarea dobândește sensul ei profund exprimat de forma verbului care alătură funcției de contact, de legătură și pe aceea de „a face comun ceva, a împărtăși, a pune împreună, a amesteca, a uni” – sunt sensurile pe care le descoperă C. Noica explicând termenul de *comunicare*. Când comunicăm, dorim să avem ceva în comun cu celălalt, vrem să-i împărtășim o informație, o idee, un sentiment, o plăcere.

Comunicarea este esența legăturilor umane exprimată prin capacitatea de a descifra permanent sensul contactelor sociale realizate cu ajutorul simbolurilor și al semnificațiilor social-generale, în vederea obținerii stabilității ori a unor modificări de compor-

tament individual sau la nivel de grup. Comunicarea umană nu se realizează niciodată fără *intenția de a influența* calitativ și nu doar cantitativ. Are drept scop transformarea sau conservarea anumitor calități. Din perspectivă psihologică, comunicarea este:

- metodă de bază în influențarea comportamentului și schimbarea lui, fenomen ce interacționează cu o serie de procese și fenomene psihice, cum ar fi: percepția, motivația, limbajul, învățarea etc;

- un fenomen social de bază, în strânsă legătură cu interacțiunea socială, deoarece comunicarea creează și modifică relațiile;

- în calitate de mijloc de convingere, ce ar explica relația comunicare – negociere, comunicare – soluționare de conflicte, conturarea normelor de grup; drept mijloc de coordonare a activității în grup, dificultățile în comunicarea de grup.

Limbajul este codul cu care este transmisă informația, reprezintă unelalta comunicării, codul comunicării, este liantul între cel ce transmite informația, emițător, și cel ce primește informația, receptor. Limbajul determină forma comunicării.

Comunicarea are o foarte mare influență asupra personalității, deoarece în ziua de azi individul se definește în funcție de ceilalți, iar comportamentul reprezintă o construcție a persoanei în interacțiunea cu ceilalți. Interacțiunea atrage concomitent comunicarea.

Sinele se construiește în interacțiune cu ceilalți. Astfel, definierea unei situații nu este niciodată strict individuală; în același timp, nici individul nu este doar o reflectare a celorlalți, ci introduce note personale în orice evaluare și răspuns. Cu cât se comunică mai mult, cu atât cresc șansele de a se crea personalități puternice. Comunicarea este cheia individului spre societate și integrarea în grup, echipă, societate, etc. Relațiile reciproce dintre oameni, ce constau în schimbul reciproc de informație cu caracter cognitiv sau afecto-apreciativ, alcătuiesc corelația dintre comunicare și comportament. Comunicarea se caracterizează, mai întâi de toate, prin încadrarea oamenilor în interacțiuni practice corelate cu activitatea de muncă, instruire și de joc. Necesitatea activității în

comun conduce la necesitatea de comunicare. Anume pe parcursul unei activități în comun omul e nevoit să mențină relații reciproce cu alți oameni, să stabilească diferite contacte, să organizeze acțiunile în comun pentru obținerea rezultatului necesar. Aici comunicarea se impune drept o parte organică a activității. Exemplu de astfel de comunicare sivesc și acțiunile de demonstrare a mijloacelor de acțiune, ca acela să aibă posibilitatea să le însușească.

Pe parcursul tuturor genurilor de activitate, comunicarea este asigurată de acțiunile de planificare, de traducere în fapt și cele de control, satisface una din necesitățile deosebite ale omului – de interacțiune cu alți oameni. Am spus deja că în faza inițială comunicarea preceda munca, care se impunea drept o premisă a celei dintâi. Abia mai târziu, pe parcursul etapelor ulterioare, ea devine o parte componentă a activității umane. Necesitatea de interacțiune cu semenii este determinată de natura socială a omului. Această necesitate a luat naștere pe parcursul procesului istoric și social de dezvoltare a omenirii și servește drept unul din factorii hotărâtori ai conduitei omului. Comunicarea poate deveni o activitate de sine stătătoare a omului, de care el e cointerestat din punct de vedere emoțional. În acest caz ea se impune drept o valoare definitorie. Comunicarea umană are mijloacele sale specifice, cu ajutorul cărora oamenii interacționează și ajung la înțelegerre reciprocă.

Comunicarea presupune transmiterea informației. Drept conținut al comunicării sunt considerate cunoștințele științifice și de viață. Prin comunicare pot fi transmise deprinderile și priceperile. Comunicarea devine nu numai un atribut al omului, respectiv al sistemelor socio-umane în care se susținea în mod tradițional, ci și al sistemelor fizice și biologice, la nivelul cărora se realizează procese de reglare.

Comunicarea este arta de expunere și schimb al opiniilor, ideilor în mod verbal sau scris. Includerea comunicării în Strategia OMS, Populația Sănătoasă – 2010 explică importanța comunicării



drept o rețea intelectuală, o încercare științifică și un set de procese și intervenții pentru îmbunătățirea sănătății.

### *De ce comunicăm?*

- pentru a informa sau a convinge...
- pentru a susține o idee, o acțiune...
- pentru prezentarea unui document (program de acțiuni)...
- pentru a împărtăși cunoștințe...
- pentru ca comunicarea să aibă succes, să fie recepționată cu interes, trebuie să cunoaștem cui ne adresăm și, în funcție de caracteristicile consumatorului de informație, să ne adaptăm comunicarea (după forma de prezentare – nu după conținut).

### *Scopul comunicării:*

- să atenționăm pe alții;
- să informăm pe alții;
- să explicăm ceva;
- să descriem;
- să convingem;
- să schimbăm comportamente, etc.

Nu există o definiție concretă a comunicării, însă se poate spune cel puțin că comunicarea înseamnă transmiterea intenționată a datelor, a informației.

Prin comunicare se înțelege:

- o provocare constantă pentru comportament;
- o activitate;
- satisfacerea nevoilor personale;
- legătura între oameni, etc.?

Comunicarea este cea care asigură dispoziții emoționale și intelectuale asemănătoare, moduri similare de a răspunde la așteptări și cerințe.

Comunicarea se realizează pe trei niveluri:

1. logic,
2. paraverbal,
3. nonverbal.

Dintre acestea, nivelul logic (deci cel al cuvintelor) reprezintă doar 7% din totalul actului de comunicare; 38% are loc la nivel paraverbal (ton, volum, viteza de rostire...) și 55% la nivelul non-verbal (expresia facială, poziția, mișcarea, îmbrăcămintea etc.). În cazul în care între aceste niveluri nu sunt contradicții, comunicarea poate fi eficientă. Dacă însă între niveluri există contradicții, mesajul transmis nu va avea efectul scontat.

Sillamy insistă asupra caracterului de feed-back al comunicării. Când informația este transmisă, consideră el, se produce o acțiune asupra receptorului și un efect retroactiv asupra persoanei emitente. Anzi și Martin atrage atenția asupra elementelor componente ale comunicării și orientarea ei; comunicarea constituie ansamblul proceselor psihice și fizice prin care se efectuează operația de punere în relație a unei persoane sau a mai multora, în vederea atingerii unor obiective.

Așadar, esențiale pentru actul comunicării sunt:

- 1) *relația* dintre indivizi sau dintre grupuri;
- 2) *schimbul*, transmiterea și receptarea de semnificații;
- 3) *modificarea* voită sau nu a comportamentului celor angajați.

Principala problemă pe care o presupune studiul comunicării este cea a stabilirii conținutului și a mijloacelor prin intermediul cărora acesta este transmis.

*Conținutul comunicării* este extrem de variat:

- comunicarea vehiculează imagini, noțiuni, idei (deci are un *conținut informațional*),
- ea facilitează și manifestarea conduitelor afective, produce disonanța sau consonanța psihică, efecte de acceptare sau refuz, concordantă sau nonconcordantă (*conținutul afectiv-emoțional*),
- prin comunicare se transmit trebuințe, aspirații, imbolduri spre acțiune (*conținutul motivațional*),
- se inițiază, se declanșează sau se stopează activitățile, se manifestă rezistența la eforturi (*conținutul volitiv*).

681804

UNIVERSITATEA DE STAT  
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
"NICOLAE TESTEMIȚEANU"  
BIBLIOTECA

În linii generale, se comunică trei tipuri de informații:

- *cognitive* (conținutul semnelor lingvistice);
- *indiceale* (centrate pe locuitor cu scopul definirii și controlării rolului lui în timpul comunicării);
- *conative* (schimbate între interlocutori pentru a face să progreseze comunicarea spre realizarea unui scop).

În concluzie prezentăm un inventar al definițiilor comunicării:

- „comunicarea reprezintă interacțiunea socială prin sistemul de simboluri și mesaje” (George Gerbner);
- „comunicarea își focalizează interesul central pe acele situații comportamentale în care o sursă transmite un mesaj unui receptor, cu intenția manifestă de a-și influența comportamentele ulterioare” (Gerald R. Miller);

- „comunicarea este realizarea socială în comportament” (A. Craig Baird și Franklin H. Knowler);

- „comunicarea este procesul transmiterii structurii între componentele unui sistem care poate fi identificat în timp și spațiu” (Klaus Krippendorff);

- „comunicarea este o funcție socială..., o distribuție a elementelor comportamentului sau un mod de viață alături de existența unui set de reguli... Comunicarea nu este răspunsul însuși, dar este, într-un mod esențial, un set de relaționări bazate pe transmiterea unor stimuli (semne) și evocarea răspunsurilor” (Colin Cherry);

- „comunicarea se petrece în clipa în care persoanele atribuie semnificație mesajelor referitoare la comportament” (C. David Mortensen);

- „comunicarea (umană) este un proces prin care un individ (comunicatorul) transmite stimuli cu scopul de a schimba comportamentul altor indivizi” (Mihai Dinu);

- „comunicarea (umană) înseamnă „totalitatea proceselor prin care o minte poate să o influențeze pe alta” (Warren Weaver).

Americanii Frank Dance și Carl Larson au adunat 126 de definiții ale comunicării, de la diverși autori și din diverse cărți. Du-

pă 20 de ani de trudă, nici una dintre definiții nu s-a dovedit satisfăcătoare. Semantica termenului comunicare nu poate fi inclusă într-o definiție complexă.

Gerard Wackenheim ne explică următoarele funcții ale comunicării:

1) *funcția de integrare a individului în mediul său* – permite individului alături și împreună cu alții să ia poziție față de alții, să se adapteze situațiilor noi, să țină seama de experiența altora, să asimileze o parte din ea);

2) *funcția de dezvăluire și autodezvăluire* – prin comunicare, individul se face cunoscut altora, dar și sieși, își corijează o serie de percepții și atitudini eronate, se introspectează și se poate înțelege mai bine;

3) *funcția valorizatoare* – comunicarea răspunde nevoii individului de a fi apreciat, prin intermediul ei individul atrăgând atenția altora asupra sa, implicit, afirmându-se;

4) *funcția reglatoare a conduitei altora* – comunicând cu alții, un individ își poate ameliora poziția în ierarhia grupului, îi poate determina pe aceștia să-și schimbe atitudinile, creează conflicte sau atmosfere destinsse în timpul unei conversații;

5) *funcția terapeutică* (comunicarea este un mijloc curativ, mărturie în acest sens fiind psihanaliza, psihodrama și întreținerea rogersiană);

6) *funcția productiv-eficientă* (permite realizarea sarcinilor, mai ales în situația în care acestea implică un înalt grad de cooperare între membrii grupului, ajută "locomoția" grupului spre atingerea scopurilor fixate);

7) *funcția facilitatoare a coeziunii grupului* (prin comunicare se naște și activează un grup; încetarea sau perturbarea ei se soldează fie cu moartea grupului, fie cu apariția unor disfuncționalități grave);

8) *funcția de valorizare a grupului* (aproape identică cu cea întâlnită și la nivelul individului; prin comunicare grupul își afir-

mă prezența, se pune în evidență, își relevă importanța, originalitatea, își justifică existența);

9) *funcția rezolutivă a problemelor grupului* (comunicarea salvează onoarea grupului, iar când acesta se degradează trece prin perioade dificile, poate fi utilizată drept mijloc terapeutic; sociodrama este poate cel mai bun exemplu în susținerea acestei funcții).

## 1.2. Structura și formele comunicării

„Comunicarea este un proces în care oamenii își împărtășesc informații, idei și sentimente” (Hybels, Weaver, 1986), „comunicarea este procesul prin care o parte (numită emițător) transmite informații (un mesaj) unei alte părți (numită receptor)” (Baron, 1983).

Privită drept proces, comunicarea este transmisă și realizează schimbul de informații „mesaje” între persoane. Sub aspect formal, comunicarea este deci un transfer (de informații cuantificabile) conform unei scheme analogice privind drumul mesajului de la un individ/grup la alt individ/grup.

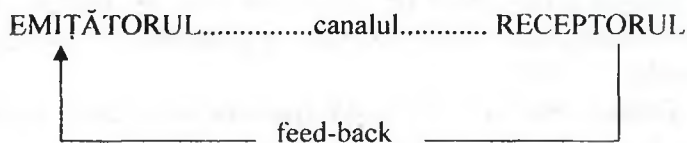


Fig. 1. Schema comunicării.

Accasta este cea mai simplă schemă a comunicării. În fapt, ea este nesatisfăcătoare, deoarece lipsesc foarte multe elemente ale procesului. Spunem că a comunica nu înseamnă un simplu transfer, pentru că schimbul de mesaje devine interacțiune. Într-un asemenea context, putem vorbi despre reacția de răspuns, despre feed-back. Nu se poate concepe comunicare umană fără retroacțiune. Comunicarea însăși se realizează în vederea unui răspuns, care decurge în felul următor:

- Receptorul este pregătit să asculte – acest lucru se poate transmite atât *verbal* (am la dispoziție un sfert de ora numai pentru dumneavoastră, vă ascult), cât și *nonverbal* (adoptarea unei posturi corespunzătoare, deschise; centrarea atenției pe celălalt, etc.).

- Receptorul menține contactul vizual cu interlocutorul, încuviințează, manifestă interes, confirmă prin mișcări ale capului faptul că a înțeles mesajul, menține o poziție deschisă, transmite interlocutorului expresii ale empatiei (un zâmbet pentru a confirma înțelegerea, un sunet aprobator).

- Receptorul pune întrebări pentru a-și confirma înțelegerea corectă a mesajului, dar nu întrerupe interlocutorul decât atunci când acest lucru este posibil (nu îl face pe interlocutor să își piardă ideile, nu întrerupe brusc comunicarea); parafrazează ceea ce spune interlocutorul.

- Receptorul luptă pentru a evita distragerile și rezumă mental din timp în timp, se centrează pe conținut; cântărește faptele evidente; nu judecă, nu evaluează până nu înțelege în totalitate, ascultă modulațiile vorbitorului, tonalitatea vocii, este atent la ritmul respirației acestuia și încearcă să se adapteze la ele.

Admițând că orice comportament este comunicare, vom accepta că într-o asemenea interacțiune nu dispunem de un repertoriu, ci de un complex fluid și polifonic, alcătuit din numeroase modele de comportament, verbal, tonal, postural, contextual etc.

### **Modelul general**

Elementele care intervin în procesul de comunicare interpersonală și interactivă pot fi configurate într-un model general. Ele sunt conectate într-o manieră care sugerează dinamica procesului de comunicare și traiectoriile mesajelor care circulă între parteneri. În principiu, elementele componente ale acestui model sunt: emițător-receptorul, limbajul și codul, competența, mesajul, mediul, zgomotul, efectele și răspunsul.

## **Emițător-receptorul**

Ori de câte ori se comunică direct și interactiv, la nivel intra- și interpersonal, oamenii se află simultan atât în ipostaza de emițător, cât și în cea de destinatar (receptor) al mesajelor. Dubla ipostază de emițător și, totodată, de receptor al unei persoane plasate într-un context de comunicare intra- și interpersonală este motivul pentru care spunem *emițător* și *receptor*, folosind ambii termeni. Termenii *emițător* și *receptor* au fost consacrați de Karl Buhler prin anii 1920, pe când lucra la o teorie a limbii, iar transmisiile radiofonice cucereau lumea.

Atunci când vorbim, salutăm, scriem, gesticulăm, zâmbim etc., ne aflăm în ipostaza de emițător, iar când ascultăm, citim, pipăim, mirosim etc., ne aflăm în ipostaza de receptor al unor mesaje. În comunicarea interactivă, recepția unor mesaje are loc în același timp în care se emit altele. În plus, fiecare dintre interlocutori recepționează și propriile mesaje, în sensul că ia act de mișcările sau gesturile sale, se aude vorbind, se privește în oglindă și câte altele. De asemenea, în timp ce vorbește, fiecare interlocutor urmărește reacțiile celuilalt, încercând să descifreze mesajele sale nonverbale, în care caută aprobarea, simpatia sau înțelegerea.

## **Codificarea-decodificarea**

În comunicarea interpersonală, a codifica înseamnă a traduce gânduri, atitudini, emoții și sentimente în cuvinte, atingeri, sunete, imagini, caractere scrise, desene, gesturi, mirosuri. Aici, codificarea reprezintă actul de a transpune în limbaj (de a produce mesaje), prin vorbire, scriere, gestică, desen etc.

Decodificarea reprezintă actul simetric de a retranspune cuvinte vorbite sau scrise, gesturi, mirosuri, imagini sau orice alte semne și semnale în emoții, sentimente, concepte, idei, atitudini, opinii și comportamente umane. Practic, în măsura în care sunt cunoscute limbajul și codul, decodificarea are loc ascultând, citind, privind, gustând etc.

Informațiile digitale pot fi recepționate doar într-un limbaj recunoscut de receptor, dar cele analogice nu au neapărată nevoie de coduri. Mesajele pot fi simboluri și semnale sonore, gesturi, mirosuri, gusturi, desene, culori etc. purtătoare de semnificații. Finalitatea procesului de comunicare există în măsura în care mesajul codificat de emițător este decodificat și acceptat de receptor. Dacă nu comunică în aceeași limbă și nu sunt acordați pe aceeași frecvență, nu vor putea codifica-decodifica mesajul care circulă între ei. A vorbi o limbă pe care interlocutorul nu o înțelege înseamnă doar a emite cuvinte.

Acțiunea de codificare este complementară și simultană cu cea de decodificare. În timp ce vorbim, descifrăm reacțiile pe care mesajul nostru le provoacă interlocutorului.

## Mesajul

Descipând firul în două, am putea spune:

1) Mesajul este semnificația (informația, știrea, ideea, emoția, sentimentul) expedită de emițător, transmisă pe canal, primită și integrată de receptor.

2) Mesajul este media, deoarece așa cum arată McLuhan, „*media modelează și controlează dimensiunea și forma asocierii și acțiunii umane*” (Marshall McLuhan, *Mass-media, mediul invizibil*, Editura „Nemira”, București, 1997). Un „Te iubesc” șoptit la ureche, scris pe gard, ascultat în telefon sau transmis într-o epistolă udată de lacrimi nu rămâne identic cu el însuși.

Descipând firul în patru și, apoi, în patruzeci, s-ar putea face multă filozofie pe seama mesajului. Încercarea mă depășește și o las în seama semioticii. În orice caz, dacă mesajul este semnificația, iar semnificația este *conținutul* comunicării, el nu există în sine, în afara *relației*, fără a lua o formă. În ce ne privește, în comunicarea umană, punem relația înaintea conținutului și pe CUM înaintea lui CE.



Mesajul poate fi purtat de sunete, imagini, mirosuri, atingeri, cuvinte, postură, mimică, gesturi, dar și de diverse alte coduri și media, care stimulează simțurile și relația.

Când semnificația este codificată în cuvinte, spunem că mesajul este verbal și comunicarea verbală. În cazul în care semnificația este purtată prin altceva decât cuvinte, spunem că mesajul și comunicarea sunt nonverbale. Totul în om comunică ceva omului.

## **Media**

Media sau canalul este suportul și calea pe care se transportă și se distribuie mesajul. Este atât vehiculul, cât și suportul fizic al mesajului. „*Media sunt mesajul*”, spunea McLuhan, în măsura în care activitatea psihosenzorială este modificată de media, iar mesajul nu poate fi conținut fără formă.

În comunicarea interumană se folosește rareori un singur canal. Chiar și în cadrul celei mai banale conversații tete-â-tete intervin două, trei sau mai multe canale: vorbim și ascultăm cuvinte (canal vocal și auditiv), aruncăm priviri și facem gesturi (canal vizual), degajăm mirosuri (canal olfactiv), atingem mâinile sau alte părți ale trupului (canal tactil) etc.

## **Zgomotul**

Paraziții, perturbările și zgomotul de fond reprezintă factori de alterare a comunicării. Ei distorsionează mesajul și afectează media, împiedicând receptarea fidelă la destinatar, în forma în care a fost expedită de emițător.

După cum mesajul este codificat în semnale sonore sau vizuale, paraziții vor putea, la rândul lor, să fie sonori sau vizuali. Ei pot îmbrăca forme banale – o lentilă afumată sau o pană de curent, ne pot împiedica să reperăm un mesaj vizual, iar un sunet de claxon poate împiedica o audiție muzicală – precum și forme sofisticate, cum ar fi bruiajul unei linii de telefon sau al unui canal TV.

În toate cazurile, paraziții sunt semne și semnale care interferează cu mesajul și media. În raport cu natura lor, pot fi clasificați în *trei categorii*:

- paraziți de *natură fizică*, care interferează și se alătură sau se suprapun transmisiei fizice a mesajului: zgomotul străzii, un geam trântit, telefonul defect, ochelarii murdari etc.;

- paraziți de *natură psihologică*, care interferează și se amestecă cu mesajul doar în plan mintal. Astfel de paraziți conduc la erori de percepție care țin de subiect, de cultură, de prejudecăți și de experiențele anterioare. De pildă, dacă cineva nutrește convingerea sinceră că profesorii universitari sunt deștepți, va găsi în mesajul acestora ceva care să sprijine ideea preconcepută chiar și atunci când adevărul va fi altul. Fenomenul se numește eroare de predicție și este un exemplu bun pentru ideea de parazit psihologic;

- paraziți de *natură semantică*, care intervin datorită diferențelor de limbaj existente între vorbitor și ascultător. „Nu este același lucru când doi oameni spun aceleași cuvinte”, întrucât fiecare dintre ei poate atribui cuvintelor sensuri diferite. În plus, intervin confuzii între denotație și conotație sau interpretări aproximative ale jargonului, argoului și ale limbajului tehnic sau poetic.

Paraziții sunt inevitabili în procesul comunicării. Pot fi diminuați sau atenuați, dar niciodată eliminați în totalitate.

## **Efectele**

Orice proces de comunicare umană produce efecte. Mai întâi, asupra protagoniștilor săi, adică asupra celor care, pe de o parte, creează și emit, iar pe de altă parte, recepționează și interpretează mesaje. Comunicarea produce efecte în comportamentul interlocutorilor care, fie că învață ceva în plan mintal, fie că resimt emoție în plan afectiv, manifestă o schimbare de gândire, de simțire sau de comportament. Efectele pot fi de natură cognitivă, afectivă și comportamentală.

Efectele de natură *cognitivă* privesc achiziția de informație și cunoaștere la nivelul logos-ului, prin procese de analiză, sinteză, inducție, deducție etc.

Efectele de natură *afectivă* privesc achiziția de afecte, emoții, sentimente, atitudini sau modificarea acestora, la nivelul emoțional și somatic, prin procese de condiționare fiziologică și psihosomatică. De pildă, comunicând cu o ființă pe care nu o iubesc încă, ba nici nu o cunosc, pot dobândi pentru ea sentimente noi. Efectele *comportamentale* se produc în planul ethosului și privesc însușirea de conduite, norme, credințe, gesturi, deprinderi, îndemnări și mișcări care schimbă maniera de a acționa. Exersând, putem învăța cum să citim rapid sau cum să facem un compliment convingător.

Efectele comunicării nu trebuie confundate cu răspunsurile receptorului mesajului.

### **Răspunsul**

Răspunsul (feed-back-ul) este mesajul returnat de receptor ca reacție la stimulul expedit de emițător. Răspunsul poate proveni și de la emițătorul însuși, caz în care se numește „personal”.

Răspunsul personal este reacția față de propriul mesaj, când ne auzim vorbind, ne percepem gesticulând, citim ceea ce scriem, privim ceea ce desenăm etc. Caracteristic acestui tip de răspuns este gradul înalt de subiectivism.

Răspunsul propriu-zis este cel primit de la receptorul mesajului-stimul. Poate fi o ridicare din sprâncene, un zâmbet sau o grimasă, un DA sau un NU, o expresie de mulțumire sau un picior în fund. Pentru un actor, de pildă, răspunsul înseamnă atenția și aplauzele publicului sau faptul că acesta moțâie sau huiduiește.

Răspunsul depinde și de actul de *pregătire a terenului* în vederea unei mai bune recepții a mesajului stimul. În acest sens, este necesar să prefacem mesajul principal prin anunțuri de for-

mă: „Atențiune!”, „Vă rog să ascultați cu atenție!”, „Poate că mă înșel, dar...” sau „Știu că n-o să vă placă, dar...”.

În clasificarea comunicării sunt utilizate trei criterii: *numărul de persoane, instrumentele (mijloacele) comunicării, obiectivele ei.*

1. După numărul de persoane:

- *comunicarea interpersonală* (se desfășoară între două persoane, capătă o nuanță personală atunci când partenerii se află în relații intime, de reciprocitate sau o nuanță profesională, când partenerii se cunosc mai puțin; poate fi autentică aspirând la durată și permanență sau neautentică, ocazională, provizorie);

- *comunicarea de grup* (reglată nu de optica personală a fiecărui participant, ci de optica generală, comună tuturor membrilor grupului, ea fiind deci supraindividuală); la rândul ei poate fi împărțită în comunicare *intragrup* – desfășurată în interiorul grupului – și comunicare *intergrup* – între grupuri.

2. După instrumentele folosite, cea mai răspândită este:

- *verbală*,
- *nonverbală*.

*Comunicarea nonverbală*, după cum rezultă chiar din denumirea ei, se realizează prin intermediul mijloacelor nonverbale – corpul uman, spațiul sau teritoriul, imaginea.

*Comunicarea prin corp* este cea mai complexă, deoarece intervine în "întâlnirile" cotidiene nu doar ca un obiect natural, ci ca un produs voluntar travestit, mascat, metamorfozat (prin îmbrăcăminte, machiaj, tatuaj, mutilări).

Ea recurge la mijloace, cum ar fi: aparența fizică, gesturile, expresia feței (mimica).

- În funcție de aparență o mare importanță are îmbrăcămintea persoanei, în calitate de furnizor de formații adecvate sau false despre individ, de asemenea, drept facilitator al apropierii sau îndepărtării unor persoane de altele, mai ales în situațiile în care îmbrăcămintea este aproape un mijloc instituționalizat (îmbrăcămintea de polițist, de medic etc.). Uneori îmbrăcămintea "comuni-

că" diverse trăsături caracteriale ale oamenilor (fuga spre originalitate) sau intențiile lor (intenția de a se distinge, de a place etc.).

- *Gesturile* reprezintă unul dintre cele mai importante mijloace care dau acces la o persoană; Jean Stoetzel le clasifică în trei categorii:

- *gesturi autice* (care nu au nici o legătură cu comunicarea, dar care trădează o anumită stare afectivă a individului, de exemplu, la un examen o persoană își frământă mâinile, ține creionul între dinți, mișcă picioarele sub bancă);

- *gesturi obișnuite* (reverența diplomatului, degetele ridicate ale elevilor care vor să răspundă la lecție etc.);

- *gesturi simbolice* (prin care se exprimă aprobarea, indiferența, entuziasmul; pentru a chema pe cineva se face un semn cu degetul, pentru a aproba se dă din cap).

3. După prezența sau absența unor obiective:

- *comunicare incidentală* (atunci când individul furnizează informația despre sine fără a avea intenția de a o face; prin indicii mai grosieri sau de mare finețe, indivizii comunică informații despre statutul, rolurile, aspirațiile lor și chiar despre o serie de trăsături psiho-comportamentale);

- *comunicare consumatorie* (care survine drept o consecință a unor stări emoționale sau motivaționale a unui individ, fiind expresia directă a acestor stări; ceea ce îi împinge pe indivizi să comunice nu este dorința de a furniza informații, ci pur și simplu de a-și exprima starea afectivă pe care o trăiesc; ea vizează schimbul cu altul de plăcere, luând adesea forma („a vorbi pentru a vorbi”, „a vorbi pentru a trece timpul);

- *comunicare instrumentală* (urmărește modificarea conduitei receptorului, presupune întotdeauna prezența unor scopuri, este, deci, utilitară);

- *comunicare prin comuniune* (partenerii comunică cu bucurie reciprocă și fără altă ambiție decât de a „sărbători” întâlnirea lor, vizează mai ales atmosfera emoțională apărută în cursul derulării ei).

### 1.3. Comunicarea în instituțiile medicale. Comunicarea în relația medic-pacient

Comunicarea în instituții este un proces bilateral: el presupune atât transmiterea ordinelor, informației și sugestiilor la un centru de decizie (adică un individ învestit cu responsabilitatea de a lua decizii), cât și transmiterea deciziilor luate de la acest centru în alte părți ale instituției. Mai mult, este un proces care se desfășoară în sus, în jos și lateral în instituție. Canalele de comunicare în instituțiile medicale pot fi de două feluri: formale și neformale. Prin canalele formale se transmit fluxurile informaționale oficiale. Canalele neformale de comunicare se stabilesc în linii generale între persoane și grupuri neformale. Acestea sunt formate din angajați care au interese comune sau afinități. Informațiile transferate prin aceste canale sunt neoficiale și au un caracter personal sau general: ele nu sunt verificate. Comunicarea instituțională este o comunicare extraorganizațională prin care instituția urmărește să-și întărească imaginea, să suscite în jurul ei un climat de încredere și simpatie din partea cetățenilor. Comunicarea externă a instituției medicale contribuie la formarea imaginii organizației. Ea îndeplinește totodată funcția de promovare a instituției.

Comunicarea cu rol de promovare reprezintă, în realitate, un caz aparte, pentru că, deși literatura de specialitate o consideră fără excepție ca făcând parte din comunicarea externă, ea se desfășoară unilateral, dinspre instituție către mediul exterior al acesteia. În această situație, nu mai sunt membrii organismului public cei care întrețin legătura cu exteriorul, ci organizația în calitate de instituție. Ea oferă informații despre serviciile care le acordă, încearcă să-i amelioreze imaginea de ansamblu sau, pur și simplu, vrea să facă cunoscute și să-și promoveze valorile.

Prin însăși natura ei administrația depinde de comunicare:

- comunicarea între diferitele niveluri ale administrației;
- comunicarea pe același nivel;
- comunicarea între administrație și executivul social;
- comunicarea între administrație și autoritatea politică;

– comunicarea în mediul social.

Devine din ce în ce mai importantă atât pentru administrații, cât și pentru clienții acesteia – contribuabili, cetățeni, grupuri de interese, autoritatea politică – dezvoltarea canalelor de comunicație cu “lumea de afaceri”.

Formele principale prin care se concretizează acest tip particular de comunicare sunt:

1. publicitatea – prin mass-media sau prin propriile materiale publicitare;

2. sponsorizările – finanțarea activităților culturale sau sportive;

3. mecenatul – ajutor financiar sau logistic acordat artiștilor, organizațiilor umanitare sau nonprofit; articole care prezintă organizația în publicațiile de specialitate;

4. organizarea de standuri la târguri și forumuri;

5. organizarea de zile ale porților deschise;

6. acțiuni de consiliere și ajutorare a altor instituții, similare (dar care în mod real nu sunt concurențiale) prin detașarea temporară de personal.

Exista, așadar, o multitudine de forme de promovare a imaginii, valorilor sau serviciilor specifice instituției medicale. Cea mai eficientă și mai ieftină formă de promovare este însă adesea ignorată. Ea se află la îndemâna întregului personal medical și constă în reliefarea permanentă a aspectelor pozitive ale instituției medicale din care fac parte, cu ocazia contactelor cu mediul extern, fie acestea personale sau profesionale. Ideea este că fiecare medic își poate asuma fără probleme rolul de comunicator extern, mesajul său fiind centrat pe seriozitatea, eficiența și calitatea de care dă dovada instituția. Acest lucru presupune ca medicul să știe (ceea ce ține de eficiența comunicării interne), să creadă, (este vorba de coerența dintre discursul pe care îl afișează și acțiunile sale concrete), și să vrea (adică să simtă nevoia să vorbească despre instituție, ceea ce trimite la ideea de motivație).

Comunicarea în instituțiile medicale se realizează prin:

- comunicarea orală (verbală) – comunicarea medic-pacient;

- comunicarea scrisă.

Instituțiile medicale urmăresc ca prin intermediul comunicării să obțină următoarele facilități.

- identificarea – ce răspunde nevoilor pacienților ,de a-și asigura notorietatea și de a-și face cunoscute competențele;
- informarea – care urmărește să facă cunoscută corpului social acțiunea, activitatea sa;
- realizarea unei educații sociale – sub formă de sfaturi, recomandări.

Autoritatea administrației medicale urmărește, prin comunicare, o relație de proximitate cu cetățeanul; apropiindu-se de acesta și intrând în dialog, îi cunoaște cerințele, doleanțele.

### ***Comunicarea în relația medic-pacient***

Comunicarea este procesul-cheie în medicină, fie că e vorba de comunicarea dintre medic și pacient, fie dintre diverși profesioniști implicați în îngrijirea medicală, fie între acești profesioniști și public în linii generale. Cea mai importantă este comunicarea între medic și pacient, întrucât ea furnizează, în bună parte, datele necesare stabilirii diagnosticului. Datorită prevalenței bolilor cronice, comunicarea eficientă între medic și pacient capătă o importanță tot mai mare, medicul intervenind nu doar în tratarea bolii, ci și în ajutorarea bolnavului la rezolvarea problemelor create de boală. Pentru multe boli cronice comunicarea este, virtual, unica formă de tratament, sfatul, suportul, informația fiind esențiale în a ajuta bolnavii să se adapteze la un stil de viață mai limitat impus de boală.

De multe ori oamenii merg la cabinetul medical pentru probleme afective și sociale. Cercetările mai vechi au demonstrat că oamenii s-au îndreptat spre un "medic al familiei" căruia îi aduceau la cunoștință probleme emoționale, sociale, personale, dar și medicale; "medicul de familie" trebuind să se ocupe asemenea unui terapeut și de "spirit" și de dureri fizice. S-a constatat că în special merg la medic pentru sfaturi și îndrumare medico-psihosocială persoane divorțate, persoane singure sau separate de puțin



timp. Medicul devine adesea confident chiar în mai mare proporție decât psihologul, pentru bolnavii cardiaci.

Astfel că interrelația medic-pacient, în care se realizează comunicarea pe coordonate deosebit de sensibile, fiind legată de durere, boală, moarte etc. este mult mai mult decât acțiunea de stabilire a diagnosticului și tratamentului pentru bolnavii somatici. Subiecții au tentația să clasifice obișnuit medicii și consultațiile, dihotomic în "buni/răi", "bună/slabă". Dar chiar în acest caz se realizează un comportament complex, consultația medicală fiind un act complex în care apar oamenii cu structura lor, cu atitudini, cu noștințe, expectații dintre cele mai diferite. În toate secvențele actului medical sunt prezente trăsăturile intime, emoționale ale fiecărui participant în ecuația "medic-pacient".

Dacă profesorului îi sunt necesare cunoștințe de psihologie și pedagogie pe care să le individualizeze și să le adapteze la structura psihică a elevului (studentului) de o anumită vârstă (cât și a grupei, clasei la care predă), medicului îi sunt necesare solide cunoștințe de psihologie medicală și clinică pentru adecvarea conduitei lui la tipologia pacientului. Diferențele sunt foarte mari: oamenii diferă în atitudinile lor când se prezintă la medic, după vârstă, sex, nivel cultural, nivel socio-material etc.

De aceea însușirea unei înalte competențe comunicative trebuie să constituie o prioritate pentru profesioniștii din domeniul sănătății, în special pentru medici. Lucrul acesta presupune ca în cadrul relației de comunicare medic-pacient medicul să poată recunoaște și descifra corect mesajele verbale și nonverbale transmise de pacient. Totodată medicul trebuie să știe și să utilizeze modalitățile cele mai adecvate, verbale și nonverbale, de comunicare în scopul de a transmite informații pacientului, în funcție de situația de comunicare existentă (gravitatea bolii, tipul pacientului, urgența, etc.).

*Cauze ale comunicării insuficiente între medic și pacient*  
*Atitudinea profesională*

Un mare număr de medici considera educația sanitară drept o componentă extrem de importantă a activității lor și afirmă că aceasta le răpește o bună parte din timpul consultației. Studiile asupra atitudinii profesionale demonstrează însă că nu toți împărtășesc același mod de a transmite informațiile medicale. Comaroff (1976) a constatat diferențe mari de atitudine între medicii generalişti în ceea ce privește volumul de informații pe care-l oferă pacienților. Unii au dat pacientului doar un minimum de informații, pacienților care au cerut informații li s-au oferit informații limitate, iar aceleora care nu au pretins explicații, nu li s-a oferit nici una. Acești medici și-au privit sarcina drept una de liniștire, de înlăturare a anxietății și au fost reținuți în a furniza informații, pe motiv că ar cauza doar îngrijorare pacienților.

Alți medici au văzut în comunicarea informațiilor către pacient o parte integrantă a rolului lor, indiferent dacă acestea au fost solicitate sau nu de pacient. A doua categorie de medici a oferit pacientului cel mai mare volum de informații posibil în economia de timp a consultației, modificând volumul informațiilor în funcție de capacitatea de înțelegere a pacientului. Aceste atitudini ce privesc educația pacientului au fost corelate cu atitudini mai generale care vizează relația medic-pacient. Prima categorie de medici are tendința de a accentua statutul lor profesional, distanța profesională dintre ei și pacienți și de a exercita un control sever asupra consultației. Imaginea lor despre pacienți, precum și despre rolul lor a fost total diferită față de cea de-a doua categorie. Aceștia din urmă au văzut relația lor cu pacienții drept una de reciprocitate, recunoscând rolul jucat de pacient pe parcursul desfășurării relației medicale.

### *Stiluri de interviu*

În timpul unei consultații medicii adoptă, deliberat sau involuntar, un anumit stil particular de desfășurare al interviului. Analize diverse ale interviurilor au stabilit o gamă de stiluri distincte și le-au asociat cu problemele de comunicare. Cea mai comună abordare, descrisă drept *birocratică*, este caracterizată printr-un

sondaj eficient din partea medicului, o limitare a sensibilității pacientului și nu diferă mult de la un pacient la altul. Majoritatea pacienților examinați de medicii care practică acest stil, urmându-le indicațiile, au răspuns întrebărilor printr-o colaborare seacă, dar fără să aibă inițiativa de a extinde dialogul. Alți medici au fost catalogați ca având un stil *orientat spre persoană*, stil în care empatia și conștientizarea sentimentelor pacienților au făcut obiectul comunicării în timpul consultației.

De exemplu, Byrne și Long (1976), urmărind 2500 de interviuri ale 60 de medici generaliști britanici, au identificat câteva moduri de interacțiune, oscilând între stilul orientat spre medici și cel orientat spre pacienți. Majoritatea medicilor s-au plasat în categoria stilului orientat spre medici. Aceste moduri de interviuri nu permit accesul la problemele și sentimentele pacienților, medicii sunt refractari la informații ce nu sunt direct corelate cu aspectele investigate. Studiile în cauză sugerează că mulți aderă la o abordare strict biomedicală, fiind preocupați doar de elementele necesare precizării diagnosticului. Problemele umane sunt privite drept un impediment într-o consultație eficientă. Medicii angajați într-o astfel de abordare se caracterizează mai mult prin tendința de a reține informația de la pacient decât de a furniza pacientului informație.

#### *Problema incertitudinii*

Mulți autori au abordat problema incertitudinii și măsura în care aceasta caracterizează practica medicală modernă. Referitor la bolile cronice, etiologia lor, nefiind suficient cunoscută, nici pacienților nu li se pot furniza explicații complet satisfăcătoare. În mod similar, nici prognosticurile nu pot fi instalate cu certitudine din moment ce evoluția bolii și urmările ei se supun unor mari variații. În astfel de cazuri un motiv pentru care nu este furnizată informație ar fi, deci, că există puțină informație de oferit. Totuși, această incertitudine este rar comunicată pacienților și chiar atunci când medicii sunt siguri de evoluția unei boli sau de rezultatul

unui tratament ei pot fi reținuți în a comunica informațiile privitoare la ele.

### *Diferența de clasă și statut social*

Slaba comunicare în relația medic-pacient a fost frecvent pusă pe seama barierelor create de diferențele de clasă și statut dintre medic și pacienții săi. Aceste diferențe au efect atât asupra informației pe care pacienții o transmit medicului, cât și asupra abilității medicului de a obține informația adecvată de la pacient. În funcție de clasa socială există diferențe în modul în care pacienții achiziționează informația. Se face distincție între șase clase sociale, clase deosebite în funcție de venituri, ocupație, prestigiu social, statut, etc.

Într-un studiu asupra pacienților spitalizați Cartwright constată că doar 45% dintre ei au obținut informația pe care o doreau, întrebându-l pe medic sau pe asistentă. Restul, fie că au așteptat să li se spună, fie că nu au primit nici o informație. Cartwright afirmă că în funcție de clasa socială există diferențe în modul în care pacienții achiziționează informația. Dacă facem distincție între șase clase sociale, deosebite în funcție de venituri, ocupație, prestigiu social, statut, vârstă, atunci se constată o diferențiere în defavoare în accesul la informație .

Relativul dezavantaj al pacienților din clasa muncitoare poate fi pus pe seama distanței sociale dintre medic și aceștia, pe de o parte, pe de altă parte poate fi atribuit presupunerii făcute de medici că dacă pacienții nu pun întrebări, înseamnă că nu doresc să fie informați.

### *Diferite perspective ale medicului și pacientului*

Pot apărea dificultăți de comunicare între medic și pacient datorită perspectivelor diferite asupra stării de boală și asupra obiectivului consultației, perspective proprii fiecăruia dintre ei. Perspectiva medicului acordă importanță raționamentului științific și datelor psihoclinice în diagnosticarea bolii.

Perspectiva pacientului accentuează importanța experienței subiective a bolii și semnificația duratei acestei experiențe, în mod

similar a practicii medicale care propune un anumit număr de modele în explicarea bolii și tratamentului ei, și pacienții își dezvoltă ideile lor, modelele lor cu privire la boală și tratament.

Aceste modele caută răspunsuri unor întrebări de genul: De ce m-am îmbolnăvit de această boală? De ce mi s-a întâmplat tocmai mie? De ce, acum? etc., dorind explicații cu privire la originea și natura bolii. Drept urmare pacienții caută informații care să le clarifice boala prin modelele explicative create de ei. Acolo unde medicii sunt nereceptivi la aceste concepte ale lor, pacienții nu vor acumula informația de care au nevoie pentru a rezolva problemele mai largi de sănătate și cele emoționale asociate bolii.

O mențiune specială se impune în cazul bolilor cu potențial letal, în special în cazul cancerului, privind întrebarea dacă să fie sau nu comunicat pacientului adevărul cu privire la diagnostic. Problema consta nu atât în a comunica adevărul cu privire la diagnostic, cât mai degrabă în ce anume și cum anume trebuie spus pacienților.

### ***Dificultăți corelate cu înțelegere și memorie***

Până și atunci când medicii fac eforturi speciale ca să-și informeze pacienții și să îmbunătățească relația comunicațională, aceasta poate rămâne deficitară și din alte motive. Ley și Spelman (1967) specifică două dintre ele: lipsa de înțelegere și de memorie (uitarea).

*Tabelul 1* include un număr de studii care demonstrează că o mare parte din ceea ce li se spune pacienților, se uită chiar la câteva minute după consultație.

Există câțiva factori care pot influența înțelegerea și memorizarea informațiilor în timpul consultației. În primul rând posibilitatea ca medicii să folosească un limbaj foarte tehnic care să nu fie familiar pacientului. Mesajele formulate în acest limbaj pot, foarte probabil, să nu fie accesibile înțelegerii pacientului. Până și în cazul folosirii unui limbaj comun poate rezulta o înțelegere deficitară sau confuzie din cauza cunoștințelor limitate ale pacienților cu privire la boală și alte probleme medicale. Unii pacienți se rețin

(din motive de jenă, sfială, etc.) să ceară informații suplimentare, clarificări la ceea ce nu înțeleg. Pe de altă parte, întâlnirea cu medicul constituie, de obicei, un motiv de agitație și acest lucru influențează negativ procesul de memorare al informațiilor.

Mai există posibilitatea ca pacienților să li se comunice (deși într-un limbaj comun și ușor de înțeles) prea multe date și prea rapid, ei neputând recepționa și mai ales memoriza întreg mesajul. Drept urmare, ei selectează doar o parte din informație, restul o exclud. Ceea ce este recepționat la început se reține cel mai bine; se reține mai multă informație, dacă importanța acesteia este accentuată. Pacienții memorează mai mult din ceea ce ei consideră că ar fi mai important.

Instrucțiunile privind tratamentul date la sfârșitul consultației sunt, de obicei, uitate mai repede, pacienții tind să le confere o importanță mai mică de vreme ce sunt enunțate la urmă. Experimentele făcute în funcție de considerarea acestor aspecte ale transmiterii informației au evidențiat îmbunătățirea substanțială a comunicației, medic-pacient și un procent crescut al informațiilor memorizate (Ley, 1976).

C. Charâes și colab. (1997) subliniază importanța unui model nou de luare a deciziilor privind tratamentul, model numit *coparticipativ*, în care medicul și pacientul schimbă informații relevante privind boala și tratamentul.

Acest model are următoarele caracteristici:

- trebuie să existe cel puțin doi participanți în luarea deciziilor medicale: medicul și pacientul;
- ambii participanți trebuie să-și transmită reciproc informațiile pe care le dețin;
- ambii participanți trebuie să facă pași în direcția consensului privitor la metoda de tratament preferată; realizarea unui acord asupra tratamentului ce va fi aplicat.

Un astfel de model facilitează rezolvarea unor probleme dificile, sporește complianța pacienților, ceea ce face necesară imple-

mentarea lui, susțin autorii, mai ales în cazul bolilor grave (cancer, diabet, boli cardio-vasculare).

În aceeași idee, I. Bamforth (1997) accentuează importanța obținerii consensului în cunoștință de cauză, în relația medic-pacient. Acest lucru se poate realiza, după opinia lui, în funcție de următoarele șase criterii:

1. descrierea naturii (conținutului) deciziei medicale;
2. discuția alternativelor posibile la decizia luată;
3. abordarea riscurilor și beneficiilor tratamentului propus;
4. discutarea incertitudinilor corelate cu tratamentul;
5. evaluarea gradului de înțelegere de către pacient a problemelor discutate în cursul acestei relații;
6. evidențierea preferințelor pacientului pentru cursul relației terapeutice.

Practica a demonstrat, susține Bamforth, că medicii descriu în mod frecvent natura deciziei luate, mai puțin frecvent discută riscurile și beneficiile tratamentului propus și rareori evaluează înțelegerea de către pacient a deciziei terapeutice luate de medic.

Multe studii asupra pacienților mulțumiți de asistență menționează faptul că pacienții au tendința de a pune accent îndeosebi pe calitățile personale ale medicului decât pe abilitățile sale tehnice, profesionale. În această privință disponibilitatea medicului de a furniza informații, de a-i acorda o parte din timp și explicații detaliate, e considerat un indicator al grijii generale față de pacienți și față de bunăstarea lor.

Calitățile menționate ale medicilor sunt dintre cele mai apreciate de către pacienți. Acest lucru este pus în evidență de asemenea de Levinson și coiab. (1997) într-un studiu privind rolul comunicării medic-pacient în raport cu acuzațiile de neglijență profesională.

Diferențele dintre medicii care au avut acuzații de neglijență medicală și cei care nu au avut se datorează, susțin autorii, diferențelor de competență comunicațională. Medicii fără nici un caz

de acuzație pentru neglijență profesională au un stil comunicațional caracterizat prin următoarele trăsături:

- explicarea clară a evoluției stării de sănătate a pacientului și a succesiunii vizitelor ulterioare la cabinetul medical;
- utilizarea pe scară largă a râsului și a simțului umorului;
- tendința spre încurajarea unei comunicări destinse și cuprinzătoare (solicitarea opiniei pacienților, încurajarea pacienților să-și spună necazurile, verificarea gradului de înțelegere a problemelor medicale de către pacienți);
- durata mai mare a consultațiilor medicale (o diferență medie de peste trei minute pe consultație).

Concluzia acestui studiu accentuează necesitatea perfecționării competenței comunicative a medicilor pentru a se feri de acuzațiile de neglijență profesională. În continuare sunt indicate metode de îmbunătățire a relației de comunicare în îngrijirea medicală.

Ley (1976) a formulat pe baza studiilor sale asupra înțelegerii și memorării informațiilor medicale câteva sugestii privitoare la îmbunătățirea comunicării medic-pacient:

- îndrumările și recomandările să fie date la începutul interviului;
- să fie accentuată importanța recomandărilor și indicațiilor medicale;
- să se folosească propoziții și cuvinte scurte;
- informația ce trebuie comunicată să fie formulată în propoziții clare;
- să se repete recomandările;
- să se dea informații concrete, precise, detaliate, mai curând decât informații generale.

El opinează că pacienților ar trebui să li se dea informații scrise ca să se poată orienta după ele când „este cazul”. Cartwright, analizând comunicarea deficitară dintre personalul medical și pacient în cadrul spitalului, sugera că în spital ar trebui să existe o persoană competentă a cărei sarcină să fie informarea pacientului.

Dacă în afara spitalului bolnavul poate apela la medicul său, în spital, unde obligația de a-l informa pe pacient revine echipei



(de medici și asistente), nici unul dintre ei nu îndeplinește complet rolul de informare. Fiecare poate presupune că un altul a comunicat bolnavului ceea ce vrea sau simte nevoia să știe, fără ca, de fapt, vreunul dintre ei să o facă.

Responsabilitatea îmbunătățirii comunicației revine în ultimă instanță medicului, de vreme ce el deține controlul asupra consultației și determină forma și conținutul ei.

Stabilirea diagnosticului și a tratamentului, chiar dacă rămân principalele scopuri ale relației medic-pacient, nu trebuie să acopere întreaga arie problematică a acestei relații. În acest sens trebuie conștientizată nevoia pacientului de a fi informat, necesitatea extinderii interviului cu elemente în afara celor clinice, dar care au o importanță mare din punct de vedere medical. Soluția unei comunicări eficiente rezidă în stilul de interviu adoptat de medic. El trebuie să-și dezvolte abilitatea de a recunoaște căile subtile prin care pacientii încearcă să le comunice problemele și preocupările lor și să investigheze activ ideile și opiniile lor privitoare la starea lor de sănătate.

În interacțiunea **medic-pacient** se stabilește o "rețea" dinamică pentru că ambii participă la diagnostic și tratament, în **anamneză** și în **convorbire** ambele presupunând grade diferite de intimitate. Cu atât mai mult se simte necesitatea în existența unui "cod" al regulilor ce trebuie respectate atât de către medic, cât și de pacient. Cele mai importante și selectate au fost sinteze de "comportament scontat".

### \* Reguli pentru medici

1. Ascultați cu răbdare pacientul.
2. Găsiți explicații, totdeauna, foarte clare.
3. Acordați sfaturi de medicină preventivă;
4. Comportați-vă franc și onest.
5. Păstrați informațiile pacientului în strictă confidențialitate.
6. Respectați dorințele pacientului.
7. Nu vă criticați pacienții în public.

8. Arătați-vă sprijinul afectiv (emoțional).
9. Priviți pacientul în ochi în timpul convorbirii.
10. Respectați intimitatea pacientului.
11. Nu vă angajați în raporturi intime (sexuale) cu pacienții.
12. Nu folosiți jurăminte și promisiuni în compania pacientului.
13. Nu vă arătați supărarea, stresul ori anxietatea în fața pacientului.
14. Nu pretindeți pacienților ajutor material.
15. Încercați să alcătuiți diagnosticuri limpezi, clare.
16. Prezentați-vă în fața pacientului în lumina cea mai favorabilă.

Deși regulile de conduită ale medicului pentru intercomunicare (între medic și pacient) includ orientări generale privind desfășurarea anamnezei, ele încurajează atât intimitatea (ex.: "fii franc!", "fii onest!" și "corect", "stabilește contact vizual" etc.), dar și protejarea ei prin păstrarea confidenței, respectarea problemelor personale.

### **\* Reguli pentru pacient**

1. Întreabă medicul dacă este ceva neclar.
2. Oferă medicului informațiile necesare.
3. Respectă cu grijă instrucțiunile medicului.
4. Fii foarte onest în această relație.
5. Asigură-ți igiena și curățenia corporală în vederea examinării medicale.
6. Nu consuma în mod inutil timpul medicului.
7. Nu pretinde lucruri nerezonabile în bugetul de timp limitat al medicului.
8. Fii apropiat și "deschis" față de medic.
9. Respectă intimitatea medicului.
10. Expuneți problemele o singură dată.
11. Privește medicul în ochi în timpul convorbirii.

Aceste reguli, general orientative pentru pacient, au, de asemenea, scopul de a ajuta în centrarea pe problematica specifică, solicitând intervenția medicului pentru promovarea și protejarea,

în același timp, a intimității în acest sistem de comunicare: *medic pacient*.

#### 1.4. Căi de eficientizare a comunicării

Caracteristicile de personalitate necesare unei bune comunicări sunt:

- claritatea în exprimarea ideilor (o gândire clară implică și o exprimare potrivită și corectă a cuvintelor, astfel încât ele să fie ușor recunoscute);

- acuratețea exprimării (expresiile și cuvintele trebuie să exprime exact ceea ce se dorește a fi transmis);

- empatia (capacitatea de a intui reacțiile interlocutorului);

- sinceritatea (a fi natural și a acorda încredere interlocutorului);

- relaxarea -- este cea mai bună metodă de a elibera dificultățile în vorbire.

- calitățile vocale sunt importante pentru transmiterea corectă a mesajului:

- înălțimea și intensitatea vocii;

- volumul vocii (poate fi controlat în funcție de mărimea grupului, de zgomotul de fon și de rezonanța sălii);

- dicția și accentul (țin de educație și de exercițiu). Aceste două elemente ale vorbirii corecte sunt foarte importante în serviciile publice, care presupun o discriminare fină a cuvintelor;

- viteza și ritmul vorbirii – influențează mesajul transmis. Un bun vorbitor își schimbă viteza în corordanță cu importanța mesajului – cuvintele și frazele ne semnificative vor fi rostite mai repede, în timp ce cuvintele și frazele semnificative vor fi rostite mai repede, mai rar și mai accentuat;

- folosirea pauzelor – un bun vorbitor face pauze doar atunci când vrea să ofere ascultătorilor posibilitatea de a se implica activ sau pentru a sublinia o idee mai importantă;

- timbrul vocii – este important, deoarece poate trăda atitudinea și sentimentele față de anumite aspecte ale mesajului.

**Comunicarea eficientă** (corectivă, pozitivă) cât la nivel interpersonal, atât și la nivel organizatoric include 3 etape:

**1. Comunicarea explicită** – constă în capacitatea celui care transmite mesajul de a comunica receptorului exact ceea ce a dorit. Aceasta este o condiție esențială în realizarea unei comunicări eficiente. De cele mai multe ori, comunicarea explicită tinde să aibă o pondere mică în comparație cu comunicarea implicită (când mesajul nu are efectul dorit asupra receptorului). Se observă, în acest caz, o coricularitate a comunicării, deoarece pentru ca mesajul să ajungă la receptor în forma dorită de cel care l-a inițiat sunt necesare explicații suplimentare. Dorința de a transforma componenta implicită în explicită face informația neclară și creează un cerc vicios.

**2. Comunicarea secundară** – este capacitatea de a te plasa deasupra problemei, de a lua partea implicită și a o plasa în partea explicită.

**3. Comunicarea centrată pe problemă** (nu pe persoană).

În concluzie, putem menționa ca, în demersul didactic de îmbunătățire a aptitudinilor de comunicare, se cuvine să pornim de la o analiză atentă a tuturor elementelor care am vorbit mai sus.

Totuși putem delimita următoarele:

– în primul rând, eficiența comunicării poate crește atunci când mediul comunicațional este propice; ne referim atât la mediul fizic, cât și la un mediu sociopsihopedagogic.;

– un al doilea indicator devine, astfel, armonizarea scopurilor și obiectivelor activității pe care ne-o propunem la structura comunicațională prezentă;

– în rândul al treilea, activitățile de perfecționare a deprinderilor de comunicare la nivelul emițătorului sau receptorului reprezintă un alt factor cu sfera de acțiune evidentă.

## **Tema 2. Comportamentul – element de bază al activității umane**

- 2.1. Comportamentul uman – esență și particularități.
- 2.2. Criterii de clasificare ale comportamentului uman.
- 2.3. Constante ale comportamentului (legi, principii).
- 2.4. Corelația dintre comunicare și comportament.

### **2.1. Comportamentul uman: esență și particularități**

Activitatea, acțiunea eficientă și eficace realizată de o persoană constituie dominantă integrativă și activă a oricărui comportament uman. Însăși personalitatea este un tip comportamental generalizat, modelul integrativ și activ de analiză a conduitei umane.

Omul obișnuit își pune o întrebare simplă: De ce utilizăm doi termeni: *comportament* și *conduită*? Ce statut au ei în planul analizei științifice și al limbajului cotidian?

*Comportamentul* este definit drept „totalitatea reacțiilor pe care o ființă vie le dă în mod organizat factorilor de mediu, bazate pe o alegere / selecție dintr-o mulțime de reacții posibile, alegeri finalizată, pentru menținerea în condiții optime a formei și funcțiilor organelor ființei respective ca tot”; „reactivitatea integrală a ansamblului ființei”; „modul concret de interacțiune a sistemului uman cu mediul”; „ansamblul reacțiilor adaptive, obiectiv observabili”; „reacție totală a unui organism prin care el răspunde la o situație trăită, în funcție de stimulările mediului și de tensiunile sale interne și ale cărei mișcări succesive sunt orientate într-o direcție semnificativă”; „ansamblul ordonat și logic coerent de secvențe și acte, ... cea mai extinsă modalitate de existență psihicului uman”.

Ce reprezintă conduita? Termenul de conduită a fost introdus de P.Janet, căruia îi acordă o semnificație mult mai complexă decât celui de comportament. Semnificațiile de bază ale conduitei sunt în esență următoarele: „activitatea sau acțiunea sub toate formele lor, intern-subiective și extern-motorii și întotdeauna considerând unitatea dintre psihic și faptele de comportament”; „modul

de a se conduce și de a acționa mintal și motor al subiectului într-o situație dată sau în situații tipice”; „ansamblul răspunsurilor semnificative prin care omul integrează tensiunile care-i amenință unitatea și echilibrul într-o situație dată”.

Comparând definițiile date, observăm că în timp ce comportamentul cuprinde restrictiv sfera reacțiilor obiective și observabile, mișcarea unei persoane în spațiul ei de viață externă, conduita include pe lângă reacțiile obiective și fenomenele interne subiective, reprezentând unitatea dintre faptele psihice și cele de comportament.

Noțiunea de *comportare* înțelege ca un mod specific de conduită a unui om, ca mod de a se purta relativ constant, vizând astfel o caracteristică valorică a personalității în raport cu o persoană, cu o situație.

Noțiunea de *comportament* a fost elaborată și implementată în cercetarea științifică de școala behavioristă. Ea era definită ca mulțime a reacțiilor de răspuns ale organismului uman la stimulii externi. Toate segmentele corpului apar în acest caz ca verigi de execuție, care realizează mișcări sau secreții pe baza comenzilor recepționate de la creier, respectiv, de la centrii nervoși motori sau secretori. Mecanismul reacțiilor comportamentale este reflex, deci o interacțiune între centrii nervoși senzitivi, care recepționează și prelucrează acțiunea stimulilor externi și cei motori, ce emit semnalele de comandă, ceea ce declanșează reacția comportamentală.

Sistemul comportamental al omului reprezintă un ansamblu coerent de valori, stări, acțiuni sau transformări prin care subiectul intră într-o relație cu mediul ambiant, cu alții și cu sinele. Comportamentul poate fi inconștient, când el reprezintă materializarea unui algoritm înnăscut și poate fi conștient când el este urmarea unei decizii, când este voluntar. Decizia are la bază o motivație sau o configurație motivațională, care în fundal are o stare atitudinală.

Comportamentul uman trebuie considerat o activitate dirijată și nu o reacție oarecare, scopul fiind cel, care în mare parte reglează această dirijare.

## 2.2. Criterii de clasificare ale comportamentului uman

Comportamentul reprezintă totalitatea activităților exterioare ale unei ființe, destinate satisfacerii unei motivații sau a unui instinct și care în cazul omului este subordonat unui sens valoric. Comportamentele reprezintă un registru foarte complex de forme și combinații, diferite după complexitate și nivelul de reprezentare (integrare) reflexă. Astfel, comportamentul se clasifică în baza mai multor criterii:

### 1. După nivelul de integrare psihică, distingem:

- comportament conștient, voluntar – nivel superior de organizare a conștiinței și a reacțiilor de răspuns, sintetizator de experiență concentrată în plan individual și social;

- comportament inconștient, involuntar – înțeles drept ansamblu de dispoziții, stări și procese psihofiziologice și psihice, care momentan sau stabil nu sunt conștiente, are structură relativ închisă, insensibil la contradicții, impuls, spontan, puternic energizat, dinamic și cu o mare bogăție de forme (ereditar, instinctiv psihofiziologic, amnezic, afectiv, rațional, telepatic, automatic funcțional);

- comportament postvoluntar automatizat – deprinderi, dispoziții, abilități perceptive, raționale, acționale etc.

### 2. După planul de desfășurare și modalitatea de manifestare distingem:

- comportament exteriorizat, extrinsec, explicit, aparent, bazat pe structuri observabile; centrale sunt mișcarea sau factorul motor-mecanic (de exemplu, limbajul vorbit, gestica, postura, expresivitatea feței, cel emoțional, de apărare, atențional, agresiv etc.);

- comportamentul interiorizat, intrinsec, implicit – are drept caracteristici dominante: reprezentarea mișcării, activitatea ideomotorie, limbajul intern asociat proceselor de gândire, reacții emotive controlate, strategii, planuri și programe de acțiuni, procese anticipative, imaginative, prezența impulsului motivațional, organizarea și desfășurarea acțiunilor în conformitate cu anumite orientări (scopuri, obiective), precum și cu valori, atitudini, con-

vingeri, ce trebuie formate, întreținute și stimulate pentru a deveni mai rapide, mai eficiente.

3. *După natura factorului stimulor sau declanșator*, distingem:

- comportament provocat, stimulul fiind extern subiectului,
- comportament autonom, stimulul fiind expresia unei acțiuni aparținând structurilor de personalitate (interese, aspirații, decizii ș. a);

4. *După natura mecanismelor reglatoare*, comportamentele sunt:

- homeostazice (de echilibrare, stabilizare și conservare), având o funcționalitate statică, relativ circulară;
- de dezvoltare (de autoorganizare, dinamice), având drept funcții adaptive, integrative, deschidere la învățare continuă, la autoinstruire și autoformare.

5. *După gradul și complexitatea structurii*, există trei tipuri comportamentale:

- simple – elementare, primare;
- complexe – intermediare, secundare;
- hipercomplexe – superioare, supraordonate.

6. *După natura formei expresive și instrumentale*, distingem:

- comportamente verbale – bazate pe cuvinte, pe enunțuri cu structură gramaticală semnificativă;
- comportamente nonverbale – bazate pe alte suporturi decât verbale – mimică, gestică, simbolice, plastice, muzicale.

7. *După caracteristicile psihotemperamentale* ale subiectului în relațiile cu lumea, distingem:

- comportamente extravertite, în care subiectul se orientează asupra lumii exterioare, evită singurătatea, caută inițiativa, conduce activități de grup, stabilește ușor relații de prietenie, se adaptează ușor la situații noi, înfruntă riscul, este interesat de impresia pe care o face asupra altora;
- comportamente introvertite – subiectul se orientează spre el însuși, este contemplativ, manifestă tendință de izolare, sensibilitate crescută, adaptare dificilă, înclinație spre autoanaliză, economie în mișcări, prudență comunicativă, etc.



8. După procesul psihic implicat și dominant, vorbim de un comportament:

- comportament perceptiv, iconic – prin reprezentare;
- comportament inteligent – mintal, lingvistic, reflexiv, prin gândire;

- comportament emoțional, volitiv, decizional, acțional.

Comportamentele mai pot fi:

- bazate preponderent pe elemente înnăscute;

- bazate preponderent pe elemente dobândite.

Comportamentele din primul grup sunt centrate, în principal pe trebuințe biofizilogice, de a căror satisfacere depinde existența individului și chiar a speciei (hrană, apărare, înmulțire etc.). Acestea sunt fixate în programe ereditare relativ constante, ce se transmit descendenților și acționează puternic din interior către exterior, determinând reacții comportamentale de o mare intensitate și stabilitate în timp și spațiu.

Comportamentele din grupul al doilea, specifice îndeosebi oamenilor, sunt centrate mai ales pe trebuințe spirituale, pe norme și valori. Spre deosebire de primele, care sunt puternic fixate în biostereotipii acționale, comportamentele dobândite sunt „fixate” în convingeri, deprinderi, devin conștientizate. Trebuințele spirituale exprimate în valori și norme acționează mai întâi din exterior către interiorul indivizilor și colectivităților, iar mai târziu, după interiorizare, – ca impulsuri interioare.

Comportamentele din aceste două grupuri se deosebesc între ele cel puțin după următoarele caracteristici:

1. funcționalitatea comportamentelor dobândite depinde de completitudinea și corectitudinea interiorizării și valorilor morale. Această discontinuitate în transmiterea valorilor reprezintă cheia progresului uman, făcându-se astfel deschideri spre noi achiziții cultural-valorice și normative;

2. comportamentele dobândite manifestă tendința de diminuare a funcționalității și chiar stingerii ei în timp. Deci comporta

mentele dobândite sunt ușor reversibile, iar cele înnăscute sunt greu reversibile.

3. comportamentele preponderent înnăscute, fiind centrate pe reacții stabile și relativ simple (de hrană, adăpost, perpetuarea speciei etc.), sunt fixate în algoritmi acționali ce se declanșează cu rapiditate în condiții date. Spre deosebire de acestea, comportamentele centrate pe achiziții moral-valorice funcționează în condiții deosebit de complexe, în care, uneori, e foarte greu să deosebești binele de rău, adevărul de neadevăr;

4. comportamentele înnăscute, trebuințele biofiziologice generează o motivație foarte puternică, propulsând permanent organismul spre satisfacerea trebuinței. Reacțiile comportamentale în acest caz au o intensitate foarte mare. La comportamentele centrate pe trebuințe spirituale – valori, norme, principii, idealuri etc. – mai ales dacă acestea nu sunt bine stabilizate în convingeri și deprinderi, intensitatea acestor reacții poate fi mai mică;

5. normele și valorile vin, în primă instanță, din exteriorul individului, sub forma obligațiilor, interdicțiilor, permisiunilor și achizițiilor culturale, lezând uneori trebuințele inferioare, în favoarea unor conduite superioare.

Se poate constata că comportamentul moral nu este cel mai important, vital, în comparație cu cel înnăscut, însă el contribuie la perfecționarea continuă a speciei umane. Valorile umane, alături de alte valori, ne conferă superioritate în raport cu alte viețuitoare, comportamentele dobândite fiind astfel definiții și fundamentale.

Clasificarea ar putea desigur continua, aria criteriilor nefiind epuizată. Important, în latura tipologică propusă, este nu atât marea diversitate a conduitelor cât, mai ales, posibilitatea unui subiect uman de a se manifesta și a se exprima prin cât mai multe forme și tipuri comportamentale în cadrul aceluiași model cultural. efect al intrapătrunderii cauzalității, situațiilor, condițiilor complexe și reale în care trăim. De aici provine și dificultatea înțelegerii unui comportament după elemente exterioare observabile, ceea ce conduce la nevoia de a pune un diagnostic cu prudență.

Orice act comportamental al omului are o premisă și o medie re psihică internă: imaginea senzorială a stimulului, o componentă emoțional-afectivă (pozitivă sau negativă – plăcere, satisfacție bucurie – aversiune, insatisfacție, suferință), o stare de necesitate (trebuință, interes), o pregătire și planificare mintală, un reglaj de tip involuntar sau voluntar etc.

La rândul său, comportamentul desfășurat în plan extern, prin traiectoria și efectele sale, influențează în sens invers (feed-back) conținuturile și mecanismele psihice interne. Astfel, unitatea funcțională psihic-comportament are un caracter circular și indisolubil.

Omul este o ființă socială, existența și activitatea sa fiind organic integrate unui anumit mediu socio-cultural. Condiționarea social absolută a comportamentului uman nu înseamnă să și afirmăm că toate manifestările exterioare ale individului sunt comportamente sociale. Comportamentul social este totalitatea faptelor, actelor, reacțiilor – motorii, verbale, afective – prin care o persoană răspunde solicitărilor de ordin social sau acțiunii stimulilor sociali.

### 2.3. Constante ale comportamentului (legi, principii)

Prin constante ale comportamentului înțelegem un sistem de reacții stabile și durabile, care se păstrează în timp și au o mare extensie spațială, unele din ele păstrându-și valabilitatea la toate nivelurile de dezvoltare și manifestare a vieții (plante, animale, om și colectivități umane).

#### *1. Centrarea comportamentului pe conservarea ființei și a vieții*

Instinctul de conservare este unul din cele mai puternice. Prin forța lui acest instinct direcționează reacțiile comportamentale spre ocrotirea ființei și înlăturarea tuturor obstacolelor care o amenință.

Sinuciderea, fenomen de ordin patologic, nu contrazice acest principiu general. Inteligența rațională formează scutul principal ce apără omul de pericole din mediul natural și social, asigurându-i conservarea ființei și a vieții.

## *2. Orientarea comportamentului spre perpetuarea speciei, ocrotirea și îngrijirea descendenților*

Aceasta este o modalitate comportamentală a indivizilor de a-și prelungi viața prin urmași. Oamenii, în funcție de nivelul de cultură, de capacitatea de creație etc. își prelungesc și existența lor valorică, prin rezultate ale creației, durabile în timp, ce se transmit din generație în generație, devenind astfel un bun al umanității.

## *3. Comportamentul e direcționat spre conservarea spațiului și dilatarea timpului*

Spațiul devine teritoriul pe care ființa și colectivitatea își duc existența, iar timpul măsoară durata acestei existențe, ambele fiind limitate.

Omul și colectivitățile umane acționează în direcția dilatării timpului în sens biologic (prelungirea vieții) și în sens valoric (de trăinicie a ființei în timp prin opere durabile).

## *4. Comportamentul tinde spre cooperare*

Cooperarea umană se realizează social-istoric, conștient, rațional, printr-o diviziune complexă a muncii în mod organizat și din ce în ce mai eficient. Cooperarea umană este multilaterală, ea se realizează între indivizi, grupuri, macrocolectivități (state, grupuri de state etc.). T.Kotarbinski distinge la om o cooperare pozitivă, când indivizii și grupurile se ajută reciproc în realizarea unui obiectiv comun și cooperare negativă – când se stânjenesc reciproc.

## *5. Comportamentul e direcționat spre comunicare prin limbaj*

Limbajul este considerat el însuși o formă de comportament, este un sistem de transmitere a informației prin sunete și recepționată auditiv, prin gesturi – receptată vizual, tactil – prin atingere, chimic – prin olfacție, biochimic ca la plante etc. modalități de transmisie și recepție. Limbajul natural al omului se realizează prin vorbire articulată, în formă logică și conștientă, e deosebit de complex prin bogăția de semnificații, e normat social prin reguli lingvistice, se dezvoltă social-istoric și se asociază cu alte tipuri de limbaje, devenind tot mai eficient.

#### 6. *Comportamentul e centrat pe atracție și repulsie*

În psihologia aplicată se vorbește de un spațiu psihologic, în limitele căruia comportamentul persoanei e normal. Încălcarea acestui spațiu provoacă tulburări comportamentale (lezarea identității și creșterea agresivității). Pentru a nu ne incomoda reciproc avem nevoie de educație și autoeducație altruistă, tolerantă, de promovarea bunelor maniere, a unui comportament civilizat.

#### 7. *Comportamentul tinde spre căutarea plăcerii și evitarea durerii*

Una dintre diferențele calitative dintre animale și om constă în faptul că la animale plăcerea și durerea sunt dependente preponderent de corp și simțuri, pe când la omul evoluat acestea sunt dependente preponderent de psihic, de rațiune, de lumea valorilor sau au un rang mai superior.

#### 8. *Dependența comportamentului de atitudine*

Schimbarea comportamentului în bine sau în rău presupune mai întâi schimbarea sistemului de atitudini. Actele (acțiunile) în acord cu atitudinile conservă comportamentul, în timp ce aceleași acte în dezacord cu atitudinile conduc la schimbarea comportamentului.

#### 9. *Comportamentul e orientat spre satisfacerea trebuințelor și realizarea scopurilor*

Trebuințele primare asigură conservarea ființei și perpetuarea vieții, dar la om se mai adaugă și trebuințele spirituale foarte variate, care și ele exercită o influență de orientare a comportamentului uman spre realizarea lor. La om trebuințele se proiectează spre viitor, în formă de scopuri și se manifestă drept interese.

#### 10. *Comportamentul uman e centrat pe interes și direcționat spre realizarea lui*

Trebuințele, interesele, idealurile etc. constituie *motivația* - fenomen care marchează foarte puternic comportamentul. Intensitatea, amplitudinea și durata reacțiilor comportamentale sunt direct proporționale cu puterea motivației persoanei și a colectivității.

ților. Deci, comportamentul își mărește performanța și eficiența în condiții de cointeresare și competiție.

*11. Comportamentul uman vizează atingerea succesului și evitarea nereușitei*

În ceea ce privește comportamentul, fie real sau mintal, el trebuie să aducă organismului un profit, dovedindu-i validitatea și asigurându-i consolidarea.

*12. Comportamentul uman e direcționat spre libertate, creativitate, stimă și prestigiu, acestea fiind valori superioare, prețioase pentru persoană și colectivitate.*

*13. Comportamentul uman e sensibil la confort, bunăstare, progres și prosperitate*

*14. Comportamentul uman e orientat spre satisfacerea curiozității prin acțiune și cunoaștere*

Curiozitatea, setea de noutate sunt tendințe înnăscute și caracteristici esențiale ale spiritului uman care au stat la originea tuturor progreselor sale. Ele constituie un model foarte puternic de perfecționare și autoperfecționare (Ele ne conferă superioritate și față de calculatoare, cu toată rapiditatea și precizia lor).

*15. Comportamentul macrogrupal e centrat pe relația de antiteză „provocare-ripostă”*

Drept dovadă se aduc exemple din teoria civilizațiilor (A.J.Toynbee) unde colectivitățile umane sunt provocate să declanșeze mari energii drept răspuns la ostilitățile mediului. (În urma secetelor fluviilor au fost populate și „supuse” terenuri mlăștinoase din junglă). Această lege nu are valabilitate absolută, pentru a fi stimulatorie provocarea nu trebuie să fie excesivă.

Provocările pot să vină nu numai din mediul fizic, ci și din cel uman. Acestea pot fi: șocuri neașteptate sau presiuni continui la care se răspunde cu sacrificii eroice, obținându-se victorie în condiții vitrege.

*16. Funcția transformatoare a comportamentului*

Din exemplele anterioare rezultă faptul după care comportamentul, la toate nivelurile existenței sale și cu atât mai mult com-

portamentul omului, are o funcție transformatoare în raport cu ambianța. Transformarea poate fi în bine sau în rău. Este importantă problema dirijării comportamentului uman, la nivelul individului și grupului, prin strategii eficiente, spre *transformarea pozitivă a ambianței*.

Aceste constante, principii, legi (și nu numai ele) ne furnizează ză suficientă informație pentru a înțelege mai bine comportamentul medicului.

## 2.4. Corelația dintre comunicare și comportament

Corelația dintre comunicare și comportament este foarte bine explicată în conținutul axiomelor de comunicare (după P. Watzlawick).

Axioma 1: „**Comunicarea este inevitabilă**” sau „Noncomunicarea este imposibilă”. Conform acestui principiu, orice comportament are valoare comunicativă, indiferent dacă există sau nu intenții, semne și semnale. Totul în om comunică ceva.

Axioma 2: „**Comunicarea se dezvoltă pe două planuri**”: planul conținutului și planul relației. Primul oferă informații, iar al doilea – informații despre informații”.

Axioma 3: „**Comunicarea este un proces continuu**” ce nu poate fi abordat în temei de cauză-efect sau stimul-reacție. Acest lucru înseamnă că este inutil să continuăm o cauză unică pentru un act de comunicare „punctual”, pentru că omul comunică în fiecare moment cu întreg trecutul său și cu toate experiențele acumulate.

Axioma 4: „**Comunicarea se bazează atât pe informația în formă digitală** (procesată de sistemul nervos central), **cât și de informația analoagă** ( procesată de sistemul neurovegetativ).”

Axioma 5: „**Comunicarea este ireversibilă**”, deci un act de comunicare, o dată ce a avut loc, declanșează transformări și mecanisme ce nu pot fi date înapoi ca un ceasornic. Bun sau rău, o dată emis și recepționat, mesajul nu mai poate fi retras.

Axioma 6: „**Comunicarea implică raporturi de putere între parteneri**”, iar tranzacțiile care au avut loc între ei pot fi simetrice

sau complementare.” Tranzacțiile simetrice sunt relații în care partenerii își reflectă reciproc comportamentele de pe poziții de egalitate. Tranzacțiile complementare sunt relații în care partenerii adoptă comportamente compatibile sau joacă roluri distincte, au putere diferită, statut social sau ierarhic diferit.

Axioma 7: „**Comunicarea implică procese de acomodare și ajustare a comportamentelor**”. Axioma pleacă de la premisa că oamenii sunt în mod inevitabil diferiți, percep diferit realitatea, au interese și obiective diferite (Ștefan Pruteanu, 2000).



foarte adesea, să-și modifice obiceiurile, valorile și atitudinile față de modul de activitate. Schimbarea valorilor și atitudinilor este esențială. Probabil că nu poate exista nici o schimbare reală fără o schimbare de atitudine.

Schimbarea comportamentală este un proces de gândire, o stare de spirit, alegerea unui model, o decizie. Iar consecința poate fi, adesea, dizolvarea totală a coerenței, spargerea identității, rup-tura până la instalarea sistemului (sociouman) într-un echilibru (A. Neculau, 1996).

*Dar oare cum se schimbă oamenii? Ce procese interne deter-mină modificările de comportament?*

În plan individual, schimbarea comportamentului are loc:

- la nivelul cunoștințelor (informații despre schimbare, înțele-gera rațiunii ei);
- la nivelul atitudinilor (acceptarea necesității schimbării și a unui anumit volum al ei, atât din punct de vedere rațional, cât și din punct de vedere al sentimentelor);
- la nivelul comportamentului (acționând în sprijinul imple-mentării efective a schimbării).

La finele acestui subiect, vom enumera câteva Blocaje ale schimbării comportamentale la nivel individual:

- atitudinile personale;
- educația și mediul;
- motive financiare;
- obișnuința;
- teama de schimbare, de necunoscut;
- nevoia de securitate;
- percepțiile selective;
- toleranță scăzută la schimbare;
- extraefort.

### **3.5. Teorii și modele de schimbare comportamentală**

Există 4 grupe mari de teorii care sunt folosite pentru schim-barea comportamentului:

- A. Teoria de modificare comportamentală a individului.
- B. Teorii și modele sociale.
- C. Modelele structurale și de mediu.
- D. Construcțiile teoretice izolate și modelele transteoretice.

### **A. TEORIA DE MODIFICARE COMPORTAMENTAMENTALĂ A INDIVIDULUI**

Modelele psihosociale categorizează riscul comportamental în 3 grupuri majore de predicție;

- ◆ comportament cu risc;
- ◆ modificarea comportamentală;
- ◆ menținerea comportamentului securizat.

Modelul individual în linii generale vizează etapele, pe care le parcurg oamenii la încercarea de a-și modifica comportamentul. Aceste modele nu iau în considerare momentele de interacțiune socială, culturală și de mediu.

Toate modelele prevăd care anume modificare comportamentală va avea loc:

- ◆ situații de risc;
- ◆ relații sociale;
- ◆ percepții de risc;
- ◆ atitudini;
- ◆ autoeficacitate;
- ◆ intenția de a modifica;
- ◆ rezultate scontate.

#### ***Modelul atitudinii față de sănătate (anii 1950)***

Atitudinea față de sănătate este în funcție de caracteristicile individuale socio-demografice, de cunoaștere, de atitudini.

Conceptele-cheie pentru modificarea comportamentală:

1. Recunoașterea susceptibilității la o problemă de sănătate  
(*sunt supus unui risc pentru HIV*)
2. Recunoașterea seriozității stării

(*am auzit că SIDA conduce la moarte – cât de greu îmi va fi dacă mă voi molipsi?*)

3. Încrederea în eficacitatea noului comportament

*(Condoamele sunt eficiente împotriva SIDA)*

4. Îmboldurile pentru a acționa

*(Martor al îmbolnăvirii sau morții de SIDA a unui prieten*

*apropiat )*

5. Recunoașterea beneficiilor măsurilor de profilaxie

*(Dacă folosesc condoame, pot preveni SIDA).*

6. Barierele pentru luarea măsurilor

*(Nu-mi place să folosesc condoame).*

Pentru a-și modifica comportamentul, o persoană trebuie să-și schimbe atitudinile. Modificarea se poate obține doar în cazul când beneficiile prevalează asupra costurilor și barierelor. Specifice pentru SIDA sunt scopurile de percepere a riscului, conștientizare a seriozității SIDA (*nu se vindecă*), încredere în eficacitatea folosirii condomului și beneficiile folosirii condomului și începerea mai tardivă a relațiilor sexuale.

***Teoria cognitivității sociale (Teoria de instruire)***

Noul comportament este învățat prin modelarea comportamentului altor persoane sau prin propria experiență.

Conceptele-cheie pentru modificarea comportamentală:

1. autoeficacitate – încrederea în capacitatea de a respecta un anumit comportament

*(Știu că pot insista asupra folosirii condomului de către partener);*

2. rezultatele scontate,

*(Dacă folosesc condoamele corect, nu mă voi molipsi de SIDA);*

Programele de profilaxie HIV/SIDA bazate pe TCS integrează informația și schimbările de atitudine spre a spori motivația și autoeficacitatea.

***Activitățile prevăzute de program:***

• discuția persoanelor cu partenerii lor sexuali despre sex și folosirea condomului;

• aspectele pozitive și negative ale folosirii condomului;

• barierele din mediu de reducere a riscului.

Majoritatea programelor bazate pe această teorie și măsurile prevăzute de ea s-au soldat cu modificări comportamentale pozitive.

### ***Teoria Acționării motivate (anii 1960) Fishbein și Ajzen***

Presupune că oamenii sunt raționali și folosesc informația în luarea deciziilor. Înainte de a face ceva oamenii iau în considerare implicațiile propriilor acțiuni (controlul voinței). Modelul este similar celui de atitudine față de sănătate, dar aici se mai adaugă **intenția comportamentală** drept determinantă a atitudinii față de sănătate.

**Intenția** depinde de 2 factori:

- ◆ atitudinea față de comportament;
- ◆ influența socială (normele sociale).

Normativele sunt de importanță enormă. Se focusează asupra a ceea ce crede o persoană, în special una influențabilă, că ceilalți se așteaptă de la ea.

*Majoritatea amicilor mei folosesc condoame, ei se așteaptă ca eu să procedez la fel.*

Atât modelul atitudinii față de sănătate, cât și teoria acționării motivate se axează pe perceperea susceptibilității, perceperea beneficiilor și barierelor.

*Activitățile prevăzute de program:*

- ◆ modificarea atitudinii față de reducerea riscului,
- ◆ sensibilizarea la normele sociale,
- ◆ intențiile de a modifica comportamentul.

### ***Modelul de modificare în etape (începutul anilor 1990)***

*La modificarea comportamentului oamenii parcurg 6 etape:*

1. precontemplarea;  
*(Nu se ia în considerare posibilitatea folosirii condoamelor)*
2. contemplarea;  
*(Individul recunoaște necesitatea folosirii condoamelor)*

3. pregătirea;  
(*Individul se gândește la folosirea condoamelor în următoarele câteva luni*)
4. acționarea;  
(*Folosirea în permanență a condoamelor pentru o perioadă mai mică 6 luni*)
5. menținerea;  
(*Folosirea în permanență a condoamelor în ultimele 6 luni*)
6. recidiva  
(*Folosirea neregulată a condoamelor*).

*Activitățile prevăzute de program:*

♦ Pentru ca programul să se desfășoare cu succes, el trebuie să fie aplicat persoanelor aflate la o anumită etapă de comportament, deci să fie individualizat.

♦ Accentuarea proceselor cognitive, inclusiv a autoeficacității.

Centrele de Control al Bolilor au folosit acest model în Proiectele lor Demonstrative în Comunitate SIDA, efectuate în populațiile sărace, pentru a modifica comportamentul sexual al femeilor cu partenerii lor permanenți.

***Modelul de reducere a riscului SIDA (1990) Catania***

Pentru a descrie procesul de modificare comportamentală modelul dat folosește elemente din modelul atitudinii față de sănătate, teoria cognitivității sociale și difuziunii teoriei inovaționale.

Prevede 3 etape majore în reducerea Transmiterii HIV:

1. aprecierea comportamentului;
2. angajamentul de a-l modifica;
3. luarea măsurilor.

***Etapa 1: Aprecierea comportamentului***

Informarea despre HIV, perceperea susceptibilității, influența emoțiilor adverse asupra înțelegerii SIDA.

***Etapa 2: Angajamentul de a-l modifica***

Percepția plăcerii, autoeficacitatea, normele sociale și emoțiile adverse.

**Etapa 3: Emoțiile adverse, comunicarea sexuală, comportamentul de solicitare a ajutorului și factorii sociali influențează procesul de luare a deciziilor.**

Activitățile prevăzute de program:

- ♦ evaluarea riscului clientului;
- ♦ influențarea deciziei de a reduce riscul prin percepția plăcerii sau autoeficacitate;
- ♦ suportul modificărilor obținute (accesul la condoame, suport social).

**Concluzie:**

Aceste teorii psihosociale, axate pe individ, au fost utile la începutul epidemiei de SIDA și continuă să ocupe un loc de frunte în design-ul intervențiilor. Dar, fiind elaborate în West, trebuie modificate pentru a fi adecvate diverselor aspecte culturale și categorii sexuale. Luate separat, ele nu explică în totalitate de ce unele populații au o prevalență mai mare a HIV și nici interacțiunile complexe dintre factorii contextuali și comportamentul individului.

**B. TEORII ȘI MODELE SOCIALE**

Axarea exagerată pe modificarea comportamentală a individului subminează înțelegerea complexității problemei transmiterii și controlului HIV. Ea ignorează interacțiunile comportamentului individului în contextului social, cultural și economic – omite determinante importante ale comportamentului. Se vor lua în considerare normele sociale, criteriile religioase și relațiile dintre categoriile sexuale, bazate pe forță. Diferența principală dintre modelele axate pe individ și cele sociale – modelele sociale se focusează asupra schimbărilor la nivel de comunitate. Subculturile au o influență importantă. Membrii unui mediu restrâns, a unui grup de persoane, aflate în aceleași condiții, exercită cea mai semnificativă influență asupra comportamentului individului. Eforturile efective de profilaxie (în special în populațiile vulnerabile) necesită mobilizarea comunității la modificarea normelor în interiorul

unor asemenea grupuri cu scop de a schimba comportamentul individului.

### ***Teoria Difuziunii Inovației (Rogers, 1983)***

Are 4 elemente esențiale:

1. *inovația;*
2. *comunicarea despre inovație;*
3. *sistemul social;*
4. *perioada de timp.*

Expunerea oamenilor la o idee nouă, prin intermediul unei structuri sociale sau media, determină rata de adopție de către persoane a unui nou comportament.

Oamenii vor adopta mai probabil noul comportament, dacă ideea le va fi prezentată pozitiv de către membrii "influenți" ai grupului lor social. În reducerea riscului HIV, modificarea comportamentală se produce atunci când purtătorii de opinii adoptă și susțin noul comportament și-i influențează și pe alții să facă la fel. Acest fapt face ca noile norme sociale să se răspândească în mediul structurilor omogene.

#### ***Activitățile prevăzute de program:***

Folosirea purtătorilor de opinii drept modele de urmat și răspândirea cu ajutorul lor a mesajelor în comunitate cu scop de a modifica normele.

### ***Modelul influenței sociale (Howard, 1990)***

*Modelul influenței sociale* caracterizează în special mediul tineretului. Tinerii își încep timpuriu activitatea sexuală datorită fricii de a fi altfel decât cei din jur. Acest model propune a expune tinerii unor elemente pozitive de comportament social, ajutându-i totodată să-și dezvolte capacitatea de a face față presiunilor sociale.

#### ***Activitățile prevăzute de program***

Programele se bazează pe modelele-rol (aduți tineri) pentru a oferi informație reală, a identifica presiunile exercitate, răspunsurile-tip (rolurile) la presiuni, învață oamenii să-și apere punctul de vedere și să discute problemele de situație.

### ***Teoria structurilor sociale (Morris 1997)***

Abordează comportamentul social nu ca pe un fenomen individual, dar prin *relații* (comportamentul cu risc HIV implică 2 persoane).

Se focalizează asupra:

1. Impactului cuplării selective (cum aleg oamenii persoana cu care se cuplează).
2. Variațiilor șabloanelor unei relații (durata relației și suprapunerea altor relații).

Momente importante:

- comunicarea în interiorul cuplurilor;
- structurile sociale și persoanele influente sunt de importanță crucială;
- normele sociale pot fi asimilate mai eficient la nivelul structurilor sociale.

Pentru programele HIV este valabil conceptul de “populații-punte” (reprezintă legătura dintre populațiile cu prevalență înaltă și joasă). Drept exemplu pot servi bărbații tailandezi, care fac atât sex comercial, cât și sex noncomercial.

#### ***Activitățile prevăzute de program***

Se focalizează asupra parteneriatului sexual, precum și asupra structurării sociale. Analizarea structurării permite a determina momentele intervenționale efective ale programului.

#### ***Teoria categoriilor sexuale și Puterii (DiClemente, 1995)***

Teoria categoriilor sexuale vizează distribuția puterii și autorității, influențele afective și normele specifice unor anumite categorii sexuale.

#### ***Activitățile prevăzute de program***

Evaluarea impactului diferențelor de categorii sexuale în relațiile sexuale interpersonale.

Folosite în populațiile extrem de vulnerabile pentru a influența partenerii și frica de a fi altfel decât cei din jur.



## **Concluzie:**

Teoriile și modelele sociale abordează comportamentul individului într-un context social și cultural. Ele se focusează asupra normelor sociale, relațiilor și inegalității categoriilor sexuale, care formează determinantele de modificare comportamentală. Eforturile de a efectua modificări la nivel de comunitate vor influența în special persoanele care sunt în faza de contemplare sau au făcut careva schimbări, dar au nevoie de suport pentru a le menține în continuare.

### ***C. MODELELE STRUCTURALE ȘI DE MEDIU***

**(Caracel 1997, Sweat 1995, Tawil 1995)**

Determinantele comportamentului sexual depind, de asemenea, de factorii structurali și de mediu.

Acești factori includ elemente civile și organizaționale, precum și momente de politică și economice.

### ***Modelul de Împuternicire (Teoria modificărilor individului și societății)***

**(Parker 1996; Werner 1997)**

Modificările sociale se produc cu participarea forțelor sociale, culturale, politice și economice și prin combaterea forțelor de oprimare. Împuternicirea sporește rezolvarea problemelor prin intermediul participării. Permite oamenilor a înțelege rolul forțelor personale, sociale, economice și politice, astfel încât ei să poată acționa.

#### ***Activitățile prevăzute de program:***

Vizează modificarea comportamentală prin identificarea necesităților primordiale din comunitate, înrolarea participanților la planificarea și implementarea activităților.

### ***Modelul Social Ecologic de Promovare a modului sănătos de viață (McLeroy 1988)***

Comportamentul-model este o urmare a manifestării interesului.

Comportamentul este determinat de:

- ◆ factori intrapersonali (cunoaștere, atitudini, abilități, etc.);
- ◆ procese interpersonale, structuri formale și neformale (grupuri de familie, de lucru etc.);
- ◆ factori instituționali (instituții sociale cu reguli și regulamente);
- ◆ factori comunitari (relații dintre instituții; structuri neformale);
- ◆ politica publică (legi și politici locale, regionale, naționale).

Se focusează asupra relațiilor dintre individ și mediu. Nu se mai pune accentul pe individ.

*Activitățile prevăzute de program:*

Dezvoltarea abilităților la nivel intrapersonal pentru a modifica mass-media și politica.

***Factori Socioeconomici*** (Sweat 1995, Tawil 1995)

Factorii economici, în special sărăcia și șomajul, au o mare influență asupra comportamentului sexual al individului. Țările cu nivel de trai scăzut sunt și cele cu cea mai mare incidență HIV.

În situații economice critice cuplurile căsătorite se ciocnesc de migrare urbană forțată, lucrări sezoniere, război, etc. Aceasta conduce la situații de trai separat, fapt care îi supune riscului.

**Concluzie:**

Teoriile comunitare abordează comportamentul nu doar ca ceva, ce depinde de individ sau structurile sociale din imediata lui apropiere, dar și ca un produs al mediilor comunitare, organizaționale, politice și economice. Intervențiile se focusează asupra modificărilor din organizații, comunități și politică.

#### ***D. CONSTRUCȚIILE TEORETICE IZOLATE ȘI MODELELE TRANSTEORETICE***

**Construcția teoretică de Percepție a Riscului (Stevens, 1998)**

S-a demonstrat că percepția sporită a riscului influențează pozitiv comportamentul de profilaxie HIV. Riscul sexual nu este determinat de individ. Ex., femeile se simt supuse riscului nu din motivul propriului comportament, dar datorită celui al parteneru-

lui lor sexual. Această teorie abordează fatalismul drept moment de influență.

### **Comunicarea sexuală**

Comunicarea sexuală este deseori predictivă pentru folosirea condomului. Tinerii, care comunică despre sex cu partenerul lor de sex, probabil, vor folosi condoame. Aceasta ține de autoeficacitate.

### **Modele și teorii de comportament sănătos**

Se cunosc următoarele modele și teorii de comportament sănătos:

#### **1. Modelul bazat pe păreri (convingeri) despre sănătate**

Comportamentul sănătos este funcție de cunoștințe și atitudini. Accentuează că percepțiile persoanei de vulnerabilitate față de o maladie și de eficacitate a tratamentului vor influența deciziile persoanei despre comportamentele sănătoase (punctele slabe – că formarea părerilor (convingerilor) poate, de fapt, urma după schimbarea comportamentală).

#### **2. Modelul de comunicare/convingere**

Efectivitatea unui efort de comunicare depinde de diferite imputuri și outputuri. Variabilele de „imput” include: sursa mesajului, mesajul însăși, canalul, caracteristicile destinatarului (receptorului) și destinațiile. Variabilele de „output” includ schimbări în factorii cognitivi specifici (cunoștințe, atitudini, luarea de decizii și comportamentele observabile).

#### **3. Modelul transteoretic**

Patru etape independente: precontemplarea, contemplarea, acțiunea și menținerea. Indivizii compară toate „pro” și „contra” înainte de a progresa de la o etapă la alta. Încearcă să potrivească abordările de intervenție cu etapele concrete de schimbare.

#### **4. Modelul precede/procedează**

Analizarea și evaluarea necesităților focalizate mai mult pe comunitate, decât pe individ. Analizează cinci „diagnostice” – social, epidemiologic, behaviorist, educațional și administrativ/politică.

## **5. Modelul difuzării inovațiilor**

Accentuează rolul agenților schimbării în mediul social (prin urmare rudă, vecin, lucrător din domeniul sănătății). Acest agent poate identifica necesitatea de schimbare, poate specifica scopurile, motiva persoana să întreprindă acțiunea, etc.

## **6. Modelul cunoștințelor sociale**

Subliniază relația triadică dintre persoană, comportament și anturaj (mediu) (Determinism reciproc). Procesele cognitive ale persoanei interpretează mediul, astfel conducând spre comportament. Simultan aceste comportamente au drept scop schimbarea anturajului (mediului) în moduri care conduc la rezultate favorabile.

## **7. Modelul acțiunii argumentate**

Comportamentul de obicei urmează intenția. Intențiile sunt influențate de alte atitudini, de exemplu faptul dacă persoana consideră că comportamentul este important. Accentuează convingerile „normative”.

## **Abordări ale modificărilor comportamentale HIV**

Majoritatea programelor de profilaxie HIV/SIDA sunt bazate pe una sau mai multe teorii și modelele, în funcție de situația socio-culturală, politică sau economică și de etapa epidemiei. Pentru ca programele HIV/SIDA să fie efective a fost extrem de important a modifica variatele modele, pentru ca acestea să se potrivească populației și contextului. Aceste abordări nu derivă nemijlocit din teorii sau modele – mai curând ele se conturează în baza multiplelor construcții teoretice.

### ***A. ABORDĂRILE AXATE PE MODIFICAREA COMPORTAMENTALĂ A INDIVIDULUI***

#### ***Informarea, educarea și comunicarea (IEC)***

Mass-media are drept scop aducerea la cunoștință a momentelor esențiale, promovarea comportamentului sănătos, destrămarea miturilor și prevenirea discriminării și stigmatizării. Majoritatea programelor sunt focusate asupra corectării percepțiilor eronate

ale HIV/SIDA și oferirii informației despre evaluarea riscului personal. În multe cazuri, IEC a sporit cu succes vigilența, a informat despre riscuri. Unele din ele au modificat comportamentul cu risc înalt, au sporit vânzările de condoame și au redus incidența HIV. Canalele mass-media au inclus TV, radio și mijloacele de presă. Majoritatea campaniilor, îndreptate spre modificarea cunoașterii și atitudinilor individului, s-au soldat cu succes. La moment este greu de estimat modificarea comportamentală rezultantă acestor programe.

Tot mai pe larg se efectuează *instruirea în grupuri mici privitor la SIDA*. Aceasta constă din 3 componente de bază: cuprinsul, contextul și strategiile.

### **Cuprins:**

Educația elementară privitor la SIDA, riscurile personale de infectare HIV, instruirea individului de a acționa în direcția reducerii riscului, noile căi de comunicare cu partenerul de sex.

### **Context:**

Intervenții, prevăzute de a corespunde nivelului cultural, de grup sexual și de dezvoltare a participanților.

### **Strategie:**

Este un proces de implementare a intervențiilor de către participanți și liderul de grup. Cultivarea încrederii, crearea coeziunii grupului, încurajarea motivației și susținerea reciprocă. Activitățile includ: abilitățile de folosire a condomului, conferirea atractivității sexului protejat, abilitățile de comunicare prin sex protejat.

Datele din literatura demonstrează, că pentru reducerea comportamentului cu risc HIV grupurile mici sunt mai efective.

### ***Instruirea în mediul grupurilor omogene***

Presupune recrutarea liderilor în comunitățile, supuse unui risc mare, în scop de a-i face instrumente de implementare a programelor educaționale în mediul grupurilor lor omogene. Selectarea educatorilor, proveniți din grupurilor omogene, este momentul-cheie al succesului programului. Multe programe combină educarea în mediul grupurilor omogene cu alte abordări, cum ar fi

structurile sociale și care vizează grupurile greu accesibile de populație.

Beneficiile educatorilor, proveniți din grupurile omogene:

- ◆ surse credibile de informație;
- ◆ comunică în limbaj obișnuit grupului;
- ◆ servesc drept modele pozitive.

Este folosită în diverse populații (muncitori la uzine, șoferi de curse lungi, femei din locuințele pentru săraci, tineret supus riscului, etc.). Majoritatea programelor înregistrează succese în modificarea comportamentală.

### ***Testarea Voluntară și Consilierea (TVC)***

Baza teoretică este *Modelul de modificare în etape*. Consilierea promovează reducerea riscului prin sporirea percepției acestuia, autoeficacității și abilităților personale, cât și prin fortificarea normelor sociale și responsabilității. TVC promovează parcurgerea etapelor de modificare comportamentală.

### **Majoritatea sunt efective în cuplurile sero-discordante.**

Cunoașterea propriului statut serologic poate impune oamenii să-și modifice comportamentul cu risc înalt. TVC poate, de asemenea, servi drept bază de modificare a normelor sociale ce țin de HIV/SIDA. Rezultatele pozitive la HIV au determinat unele persoane să depună mărturie în comunități – acest fapt poate influența puternic atitudinile, comportamentul și normele sociale. În toate populațiile persoanele, care știu că sunt HIV+ mai probabil își modifică comportamentul decât cei, care știu că sunt HIV-.

Concluzie desprinsă din reviuul studiilor: *Nu se pune întreba-rea care HIV TVC poate să motiveze și motivează modificările comportamentale ale unor indivizi*. Însă TVC de sine stătător nu întotdeauna produce schimbări în toate populațiile și în situații diferite. *Calitatea consilierii* este cheia predictivă a impactului TVC.

### **Concluzie:**

Elementele-cheie ale programelor, ce abordează modificările comportamentale ale individului:

- ♦ sporirea capacității participanților de a comunica efectiv despre sex;
- ♦ ajutorarea participanților de a se deprinde a folosi condomul;
- ♦ personalizarea riscului;
- ♦ asigurarea sprijinului și suportului pentru menținerea reducerii riscului;
- ♦ este foarte important ca informarea și crearea abilităților să fie specifică contextului.

## **B. INTERVENȚIILE LA NIVEL DE COMUNITATE**

Intervențiile sunt bazate pe:

- ♦ influența socială și intervențiile pe structuri sociale;
- ♦ programele care vizează grupurile greu accesibile de populație;
- ♦ programele în baza școlii;
- ♦ promovarea condomului și marketing-ul social;
- ♦ organizarea și împuternicirea comunității;
- ♦ intervențiile la nivel de politică.

Modificarea culturii sau a normelor din comunitate motivează și consolidează reducerea riscului HIV pentru individ. Pentru a influența frica de a fi altfel decât cei din jur, multe programe sunt bazate pe urmarea teoriilor de modificare a comportamentului:

- ♦ teoria acționării motivate;
- ♦ difuziunea inovațiilor;
- ♦ teoria influenței sociale.

Schimbările politicii, cum ar fi obligarea de a folosi condomul în bordeluri, are un impact semnificativ în practicile de reducere a riscului în comunitate.

### **Influența socială și intervențiile pe structuri sociale**

*Folosește influențele din interiorul grupurilor omogene și structurile sociale pentru a răspândi informația. Intervențiile cu influență socială identifică persoanele-cheie, capabile de a-i influența pe alții. Teoria cognitivității sociale demonstrează care modele (roluri) sunt importante în mediul grupurilor omogene.*

În Teoria acționării motivate percepțiile normelor sociale au o influență extrem de importantă asupra comportamentului. Normele sociale create de liderii de opinii au un efect major.

*Teoria difuziunii inovațiilor demonstrează că modificarea comportamentului individului este mai probabilă în condițiile când acesta este compatibil cu normele sociale. Programele, care au folosit educatori din grupurile omogene pentru a influența structurile sociale în comunițiile de homosexuali, s-au soldat cu modificări semnificative în practicile sexuale. Suplimentar la folosirea educatorilor din grupurile omogene. Programul de Împuternicire din SUA a inclus o campanie de publicitate și seminare în grupuri mici. Deși nu la fel de eficiente, acțiunile sociale și cele care vizează grupurile greu accesibile de populație au fost foarte importante la recrutarea bărbaților pentru seminarele în grupuri mici. Extrem de important a fost sinergismul abordărilor.*

Alt exemplu: femeile din USA din locuințele pentru săraci. *Intervențiile au inclus:*

- ♦ grupurile greu accesibile de populație;
- ♦ grupuri mici;
- ♦ activități în comunitate pentru implementarea normelor sociale, care sprijină sexul protejat și reducerea comportamentului cu risc înalt al individului;
- ♦ liderii de opinii au participat la formarea abilităților de cunoaștere și comportamentului de profilaxie HIV.

Rezultatul: folosirea condomului a crescut semnificativ.

Cât privește toxicomanii intravenoși, Proiectele Naționale SUA pentru Studiul Demonstrativ SIDA s-au focusat asupra structurilor sociale ale acestora. Pentru a identifica și a avea acces la aceste structuri sociale, drept activiști în grupurile greu accesibile de populație au fost folosiți foști toxicomani intravenoși. Aceștia de asemenea au oferit servicii de profilaxie HIV. Incidența HIV a scăzut în câțiva ani, la fel ca și practicile sexuale cu risc.



Combinarea intervențiilor, bazate pe modificarea activităților cognitiv-comportamentale și a normelor, la nivel de individ și comunitate, poate fi eficientă.

### **Intervențiile în grupurile greu accesibile de populație**

Teoriile folosite sunt modelul adoptării unui mod sănătos de viață, Teoria cognitivității sociale, Teoria acționării motivate și Etapele de Modificare comportamentală. Aceste intervenții sunt folosite în grupurile greu accesibile de populație, cum ar fi toxicomanii intravenoși, lucrătoarele din sfera comercializării sexului și bărbații care fac sex cu bărbați (BSB). Similar intervențiilor cu influență socială, pentru informare în interiorul unei structuri se folosesc persoane din această structură; totuși, individul nu trebuie neapărat să provină din aceeași structură socială. Se folosesc pentru strategiile de reducere a primejdiilor, care vizează grupurile greu accesibile de populație, cum ar fi la distribuirea condoamelor lucrătorilor din sfera sexului comercial.

Proiectele de Evaluare SIDA în grupurile greu accesibile de populație din Stradă, implementate în 6 orașe mari din SUA, au constatat că este mai ușor a modifica comportamentul de folosire a narcoticelor decât comportamentul sexual.

### **Intervențiile în baza școlii**

Intervențiile includ:

- ♦ informare elementară despre profilaxia HIV/SIDA;
- ♦ ședințe de dezvoltare a abilităților;
- ♦ activități în mediul grupurilor omogene;
- ♦ programe de modificare a normelor sociale;
- ♦ promovarea folosirii condomului.

Intervențiile eficiente au următoarele caracteristici:

- ♦ informația exactă despre comportamentul sexual cu risc;
- ♦ ședințe de dezvoltare a abilităților, care sporesc autoeficacitatea pentru negocierea practicilor de sex protejat;
- ♦ modelarea comportamentelor de sex protejat cu ajutorul teoriei social cognitive;
- ♦ grupuri mici;

♦ strategiile de a rezista presiunii fricii de a fi altfel decât ce din jur;

♦ consolidarea în grup a normelor de sprijin al comportamentului sănătos;

♦ instruirea extensivă a profesorilor și grupurilor omogene;

♦ interacțiunea dintre profesori, părinți și studenți.

### **Promovarea Condomului și marketing-ul social**

Marketing-ul social al condomului este cea mai răspândită abordare a sănătății publice. Înlătură barierele de folosire a condomului prin utilizarea tehnicilor de marketing comercial, cum ar fi publicitatea cu scop de a face condoamele accesibile și atractive.

Baza teoretică o constituie principiile social cognitive și de marketing.

Cel mai important lucru pentru marketing-ul social al condomului este cunoașterea grupului și culturii-țintă prin intermediul unui studiu formator. Creșterea disponibilității conduce la creșterea acceptabilității sociale. Aceste programe au condus la creșterea dramatică a vânzărilor de condoame. Marketing-ul social a fost de asemenea folosit la promovarea TVC.

### **Organizarea Comunității, împuternicirea și studiul acțiunilor de participare**

Premisele:

♦ menținerea modificării comportamentale necesită suport din partea comunității;

♦ împuternicirea presupune eforturile în grup de a identifica problema și de a găsi soluția. Prin participarea comunității, oamenii adoptă noi atitudini față de posibilitatea lor de a influența propriile sfere personale și sociale;

♦ se axează pe modificările individului, grupului și structurale. Un proces amplu, care presupune autoperfecționare, îmbunătățirea calității vieții, dreptate socială.

*Definiția intervenției de împuternicire (Beeker):*

Vizează modificările, la nivel de întregă comunitate, în atitudinea față de sănătate prin determinarea comunităților de a-și defi-

ni problemele lor de sănătate, de a identifica factorii determinanți ai acestor probleme și de a se angaja în acțiuni efective, individuale și colective, în scop de a modifica acești factori.

Participarea comunității este extrem de importantă. Implică organizarea comunității și studiul acțiunilor de participare. Drept exemplu pot servi femeile în programele de creditare. În India banii puși de o parte de către femei le permit a plăti bonuri, care le eliberează de la prestarea lucrului, ce ține de sex. În Zambia sindicatele femeilor din industria de prelucrare a peștelui au organizat cooperative economice pentru a se proteja de HIV.

### **Intervențiile la nivel de politică**

Programele de intervenție SIDA trec prin modele multidimensionale de mobilizare, împuternicire și modificări politice structurale în comunitate.

Drept exemplu poate servi ACT UP din SUA, un grup de homosexuali, care lupta pentru schimbări politice, inclusiv TVC și accesul la ART. Alt exemplu: programul 100% Condom în Thailanda (cerea folosirea condomului în bordeluri și în timpul altor activități de comercializare a sexului) s-a dovedit a fi foarte eficient, rezultând în folosirea mai frecventă a condomului și descreșterea incidenței BST și HIV).

### **Concluzie**

Profilaxia HIV la nivel de comunitate este esențială în reducerea HIV. În timpul lucrului cu comunitățile, atenția se va concentra asupra modificării politicii, structurilor sociale, normelor sociale și practicilor culturale, care influențează comportamentul cu risc al individului.

Modificarea mediului din jurul indivizilor are un efect de lungă durată asupra menținerii modificărilor comportamentale. Aceste abordări pun accent pe metodele de participare și împuternicire a individului. Eficacitatea este greu de apreciat, deoarece aceasta necesită includerea în studiu a unui număr mare de oameni. După design și implementare aceste programe sunt mai complexe decât programele axate pe individ.

## **Căile de modificare a comportamentului**

Vom prezenta și explica patru teorii folosite pentru profilaxia HIV/SIDA, care abordează aspectele de modificare a comportamentului individual:

- modelul modului sănătos de viață;
- modelul de Reducere a riscului SIDA;
- etapele de modificare;
- teoria Acționării motivate;
- comunicarea drept mijloc de Modificare socială;
- Teoria Instruirii Sociale.

### *Cum are loc modificarea comportamentului?*

Probabil că această întrebare are tot atâtea răspunsuri, pe cât de diverse sunt popoarele și culturile. Totuși, orice program de profilaxie HIV are la bază răspunsurile la această întrebare – **teoriile de modificare a comportamentului**. Aceste principii de bază s-ar putea să nu fie formal recunoscute drept teorii, dar ele se focusează asupra eforturilor de profilaxie a HIV, asupra elementelor, considerate a fi esențiale pentru inițierea și menținerea modificărilor comportamentale.

În continuare vom elucida câteva teorii mai frecvent amintite în literatura de profilaxie a HIV: **Modelul modului sănătos de viață, Modelul de Reducere a riscului SIDA, Teoria Modificării comportamentului în Etape, Teoria Acționării motivate, Comunicarea drept mijloc de Modificare socială și Teoria Instruirii Sociale**. Aceste teorii necesită a fi aplicate cu abordarea creativă în afara Statelor Unite, deoarece s-ar putea să nu includă toate elementele necesare pentru modificarea comportamentului într-o anumită cultură sau populație. Totuși, ele propun exemple a procesului de modificare a comportamentului individual.

### *Modelul modului sănătos de viață (MSV)*

Modelul modului sănătos de viață (MSV) este un model psihologic, care încearcă să explice și să prezică comportamentul față de sănătate prin focusarea asupra aprecierilor și părerilor persoar-

nelor. MSV a fost elaborat în anii 1950 de către psihologii sociali din sănătatea publică. De atunci MSV a fost adaptat pentru evaluarea unei varietăți largi de comportamente față de sănătate de lungă și scurtă durată, inclusiv pentru comportamente cu risc de transmitere sexuală a HIV/SIDA. Variabilele-cheie ale MSV sunt următoarele (Rosenstock, Strecher și Becker, 1994):

- **Recunoașterea amenințării:** constă din două părți: recunoașterea susceptibilității și recunoașterea severității stării de sănătate.

1. **Recunoașterea susceptibilității:** percepția subiectivă a unei persoane a riscului de contactare a unei asemenea stări de sănătate; (ex.: *Sunt supus unui risc pentru HIV*)

2. **Recunoașterea severității:** Sentimentul de îngrijorare privind seriozitatea riscului de contractare a unei boli sau de a o lăsa netratată. (ex.: *Am auzit că SIDA conduce la moarte – cât de greu îmi va fi, dacă mă voi molipsi?*)

- **Recunoașterea beneficiilor:** încrederea în eficacitatea strategiilor de reducere a amenințării bolii. (ex.: *Condoamele sunt eficiente împotriva SIDA*)

- **Recunoașterea barierelor:** consecințele negative potențiale, care pot rezulta din anumite măsuri individuale, ce țin de sănătate, inclusiv necesitățile fizice, psihologice, și financiare. (ex.: *Nu-mi place să folosesc condoame*).

- **Imboldurile pentru a acționa:** evenimente, fie percepute fizic (ex., simptome fizice ale stării de sănătate), fie din anturaj (ex., publicitatea din media), care motivează oamenii să ia măsuri. Imboldurile pentru a acționa este un aspect al MSV, care nu a fost studiat detaliat. (ex.: *Martor al îmbolnăvirii sau morții de SIDA a unui prieten apropiat* )

- **Alte variabile:** diverse variabile demografice, socio-psihologice și structurale, care influențează percepțiile individului și prin aceasta, indirect, – atitudinea lui față de sănătate.

- **Autoeficacitatea:** încrederea în capacitatea de a respecta cerințele comportamentale necesare pentru a obține rezultatul do-

rit. (Acest concept a fost introdus de Bandura în 1977). (ex.: *Știu că pot insista asupra folosirii condomului de către partener*)

**Implicații ale atitudinii față de sănătate.** Modelul modului sănătos de viață (MSV) a fost folosit pentru a studia varietățile de comportament față de sănătate în diverse populații. De exemplu, MSV a fost aplicat în studii, care și-au propus să explice și să prezică participarea indivizilor la programe de vaccinare contra gripei, screening a hipertensiunii arteriale, stopare a fumatului, nutriție etc.

După apariția HIV/SIDA, modelul a fost, de asemenea, utilizat la aprecierea comportamentului sexual cu risc sporit (Rosensstock et al., 1994). Participanți la aceste studii, majoritatea cărora au fost efectuate în Statele Unite, au fost persoane din populația generală, bărbați homosexuali, adolescenți și femei însărcinate.

Design-ul studiilor de asemenea este variat – de la longitudinale la secționale și de la studii retrospective la prospective. Într-un reviu al literaturii tuturor studiilor MSV, publicate în perioada 1974–1984, autorii au identificat, indiferent de design-ul studiului și populația studiată, *recunoașterea barierelor drept cea mai influentă variabilă* pentru prezicerea și explicarea comportamentului, ce ține de sănătate (Janz și Becker, 1984). Alte variabile semnificative ale MSV au fost recunoașterea beneficiilor și susceptibilității, iar cea mai puțin importantă variabilă a fost recunoașterea severității. Cu toate acestea, mai recent, autorii presupun că *recunoașterea de către un individ a capacității proprii de a îndeplini cu succes o strategie de "sănătate"*, cum ar fi folosirea permanentă a condomului, influențează enorm decizia și capacitatea lui/ei de a-și schimba comportamentul și a-l menține (Bandura, 1989).

**Limitări:** limitările generale ale MSV includ:

a) majoritatea investigațiilor bazate pe MSV, efectuate până în prezent, conțin doar o parte din componentele MSV și de aceea nu testează utilitatea modelului drept un tot întreg;

b) fiind unul psihologic, modelul nu ia în considerare alți factori, cum ar fi factorii de mediu sau economici, care ar putea influența atitudinea față de sănătate;

c) modelul nu include influența normelor sociale și influențele, ce provin din frica de a nu fi ca ceilalți, asupra deciziilor persoanei, privitoare la atitudinea față de sănătate.

### ***Modelul de reducere a riscului SIDA***

Modelul de Reducere a riscului SIDA (MRRS), introdus în 1990, reprezintă o bază teoretică pentru explicarea și prezicerea eforturilor de modificare a comportamentului oamenilor, în particular a celui ce ține de transmiterea sexuală a HIV/SIDA. Alcătuit din trei etape, modelul MRRS include o serie de variabile din alte teorii de modificare a comportamentului, și anume Modelul modului sănătos de viață, teoria "eficacității", influențele emoționale, și procesele interpersonale. Etapele, cât și factorii ipotetici de influență asupra îndeplinirii cu succes a fiecărei etape, sunt după cum urmează (Catania, Kegeles și Coates, 1990):

#### **ETAPA 1: conștientizarea și aprecierea comportamentului unei persoane drept unul cu risc înalt.**

*Influențe presupuse:* cunoașterea faptului că HIV se transmite pe cale sexuală; înțelegerea faptului, că o anumită persoană este susceptibilă la contractarea HIV; conștientizarea faptului că nu este de dorit a avea SIDA; norme și conlucrare socială.

#### **ETAPA a 2-a: luarea unui angajament de a reduce contactele sexuale cu risc înalt și de a spori activitățile de micșorare a riscului.**

*Influențe presupuse:* cost și beneficii; plăcerea (ex., vor afecta oare schimbările plăcerea, pe care mi-o aduce sexul?); eficacitatea armărilor (ex., vor reduce oare cu succes schimbările efectuate riscul de a mă infecta de HIV?); autoeficacitatea; cunoașterea utilității pentru sănătate a unei anumite practici sexuale, precum și a factorilor sociali (normele în grup și suportul social) – toate

acestea influențează părerile unui individ despre cost și beneficii și autoeficacitate.

**ETAPA a 3-a: luarea măsurilor.** Această etapă se divide în trei faze: 1) culegerea informației; 2) obținerea mijloacelor de remediere; 3) inițierea soluționării. În funcție de individ, fazele se pot derula concomitent sau pot fi omise.

*Influențe presupuse:* schemele sociale și opțiunile de soluționare a problemelor (autoajutorare, ajutor neformal și formal); experiențele anterioare de soluționare a problemelor; nivelul de autoestimare; resursele necesare pentru a obține ajutor; capacitatea de a comunica verbal cu partenerul sexual; părerile și comportamentul sexual al partenerilor.

Autorii MRRS (Catania et al., 1990) au identificat și alți factori interni și externi, care ar putea motiva o anumită persoană de a parcurge aceste etape. De exemplu, stările emoționale de averse (ex., nivele înalte de stres, cauzate de HIV/SIDA sau consumul de alcool și narcotice, care afectează starea emoțională) pot facilita sau constitui un obstacol în aprecierea comportamentului unui individ. Motivațiile externe, cum ar fi campaniile de educație publică, imaginea unei persoane, care moare de SIDA, sau grupurile neformale de suport, pot de asemenea determina oamenii să-și examineze și potențial să-și modifice comportamentul sexual.

**Limitări:** limitarea generală a modelului MRRS este focusarea lui asupra individului. De exemplu, multe femei, incluse într-un studiu bazat pe MRRS, efectuat în Kampala, Uganda, simt că au riscul de a contracta HIV nu datorită propriului comportament, ci din cauza comportamentului partenerilor lor sexuali — acest moment, relatat de femei, nu a putut fi controlat de ele (McGrath et al., 1993). Drept consecință, investigatorii au presupus că MRRS ia mai mult în considerare momentele socio-culturale, care influențează, și pot limita opțiunile de comportament ale unui individ și capacitatea lui de a lua măsuri.



## **Teoria Modificării comportamentului în Etape**

Psihologii au elaborat Teoria Modificării în Etape în 1982 pentru a compara fumătorii supuși unui tratament cu cei, ce au adoptat și modificarea continuă a comportamentului. Raționamentul de a „etapiza” presupune **ajustarea tratamentului la necesitățile persoanei în cauză, începând de la un anumit moment particular al procesului lui/ei de modificare**. Drept rezultat, cele patru componente inițiale ale Teoriei Modificării în Etape (precontemplarea, contemplarea, acționarea și menținerea) au fost identificate și prezentate ca un proces liniar de modificare. De atunci teoria a fost completată cu o a cincea etapă (Pregătirea pentru a acționa), precum și cu *zece procese, care ajută la prezicerea și motivarea individului de a parcurge aceste etape*. În plus, etapele nu mai sunt considerate a fi liniare, ci mai degrabă componente ale unui **proces ciclic**, care diferă de la individ la individ.

Etapele și procesele, descrise de Prochaska, DiClemente și Norcross (1992), sunt enumerate mai jos.

• **Precontemplarea:** problema există (fie că este sau nu conștientizată), dar individul nu intenționează să schimbe ceva. *Procesele:* creșterea conștientizării (informare și cunoaștere); aprecierea (rolul, care-i revine); reevaluarea mediului (cum problema afectează starea fizică).

• **Contemplarea:** Individul recunoaște existența problemei și se gândește serios la schimbări. *Procesele:* autoreevaluarea (aprecierea atitudinii față de propriul comportament).

• **Pregătirea pentru a acționa:** Individul recunoaște existența problemei și intenționează să-și modifice comportamentul în lunile ce urmează. Pot fi înregistrate unele încercări de modificare a comportamentului, cum ar fi folosirea ocazională a condomului. Totuși, criteriul de definire a modificării comportamentale (ex., folosirea în permanență a condomului) nu a fost atins. *Procesele:* autoeliberarea (angajamentul sau încrederea în capacitatea de a schimba ceva).

• **Acționarea:** individul inițiază modificarea permanentă a comportamentului (ex., folosirea în permanență a condomului) pentru o perioadă mai mică de șase luni. *Procesele:* îmbunătățirea managementului (recompense evidente și ilicite); relații de ajutorare (suport social, grupurile de autoajutorare); contracondiționare (alternative de comportament); controlul imboldurilor (evitarea contactelor cu risc înalt).

• **Menținerea:** individul menține noul comportament șase luni sau mai mult.

În populațiile din SUA Teoria Modificării în Etape a fost folosită pentru studierea unei serii de modificări comportamentale, cum ar fi stoparea fumatului, eforturile de control al masei corporale și mamografia drept screening (Prochaska, 1994). Mai recent, această teorie a fost aplicată pentru studierea comportamentului sexual și HIV/SIDA. De exemplu, Centrele pentru Controlul și Profilaxia Bolilor (CCB) au folosit Teoria Modificării în Etape într-un Studiu al Consilierii și Testării în HIV/SIDA, efectuat la clinicile de boli sexual transmisibile (BST). În consecință, consilierea oferită a fost bazată pe etapa particulară a fiecărui client (CCB, 1993). Populațiile, supuse altor studii ale etapelor de modificare efectuate în SUA, constau din femei, bărbații, care fac sex cu bărbați, dar nu se autoidentifică drept homosexuali, toxicomani intravenoși, prostituate, cupluri și tineri.

Rezultatele preliminare ale acestor studii susțin Teoria Modificării în Etape drept metodă de caracterizare a persoanelor, de rând cu conținutul de modificare, care are drept scop sporirea eficacității intervențiilor din HIV/SIDA. În plus, teoria oferă o metodă de evaluare a programelor prin aprecierea modificărilor individului.

Studiile au examinat, de asemenea, utilitatea aspectelor de integrare a altor teorii în Etapele de modificare. Aceste componente suplimentare sunt deseori aplicate în încercarea de a clarifica cum parcurg oamenii etapele. De exemplu, un studiu din SUA a examinat o serie de probleme comportamentale, folosind Teoria Modifi-

cării în Etape și două elemente din Modelul Echilibrului Decizional (Prochaska, 1994). Încorporarea aspectelor din Modelul Echilibrului Decizional în studiu a consolidat Teoria Modificării în Etape prin elucidarea momentelor, care motivează trecerea de la o etapă la alta.

Per general, integrarea componentelor diferitelor teorii este un fenomen obișnuit, deoarece investigatorii și programatorii caută să înțeleagă mai bine cum se produce modificarea comportamentului.

**Limitări:** în calitate de teorie psihologică, Etapele de modificare se focusează asupra individului fără a evalua rolul influențelor structurale și de mediu, care determină capacitatea unei persoane de a iniția modificarea comportamentală. În plus, din vreme ce Etapele de modificare oferă o explicare mai curând descriptivă decât cauzativă a comportamentului, legătura dintre etape nu este întotdeauna clară. În fine, fiecare dintre etapele descrise pot să nu se potrivească pentru caracterizarea oricărei populații. De exemplu, un studiu al persoanelor, care activează în domeniul sexului din Bolivia, a scos în evidență că puțini dintre participanți erau la etapele de precontemplare sau contemplare în problema folosirii condoamelor cu clienții (Posner, 1995).

### ***Teoria Acțiunii motivate (TAM)***

Începând cu a. 1967, investigațiile care au folosit Teoria Acțiunii motivate (TAM) au explicat și prezis o serie de comportamente umane. Bazată pe premisele că oamenii au rațiune și că comportamentul studiat se supune voinței, teoria oferă o *schemă care întrunește părerile, atitudinile, intențiile și comportamentul individului* (Fishbein, Middlestadt și Hitchcock, 1994). Variabilele teoriei și definițiile lor, descrise de Fishbein et al., (1994), sunt:

• **Comportamentul:** un comportament specific, definit de o combinație a patru componente: acțiunea, ținta, contextul și timpul (ex., implementarea unei strategii (acțiunea) de reducere a riscului HIV sexual transmisibil prin utilizarea condoamelor de către

lucrătorii din domeniul comercializării sexului (ținta) în bordeluri (context) de fiecare dată (timpul).

• **Intenția:** intenția de a respecta un anumit comportament este cel mai bun predictor al faptului că comportamentul dorit va fi respectat. Pentru a o putea aprecia cu exactitate și eficacitate, intenția ar trebui definită, folosind aceleași componente ca pentru definirea comportamentului: acțiunea, ținta, contextul și timpul. Atât atitudinea, cât și normele, descrise mai jos, influențează intenția unei persoane de a respecta un anumit comportament.

• **Atitudinea:** atitudinea pozitivă sau negativă a persoanei față de respectarea unui anumit comportament.

• **Părerile comportamentale:** Părerile comportamentale sunt o combinație dintre părerile unei persoane privitor la rezultatele unui anumit comportament și evaluarea de către persoană a rezultatelor potențiale. Aceste părerii vor varia de la populație la populație. De exemplu, heterosexuali căsătoriți pot aprecia introducerea în relația lor a condoamelor drept admitere de infidelitate, pe când pentru bărbații homosexuali din regiunile cu prevalență înaltă aceasta poate fi apreciată drept semn de încredere și grijă.

• **Norme:** percepția de către o persoană a opiniilor altor persoane despre un anumit comportament.

• **Părerile Normative:** părerile normative sunt o combinație dintre părerile unei persoane privitor la punctele de vedere ale oamenilor despre un anumit comportament și dorința persoanei de a se conforma acestor puncte de vedere. Când privește părerile comportamentale, părerile normative privitoare la opiniile altor oameni și evaluarea acestor opinii, acestea vor varia de la populație la populație.

TAM oferă o schemă care întrunește toate variabilele de mai sus. Este important, că părerile comportamentale și normative influențează, respectiv, atitudinile și normele subiective ale individului. În consecință, atitudinile și normele determină intenția unei persoane de a respecta comportamentul. În fine, din vreme ce autorii TAM continuă să discute pe marginea acestui subiect, inten-

ția persoanei de a respecta comportamentul rămâne cel mai sensibil indicator.

În linii generale, modelul TAM susține un proces liniar, în care schimbările părerilor despre comportament și normative a unui individ influențează în consecință comportamentul la moment al acestui individ. Variabilele de atitudine și norme, și structurile cognitive, care stau la baza lor, deseori exercită grade diferite de influență asupra intenției unei persoane.

*De exemplu*, rezultatele unui studiu al bărbaților din partea de nord a Thailandei a scos în evidență că percepția bărbaților a normelor noi a fost cel mai bun predictor de utilizare a condomului (VanLandingham, Suprasert, Grandjean and Sittitrai, 1995). Totuși, într-un studiu, efectuat în Statele Unite asupra femeilor, care învață la colegiu, părerile de atitudine au exercitat în rândurile femeilor fără experiență sexuală o influență mai mare asupra intenției de a folosi condoamele (Middlestadt and Fishbein, 1990). Pentru a elabora intervenții adecvate unor populații și comportament specific, este important a determina, care variabilă și structuri cognitive, corespunzătoare acesteia, exercită cea mai mare influență asupra populației studiate (Fishbein et al., 1994).

La ziua de azi, comportamentele studiate cu ajutorul TAM includ fumatul, consumul de alcool, antrenarea în programe cu risc pentru sănătate, folosirea contraceptivelor, respectarea dietei, folosirea centurilor de siguranță sau căștilor de protecție, efectuarea regulată a exercițiilor fizice, participarea la vot și alăptarea (Fishbein et al., 1994). Studiile, efectuate în Zimbabwe, au aplicat teoria pentru a evalua folosirea condomului de către femei și bărbați (Montano, Kasprzyk și Wilson, 1990; Wilson, Zenda and Lavelle, 1993). Alt studiu populațional pentru investigarea TAM HIV/SIDA include femei, pacienți din clinicile de BST, femei lucrătoare în domeniul comercializării sexului, bărbați care fac sex cu bărbați, studenți din colegii și toxicomani intravenoși.

**Limitări:** unele limitări ale TAM includ incapacitatea teoriei, datorită abordului său individualist, de a lua în considerare rolul

influențelor de mediu și structurale și liniaritatea componentelor teoriei (Kippax and Crawford, 1993). Oamenii mai întâi își pot schimba comportamentul, iar apoi părerile/atitudinile față de el. De exemplu, studiile privind impactul legilor despre utilizarea centurilor de siguranță în Statele Unite au scos în evidență faptul, că oamenii deseori își schimbă atitudinile negative față de folosirea acestora pe măsura obișnuirii cu noul comportament.

### ***Comunicarea drept mijloc de modificare socială (CMM)***

Comunicarea drept mijloc de Modificare socială a fost inițiată și fondată de Rockefeller. Prin efortul comun al specialiștilor din domeniile de comunicație, monitorizare și evaluare s-a încercat a descrie abordul prin dialog al transformării sociale. Grupul de studiu a creat o structură logică, care ar putea explica, cum dialogul dintre persoane și în comunități ar putea conduce la o transformare socială, ce ar include modificarea normelor și comportamentului. Modelul descrie un proces repetitiv, în care „dialogul în comunitate” și „acțiunea colectivă”, se sumează pentru a produce o modificare socială într-o comunitate cu scop de a îmbunătăți starea de sănătate și bunăstarea tuturor membrilor acesteia.

CMM este un model integrat, format în baza unei game largi de literatură, ce ține de evoluția comunicării, și dezvoltat continuu de la începutul anilor 1960, în special de lucrările lui Paulo Freire (1970), un pedagog brazilian, care a conceput comunicarea drept dialog în scop de a crea identificare culturală, încredere, angajare, stăpânire și împuternicire (în înțelegerea de azi a cuvântului).

**Comunicarea prin Dialog.** Teoriile nu sunt corecte sau incorecte, doar potrivite sau nepotrivite, în funcție de circumstanțe și natura fenomenelor, asupra cărora sunt aplicate. Multe modele BCC de modificare a unui individ se ciocnesc de existența inerentă a unor limitări, de exemplu, atunci când investigațiile demonstrează că influența socială și necesitatea de a fi la fel ca cei din jur sunt determinante comportamentale majore, cum ar fi în cazul fumatului și consumului de băuturi alcoolice. Chiar și cele mai convingătoare și raționale argumente împotriva fumatului și consu-

mului de alcool, luate aparte, sunt insuficiente. Sunt necesare, de asemenea, și schimbări colective, instituționale, modificări de politici și legi, cum ar fi locuri de lucru unde nu se fumează și un nivel maxim admisibil legal de alcool în sânge. În anumite situații, profilaxia unei boli este posibil de efectuat doar prin intermediul unei acțiuni colective. Pentru a rezolva problema este nevoie de dialog și acțiunea colectivă, cooperantă a comunității. Până și în cazurile, în care este extrem de greu de obținut modificarea individuală, cum ar fi reducerea HIV/SIDA prin intermediul practicilor de sex protejat, este util a adopta o strategie de modificare socială plus la cea de modificare a individului. Strategia de modificare a individului, luată de sine stătător, poate fi pur și simplu insuficientă.

### ***Teoria instruirii sociale (TIS)***

Teoria Instruirii Sociale, formulată de Allan Bandura (1986, 1989) presupune că indivizii învață a acționa prin *aplicarea propriului comportament asupra altora și prin consolidarea socială a anumitor acțiuni*. TIS acordă atenție sporită factorului numit **autoeficacitate**, recunoașterii capacității unui individ de a respecta un anumit comportament. La o asemenea abordare, programele de comunicare pot modifica percepția omului a propriei capacități de a respecta anumite cerințele comportamentale.

Conceptele-cheie pentru modificarea comportamentului:

1. autoeficacitate – încrederea în capacitatea de a respecta cerințele comportamentale

*(Știu că pot insista asupra folosirii condomului de către partener)*

2. rezultatele scontate

*(Dacă folosesc condoamele corect, nu mă voi molipsi de SIDA)*

*Activitățile programului includ:* discuția persoanelor cu partenerii lor sexuali despre sex și folosirea condomului, aspectele pozitive și negative ale folosirii condomului, barierele din mediu de reducere a riscului. Majoritatea programelor bazate pe această teorie și activitățile implicite s-au soldat cu rezultate pozitive în modificarea comportamentului.

### 3.6. Rolul comunicării în schimbarea comportamentului

Comunicarea orientată spre schimbarea comportamentului (CSC) este un proces interactiv de dezvoltare a mesajelor și abordărilor cu utilizarea unor canale de comunicare cu scopul de a încuraja și menține un comportament pozitiv și adecvat. CSC a evoluat de la programele de informare, educare și comunicare pentru a promova mesajele create mai bine, precum și pentru a promova mai mult dialog și mai multă responsabilitate.

Comunicarea pentru schimbarea comportamentului este un proces care implică participarea comunității și este integrat într-un program cuprinzător.

Rolul CSC este să:

- îmbunătățească cunoștințele;
- dialogul în comunitate;
- promoveze schimbarea esențială a atitudinii;
- reducă stigmatizarea și discriminarea;
- creeze cerere pentru informație și servicii;
- promoveze sprijinul;
- promoveze servicii de prevenire și îngrijire în domeniul sănătății;
- îmbunătățească abilitățile și sentimentul de autoeficiență.

Pentru ca programele CSC să fie eficiente, este necesar de a le elabora pentru anumite grupe-țintă specifice. În contextul realizării activității profesionale, acesta include comunicarea cu angajați în grupuri omogene, după criteriul de activitate, profesii, studii, sex. Aceasta de asemenea presupune crearea unor mesaje și abordări specifice ce vor fi cât mai eficiente pentru un anumit grup.



## **Tema 3. Procesul schimbării comportamentale. Teorii și modele de schimbare comportamentală**

- 3.1. Caracteristici ale procesului de schimbare comportamentală.
- 3.2. Principii de schimbare a comportamentului. Antecedente, consecințe.
- 3.3. Evaluarea comportamentului pentru schimbare. Deficiențe de abilități și performanță .
- 3.4. Etape pentru schimbarea comportamentală .
- 3.5 .Teorii și modele de schimbare comportamentală .
- 3.6. Rolul comunicării în schimbarea comportamentului

### **3.1. Caracteristici ale procesului de schimbare comportamentală**

*Procesul de schimbare.* La nivel individual devenim mai întâi conștienți de necesitatea schimbării, apoi ne formăm o atitudine față de această schimbare, iar la sfârșit ne modificăm comportamentul pentru a ne adapta schimbării.

#### **Ce ne face să ne schimbăm?**

Din punct de vedere al diferitor abordări vom încerca să găsim răspuns.

*Abordarea empirico-rațională:* oamenii sunt ființe raționale care aderă sau sprijină schimbările dacă li se demonstrează bine argumentat necesitatea acestora.

*Abordarea normativ-educativă:* comportamentul individual este condiționat mai ales de normele socio-culturale, atitudini și valori. În scopul inițierii unor schimbări trebuie inițiată educația indivizilor pentru deprinderea de noi valori, norme și atitudini, punându-se accentul pe implicarea personală și lucrul în grupuri restrânse numeric.

*Abordarea coercitivă:* consecutiv acestei abordări, pentru a produce schimbarea trebuie mai întâi obținută puterea necesară de care persoana care face schimbarea să se poată servi apoi.

*Abordarea consensuală.* Această abordare postulează că oamenii doresc să coopereze și, dacă sunt făcuți să participe (prin consultare) la proces, vor face tot posibilul pentru reușita schimbării.

Este posibil ca pentru orice problemă, chiar pentru una diagnosticată precis, să poată fi implementate mai multe planuri de acțiune. Pentru a decide ce acțiune de schimbare trebuie să se aleagă dintre variantele posibile, trebuie să țină cont de:

1. cauza problemei. Dacă există o singură cauză, este important ca planul de schimbare să o vizeze;

2. constrângerile de timp. Unele acțiuni de schimbare cer prea mult timp pentru a fi demarate sau pot dura prea mult. Pentru unele probleme este esențial să se acționeze imediat și nu să se aștepte până când oamenii vor fi mai puțin ocupați sau alți factori vor fi mai favorabili. Acțiunile care pot fi demarate cât mai rapid pot fi cele mai eficiente;

3. resursele financiare. Unele planuri de schimbare pot fi considerate ca având un grad sporit de eficacitate, dar costurile pe care le implică pot face imposibilă implementarea lor în condițiile bugetului existent;

4. sprijinul din partea oamenilor-cheie. Deoarece faptele demonstrează că procesul schimbării este demarat atunci când este sprijinit de persoane importante și este continuat atunci când este sprijinit de un sistem social, un criteriu de selectare important îl reprezintă sprijinul de care se bucură fiecare variantă de acțiune.

Dacă limitele impuse de timp și de resursele disponibile sunt elemente importante în alegerea tipului de intervenție, este necesară stabilirea nivelului la care trebuie să se intervină la nivel individual sau de sistem. De obicei, orientarea spre modificarea comportamentului sau performanțelor individuale reprezintă o variantă de producere a schimbării care cere timp și conduce la costuri ridicate. De exemplu, cum poate iniția o universitate un program de eliminare a copiatalui? Motivele pentru care studenții copiază sunt, pe de o parte, nevoia de a lua note mari pentru a împlini aș-

teptările părinților și ale prietenilor și, pe de altă parte, obținerea unui avantaj concurențial în întrecerea pentru un post sau pentru admiterea la cursuri postuniversitare. O presiune asupra studenților care copiază o reprezintă și ideea că toți ceilalți copiază. Cum poate înfăptui o universitate un plan de acțiune menit să elimine copiatul? La nivel individual, o metodă este identificarea fiecărui student care copiază și implicarea lui într-un program de consiliere – proces lung și complicat. Intervenția la nivel de grup ar putea fi mai eficientă – un tip de consiliere de grup pentru stabilirea de noi reguli pentru comportamentul de grup. Altă posibilitate o reprezintă creșterea controlului asupra studenților – examene alternative, monitorizare, așezarea lor la distanță unii de alții. O altă abordare constă în schimbarea întregii politici sau a programului care prevede modalitățile de testare și notare.

Fiecare dintre variantele anterior prezentate înaintea anumite probleme și oferă posibilități diferite. Dacă sunt eliminate notele în sensul obișnuit al cuvântului, nu mai există nevoia de a copia; posibilitățile de a copia sunt de asemenea serios reduse prin trecerea de la examenele scrise la cele orale. Modul de așezare a studenților la examen și supravegherea lor poate fi modificat ușor, însă motivele pentru a copia există încă, și asemenea schimbări vor determina, probabil, crearea de noi metode de copiere. Schimbarea politicii administrative generale cu privire la notare va reduce fără îndoială copierea, dar o asemenea schimbare este puțin probabil că va fi realizabilă date fiind realitățile politicilor universitare. Aceste aspecte sunt importante indiferent de varianta aleasă.

În linii generale, intervențiile la nivel individual necesită mult timp și mai multe resurse decât modificările aspectelor mai ample ale întregului sistem. În orice caz, programele orientate spre modificarea comportamentului individual sunt de obicei mai ușor acceptate de cei care administrează o organizație. Acest fapt rezultă în demararea de programe de schimbare la nivel individual care produc de obicei rezultate globale slabe. Unii indivizi se pot

schimba, dar ansamblul factorilor corelați cu problema copiatului rămân nemodificați.

Un alt aspect semnificativ în alegerea intervenției la nivelul unei părți a sistemului se referă la reacția pe care ceilalți membri ai întregului sistem o au față de schimbare (efectul de răspândire).

Se poate anticipa corect faptul că unele intervenții au un impact local și un efect de răspândire redus sau nul asupra celorlalte părți ale sistemului. Alte intervenții pot avea un efect de răspândire mai mare, care poate fi anticipat. Totuși, unele intervenții sunt însă imprevizibile. Unele intervenții sunt respinse din cauza efectelor de răspândire negative anticipate, în timp ce altele sunt respinse datorită faptului că nu au suficient efect potențial de răspândire pozitiv.

Efectele de răspândire pot apărea atât în cadrul sistemelor formale, cât și al celor informale. Schimbarea nu este produsă într-un vid – oamenii vorbesc. Managerii ar trebui să anticipeze efectele de răspândire și să se asigure de faptul că cei care vor fi afectați înțeleg schimbarea și o sprijină înainte de a depune efortul de schimbare.

Conceptul de *stakeholders* (părți interesate; deținători de interes) a fost lansat cu referire la efectul de răspândire. *Stakeholders* sunt toți cei care pot afecta sau pot fi afectați de deciziile organizaționale. Cercetările în acest domeniu s-au axat pe analizarea *stakeholders* în raport cu anumite strategii de schimbare. Pentru anumite decizii specifice, un manager ar trebui să se întrebe nu numai cine este afectat, dar și cui dintre cei afectați îi pasă mai mult de schimbare, cine are puterea de a promova sau de a obstrucționa procesul de schimbare și cine i-ar putea influența pe cei situați în poziții de putere (R. L. Keele, K. Buckner și S. Bushell). Este important ca managerii să nu facă presupuneri atunci când vine vorba de sprijinul sau obiecțiile *stakeholders*. Aceștia trebuie informați în legătură cu procesul schimbării și trebuie aflat cum îl percep – *stakeholders* pot fi refractari față de schimbare numai din

cauza faptului că nu au fost consultați înainte ca schimbarea să dă-  
mareze.

### **Ce-i ajută pe oameni să se schimbe?**

Prezentăm niște principii de ghidare privind natura umană  
care configurează o abordare a schimbării comportamentului:

**Informația** – element rațional bazat pe cunoștințe. Oamenii  
trebuie să știe:

- ce este boala,
- cum se transmite și cum nu se transmite,
- pe cât de probabil este ca ei să se infecteze,
- ce pot face ei ca să evite infectarea.

**Altruismul** – element emoțional bazat pe intensitatea atitudinilor  
sau sentimentelor.

• Oamenii trebuie să simtă o vulnerabilitate intensă și personală;  
o compasiune pentru cei afectați deja; preocuparea de a proteja  
urmașii ca să nu contracteze infecția.

• Emoțiile pot fi negative – bazate pe frică și supărare sau  
pozitive – bazate pe dragoste și speranță.

**Edificarea abilităților** – element practic bazat pe abilitate  
personală.

• Oamenii trebuie să fie competenți și siguri în practicarea  
unui nou comportament (să știe cum să folosească prezervativul,  
metoda planificării familiei, etc.).

**Mediul** – element interpersonal sau socio-economic, contextul  
legal și tehnologic în care se manifestă comportamentul.

Oamenii trebuie să aibă acces la resursele necesare, servicii  
(prezervative, testarea sângelui) și/sau să trăiască într-un mediu  
unde comportamentul mai sănătos sau mai lipsit de pericol devine  
ușor, este acceptat și chiar devine rutină, în timp ce comportamentul  
nesănătos devine dificil.

O altă problemă, care apare în cazul când ne gândim la schimbare  
este etica schimbării. Înainte de a încerca să îi determinăm pe alții să  
își modifice comportamentul sau performanțele, trebuie să analizăm  
câteva aspecte etice. Probabil întrebarea fundamentală este:

mentală cu privire la etică este următoarea: "Are cineva dreptul să încerce să schimbe comportamentul unei alte persoane?". Aspectul moral implică analiza drepturilor în relațiile medic-pacient .

În linii generale este necesar de a îndeplini următoarele condiții:

1. oamenii implicați în schimbare înțeleg ceea ce li se cere și sunt liberi să aleagă între a participa sau nu la planul de schimbare;

2. toate informațiile relevante despre deciziile și acțiunile specifice planului de schimbare sunt împărtășite tuturor celor interesați;

3. persoanele implicate în procesul schimbării care descoperă că planul nu funcționează așa cum se dorea au dreptul de a renunța să mai depună eforturi pentru schimbare.

Trebuie subliniat faptul că anumite tipuri de schimbare sunt acceptate de toată lumea. Însă dacă se descriu doar consecințele pozitive ale unei astfel de schimbări, fără a se prezenta efectele negative, persoanele se vor simți manipulați.

Manipularea are de obicei o conotație negativă, imorală. De obicei, atunci când oamenii se simt manipulați, acesta este o consecință punerii lor într-o situație în care acționează fără a recepționa toate informațiile și afla ulterior acest lucru.

În acest caz persoana poate să se decidă de schimbarea comportamentului sau nu.

Un alt element caracteristic al schimbării este rezistența la schimbare. Se spune că singura persoană care vrea cu adevărat să se schimbe, este un bebelus cu scutecele ude. Deși știm că schimbarea este deseori necesară și uneori inevitabilă, reacțiile umane la schimbare sunt în mod obișnuit cele de negare și rezistență.

Aspectele schimbării sunt percepute de multi candidați drept lipsa de securitate cu privire la propriul viitor, propriile capacități de adaptare la noile condiții, la viața militară, la relațiile cu ceilalți, ceea ce conduce la teamă sau anxietate cu privire la schimbare manifestată prin încercarea de a rezista (pasiv sau activ) la produ-

cerea ei. Învingerea rezistenței la schimbare presupune ca pas cunoașterea motivelor care generează această rezistență:

- interesele personale;
- înțelegerea eronată și lipsa de încredere;
- deosebiri în evaluarea situației;
- toleranța scăzută la schimbare (dezinteres);
- presiuni exercitate de grupurile de colegi;
- teama de stresul asociat schimbării,
- experiențele negative legate de schimbări anterioare;
- tendința de autoeliminare a efortului.

Orice schimbare presupune un interval de timp după care rezultatele încep să apară. De asemenea, pe parcursul implementării apar alte probleme care nu au fost anticipate, care trebuie rezolvate în timp util, altfel derularea procesului în sine este pusă sub semnul întrebării. Evaluarea rezultatelor implementării schimbării presupune întocmirea unor evaluări parțiale, periodice pentru a întări convingerea că modul de acțiune este unul bun, dar procesul implementării este complex și de durată.

Rezistența la schimbare este prezența la diferite niveluri.

**La nivelul personalității** rezistența la schimbare este determinată cu diferite structuri interne (cogniție, motivație, afectivitate) ale personalității individuale. În funcție de structura internă a personalitate, o anumită persoană poate fi mai deschisă spre schimbare și experimentare sau se poate angaja mai ușor într-o schimbare de gradul II, în efortul ei de a face față unei noi conștientizări sau provocări. Pe de altă parte, o aceeași persoană este supusă influenței exercitate de ceilalți. *Teoria Elaborării Conflictului* (TEC; Mugny și Perez, 1993) prezintă un model explicativ al modului în care se realizează influența socială. Conceptul central acestei teorii – "elaborarea conflictului" – se referă la modul în care are loc la nivelul intraindividual procesarea informațiilor și rezolvarea conflictului socio-cognitiv indus de sursa de influență externă (opinia sau expertiza oferită de ceilalți). Schimbarea comportamentală are loc după astfel de procesări interne ale informațiilor.

țiilor contradictorii și găsierea unui nou echilibru cognitiv. În psihologie există numeroase teorii care încearcă să definească fundamentele și principiile proceselor de schimbare individuală.

Cauzele rezistenței la schimbare creează adesea probleme chiar dacă schimbarea este necesară și bine planificată. În ansamblu, trebuie să distingem trei tipuri de rezistențe:

- rezistența în fața *ideii de schimbare* (nu este recunoscută necesitatea schimbării sau ideea centrală din perspectiva căreia este gândită schimbarea, pare nepotrivită sau riscantă);

- rezistența vizând *strategia de realizare a intervenției*; (este recunoscută necesitatea schimbării, dar strategia de implementare este percepută ca fiind inadecvată);

- rezistența față de *agentul care propune/impune schimbarea* (cel care propune schimbarea sau implementarea schimbării, nu are suficient credit, nu este perceput ca având competența sau autoritatea de a propune sau implementa schimbarea).

Deseori un demers de schimbare /intervenție este respins pentru că persoanele interesate sau vizate de intervenție nu cred că schimbarea le va influența în sens pozitiv activitatea și nu acordă procesului de schimbare timpul, atenția și efortul necesar. În scopul de a reduce acest tip de rezistență, cei care gestionează procesul de schimbare trebuie să se asigure că intervențiile pentru schimbare pe care ei le propun răspund la patru criterii:

- schimbarea trebuie să asigure *aparitiia unor avantaje* pe care persoanele ce vor fi afectate de aceasta trebuie să le cunoască;

- schimbarea trebuie să fie relativ simplă, altfel spus, *noile măsuri trebuie să fie ușor de înțeles și aplicat* ;

- schimbarea este de preferat să fie *"experimentată" inițial* (pe un colectiv restrâns sau pe o perioadă determinată, înainte de a fi generalizată), pentru a oferi argumentul eficienței;

- schimbarea *nu trebuie să lezeze valorile* și nici să presupună o schimbare radicală a obișnuințelor.

Deși există rezistența și se creează situații de conflict, apar diferite bariere în comunicare, apare situația de reîntoarcere la



comportamentul vechi este normal și necesar de a te întoarce din nou la etapele procesului de schimbare a comportamentului. În pofida faptului că există diferite strategii de motivare în schimbarea comportamentului, punem accentul pe relațiile interpersonale și comunicarea interpersonală.

Remarcăm faptul că modificarea comportamentului nu este un proces imediat, ci urmează mai multe etape, în cazul în care este aplicat coerent și prin utilizarea resurselor necesare.

**Procesul de schimbare a comportamentului** a fost elaborat și analizat în 1982. Este un proces ciclic, ce include 5 etape identificabile, care variază de la persoană la persoană, comportamentul cărora depinde de faptul dacă persoana se află în continuă schimbare. Acest model combină „etapele schimbării” unui individ cu aplicarea factorilor ce o susțin. Una dintre ideile de bază acestui model este că oamenii pot avea nevoie de diferite mesaje și resurse informaționale la diferite etape ale procesului de schimbare. Acest model mai detaliat va fi descris în paragraful 3.4.

În continuare se indică cum puteți ajuta oamenii să se schimbe:

- Convingeți persoana că aveți încredere în ea, că are puterea destulă și că le poate folosi.

- Empatizați cu dificultatea și complexitatea efectuării unei schimbări comportamentale, care va avea de înfruntat mesaje culturale, presiunea semenilor și dependența fizică.

- Recunoașteți că revenirea este ceva normal: arătați-i persoanei acceptare/aprobare.

- Aflați cum persoana vede situația, întrucât viziunea persoanei poate fi diferită de a dvs.

- Exprimați interes adevărat către situația persoanei.

- Puneți accent pe ceea ce constituie “miezul” pentru ei și simpatizați cu orice sacrificii pe care trebuie să le facă pentru a produce schimbarea.

- Aflați ce nivel /fel de schimbare cred ei că este posibil și important.

- Concentrați-vă asupra schimbării comportamentale practice, nu pe etichetări.
- Chestionați comportamentele de risc pentru a identifica “de-clanșarea mecanismului.”
- Încercați să prezentați schimbarea drept un spectru de opțiuni.
- Jucați “avocatul prietenos al diavolului” ca ei să-și facă “planul” lor propriu de schimbare.
- Ajutați persoana să-și exploreze abilitățile și resursele pe care trebuie sau, posibil, va trebui să le dezvolte pentru a efectua schimbarea.
- Susțineți orice eforturi pentru a-i insufla demnitate personală și încredere în puterile sale.
- Fiți doritor de a risca să vă schimbați sub influența persoanelor pe care vreți să le ajutați.

### **3.2. Principii de schimbare a comportamentului. Antecedente, consecințe.**

În literatura de specialitate sunt enumerate și caracterizate șapte principii ale comunicării pentru schimbarea comportamentului. Le expunem mai jos:

1. Furnizarea informației este un punct de start logic în eforturile de schimbare a comportamentului.

Informația este necesară, însă doar ea nu poate schimba comportamentul. Pentru aceasta trebuie să fie oferite alternativele comportamentului existent.

2. Mesajele de înspăimântare sunt limitate în motivarea schimbării comportamentului.

Dacă sunt prea covârșitoare, limitează eforturile de schimbare prin faptul că:

- îi fac pe oameni să nege că sunt la risc;
- să raționalizeze că alții care sunt angajați în acest comportament de risc au supraviețuit.

Mesajele de înspăimântare trebuie să fie echilibrate din punct de vedere al fricii pe care o evocă. Mesajul trebuie, de asemenea,

să dea posibilitate oamenilor să întreprindă acțiuni pozitive drept răspuns la mesaj. Informația bazată pe frică trebuie să asigure oamenilor niște pași specifici care pot fi întreprinși pentru ca oamenii să-și protejeze sănătatea. Trebuie accentuate consecințele pozitive de angajare a persoanelor în comportamente de sănătate.

3. Oamenii sunt mai înclinați să încerce comportamente noi, dacă simt că sunt în stare să le adopte.

Oamenii trebuie să-și formeze abilități de angajare în comportamentele dorite. Aceasta include situații de jocuri de rol. Este eficientă în special modelarea. Văzând că alți oameni se angajează în comportamente sănătoase, aceasta va ajuta persoana să creadă că și ea/el poate să se angajeze în acel comportament. Este mai ușor să încurajezi oamenii să substituie un comportament, decât să stopezi un comportament sănătos.

4. Persoanele sunt mai înclinate să adopte un nou comportament dacă li se oferă posibilitatea să aleagă între alternative.

Schimbarea comportamentului cuiva adesea implică faptul de a refuza la comportamente care sunt considerate de persoana respectivă ca securizate și care contribuie la sentimentul lui/ei de putere și control. Cererea ca o persoană să-și schimbe comportamentul lui/ei într-un mod predeterminat nu numai adaugă la acest sentiment de pierdere a controlului, dar poate plasa asupra persoanei cerințe enorm de mari. Totuși dacă persoanei i se dă posibilitatea să aleagă între alternative viabile, el sau ea se va simți că deține controlul situației și că este capabil să efectueze schimbarea comportamentală.

5. Campaniile trebuie să creeze un anturaj care încurajează schimbarea.

Anturajul nostru influențează comportamentele noastre, și pozitiv, și negativ. Astfel, în măsura posibilă, sprijiniți indivizii să evite anturajele care pot promova comportamente nesănătoase și să participe în anturajele care promovează comportamente sănătoase.

6. Schimbarea este mai posibilă, dacă oamenii de influență din comunitate adoptă schimbarea.

Oamenii îi urmează pe cei care îi respectă. Dacă o persoană influențabilă manifestă un comportament sănătos și îi încurajează pe alții să facă același lucru, atunci este foarte probabil ca oamenii să adopte aceleași comportamente.

7. Revenirea este ceva normal. Nici o intervenție nu este complet eficientă. Oamenii pot adopta comportamente noi, dar revin iarăși la „obiceiurile vechi”, mai ales în momente de stres sau dacă nimeresc în alte anturaje noi.

Revenirea trebuie acceptată drept parte a acestui ciclu. Trebuie de creat căi de continuare a sprijinului indivizilor în schimbarea comportamentelor lor în perioada lor de revenire la comportamentul vechi. Altruismul poate fi un motivator important. Uneori unii indivizi pot fi refractari la efectuarea schimbărilor modului de viață, chiar dacă acestea sunt în interesele lui sau ei. Totuși, dacă schimbările vor crea beneficii pentru cineva apropiat individului respectiv, atunci el/ea va fi mai doritor să facă schimbările dorite.

Unul dintre modele utilizate în modificarea efectivă a comportamentului este modelul ABC (antecedente, comportament (behaviour), consecințe). Acest model este utilizat pentru a înțelege care sunt factorii ce influențează comportamentul persoanelor și cum putem interveni pentru a modifica comportamentele nedorite. Antecedente numim evenimentele specifice care au loc înainte de începerea schimbării comportamentului și care acționează drept un mecanism de declanșare a schimbării comportamentului. (exemplu: Un profesor explica studenților beneficiile spălării sistematice a mâinilor după fiecare pacient pentru prevenirea transmiterii infecției Hepatitei B).

Evenimentele antecedente sunt foarte importante pentru a evidenția contextul care facilitează apariția unui comportament sau a altuia la persoană (pacient).

Comportamentul (behaviour) este ceea ce face persoana (pacientul). Este ceva observabil, măsurabil și, bineînțeles, poate fi schimbat. Comportamentul nu este ceea ce persoana nu face.

Consecințe se numesc evenimentele de după comportamentul care fortifică sau descurajează schimbarea comportamentului (exemplu: un profesor urmărește modul de folosire a seringilor din către studenți și imediat corectează modul de aplicare a capacului de protecție și de utilizare a seringilor). Consecințele care apar drept urmare a comportamentelor sunt de o importanță critică. Oamenii fac anumite lucruri, deoarece acțiunile lor sunt urmate de anumite consecințe (exemplu: atenția celorlalți, lauda, alte beneficii). Un comportament poate să nu fie continuat, dacă efectele realizării lui sunt negative (exemplu: dacă ești pedepsit, dacă nu te bagă nimeni în seamă, dacă ești criticat etc.). Consecințele pot astfel fi clasificate în cele:

- cu fortificare pozitivă, este un eveniment plăcut care urmează unui comportament și, deci, fortifică repetarea comportamentului, (exemplu: un student aplică corect capacul de protecție și metoda de utilizare a seringilor folosite; profesorul laudă studenta pentru comportament bun de prevenire a Hepatitei B/C);

- cu fortificare negativă, este înlăturarea unui eveniment neplăcut după comportament, ceea ce mai apoi fortifică repetarea comportamentului, (exemplu: în loc să critice pacientul TB că întârziat la clinica pentru tratament doctorul îl lauda că a venit, amintește despre importanța de a veni regulat la tratament pentru a-și proteja familia);

- pedepsirea este o consecință negativă care urmează unui comportament ce suprimă sau slăbește repetarea comportamentului, (exemplu: o asistentă medicală strigă la pacient pentru faptul că acesta continuă să folosească droguri intravenos. Clientul este rușinat și nu mai revine la activitățile dedicate reducerii noxelor).

Principiile de utilizare a antecedentelor și a consecințelor.

1. O consecință care urmează imediat după comportament este cu mult mai puternică în influența sa asupra comportamentului decât una ce apare după o perioadă întârziată de timp.

*Exemple:* Prietena lui Ion îl laudă imediat pentru faptul că a fost testat la HIV, spunându-i că el este responsabil și într-adevăr are grijă de ea. Înмânând unei mame un carnet de imunizare care este verificat după fiecare imunizare, poate fi cu mult mai fortifiant decât dacă mamei i se dă un carnet de imunizare după efectuarea tuturor imunizărilor.

2. Cu cât consecința este mai relevantă, mai importantă sau mai semnificativă pentru o persoană, cu atât mai puternică este influența ei asupra comportamentului acestei persoane.

*Exemple:* Pentru un bărbat HIV+ este consolidantă lauda soției sale HIV- pentru faptul că folosește prezervativul, dar pentru un alt bărbat HIV+ o invitație din partea preotului să se întoarcă la serviciile religioase din cadrul bisericii poate să-i întărească speranța de a trăi și dorința de a efectua tratamentul ART.

Pentru o persoană, un fel anumit de mâncare poate fi foarte fortifiantă, în timp ce pentru alta o anumită activitate poate fi mai fortifiantă decât altceva, spre exemplu, o excursie în oraș.

3. O consecință concretă este mai puternică decât una abstractă.

*Exemple:* Vederea unei persoane HIV+ care ia tratament ART și care peste câteva luni arată mai sănătos decât înainte, este ceva mai impresionant și mai puternic decât citirea unei broșuri despre tratamentul ART în clinici.

Copilul care își revine din consecințele diareei după terapia de rehidratare orală poate avea o influență foarte puternică asupra mamei.

4. Fortificarea intermitentă a comportamentului este o cale foarte eficientă de menținere a comportamentului nou. Odată ce un comportament nou este însușit, ca să-l mențină nu este necesar ca consecințele plăcute să urmeze după fiecare manifestare a comportamentului.

*Exemple:* Seminarele lunare pentru studenți, în cadrul cărora li se amintește că trebuie să folosească „măsuri universale de precauție”, întărește obiceiul lor de spălare a mâinilor și de folosirea mănușilor de latex.

O femeie poate fortifica folosirea continuă de către soțul ei prezervativelor prin exprimarea aprobării eforturilor pe care le-a făcut el.

Făcând concluzii, este necesar de a menționa că este important ca consecințele să fie relevante din punct de vedere cultural și să fie semnificative pentru auditoriul-țintă. De aceea, selectarea consecințelor, asemenea altor etape de intervenție, trebuie să fie bazate pe cercetarea asupra grupului-țintă. Despre grupele-țintă se va vorbi în paragrafele ce urmează.

### 3.3. Evaluarea comportamentului pentru schimbare Deficiențe de abilități și performanță

Evaluarea comportamentului din punct de vedere teoretic și practic include următoarele etape:

- efectuarea evaluărilor comportamentale;
- determinarea comportamentului-țintă și celui ideal;
- strategii pentru rezolvarea deficiențelor de abilități și deficiențelor de performanță.

În cazul când **efectuăm evaluările comportamentale**, este necesar de a determina și a selecta comportamentele observabile. La început sunt selectate comportamentele specifice, care pot fi stabilite pentru fiecare problemă de sănătate. Din numărul comportamentelor specifice, după ce au fost depistate, drept rezultat al discuțiilor sunt delimitate acele care sunt observate direct și cele care nu pot fi observate. Depistând pe cele observabile, în continuare este ales unul care va fi evaluat. Deci când comportamentul este definit, este necesar de a-l detaliza pentru a alege acele elemente de comportament care urmează să fie evaluate. Fiecare din comportamente observabile constă din câteva elemente, iar fiecare element constă din câteva etape.

*De exemplu:*

Tratamentul și prevenirea TB constau din multe elemente comportamentale, cum ar fi: administrarea regulată a medicamentelor sub supravegherea lucrătorului medical, să nu scuipe, să acopere gura când tușesc, ventilarea casei, etc.

La rândul său fiecare din aceste elemente constau din mai multe etape.

*De exemplu.* Administrarea medicamentelor pentru TB constă din următoarele etape:

1. Aranjamentele de transport pentru a ajunge la unitatea medicală locală.

2. Așteptarea ca lucrătorul medical să dea aceste medicamente.

3. Luarea medicamentelor în fața lucrătorului medical.

4. Aranjamentele de transport pentru a ajunge acasă.

5. Continuarea tratamentului în fiecare săptămână timp de 6 luni.

Drept obiectiv de bază în observarea, identificarea și evaluarea comportamentala este ca participanții, instructorii (medicii) să învețe să se gândească la problemele de sănătate drept unele compuse din comportamente specifice care pot fi împărțite în elemente și etape.

Pentru realizarea primei etape în evaluarea comportamentului sunt utilizate următoarele **metodele de evaluare comportamentală**:

1. **Observarea performanței.** De exemplu: Observați performanța etapelor în procesul de înlăturare a seringilor utilizate sau performanța etapelor în interacțiunea client BST-prestator .

Analizând comunicarea nonverbală, performanța privind clienta BST, poate fi stabilită după următoarele aspecte:

- șede destul de aproape pentru a putea vorbi liniștit și confidențial;
- prietenos, binevoitor, zâmbitor;



- menține contactul privirilor, după cum este potrivit conform culturii date;

- este atent.

Analizând comunicarea verbală, performanța poate fi stabilită după următoarele:

- folosește limbajul care este pe înțelesul clientului;

- încearcă să identifice îngrijorările reale ale clientului;

- nu condamnă comportamentul sexual sau modul de viață;

- folosește întrebări deschise;

- vorbește liniștit și cu acuratețe la subiectele despre relațiile sexuale cu risc, tratament și comportament;

- ascultă îndeaproape (empatic) clientul;

- răspunde la întrebările clientului;

- prezintă informație relevantă la următoarele: risc; prevenire; diagnostic; tratament (inclusiv indicațiile cum trebuie administrate medicamentele, efectele secundare, costurile, alergiile); referirea partenerului; folosirea prezervativului și discutarea condițiilor de folosire;

- consiliază clientul despre necesitatea tratamentului adecvat dacă este necesar;

- ajută clientului să ajungă la o decizie informată despre tratament, notificarea sau referirea partenerului;

- întreabă clientul dacă ceva nu a fost pe înțeles;

- distribuie medicamente sau rețete dacă se cere;

- întreabă dacă este nevoie ca să repete anumite instrucțiuni încă o dată.

## **2. Înregistrarea narativă (descrie desfășurarea comportamentului în succesiune) din punct de vedere al frecvenței și duratei**

Această metodă este folosită când comportamentul-țintă nu este cunoscut.

În cazul **determinării comportamentului-țintă și comportamentului ideal** este necesar de a de a lua în considerare faptul

că comportamentele sunt complexe; unele comportamente nu sunt fezabile, iar altele au un impact mai mare.

Comportamentele-țintă trebuie să conțină un număr suficient de etape, pentru:

- a fi eficiente;
- a demonstra impactul asupra aspectelor de sănătate;
- a fi fezabile (realizabile).

Selectarea comportamentelor-țintă se bazează pe răspunsurile la următoarele întrebări:

1. Comportamentul ideal a demonstrat că are un impact decisiv asupra problemei sănătății?

2. Este realizabil comportamentul ideal pentru auditoriu?

a. Comportamentul ideal produce consecințe negative pentru persoana care îl adoptă?

b. Este comportamentul ideal incompatibil cu comportamentul curent al persoanelor sau cu normele socio-culturale, sau practicile acceptabile?

c. Angajarea în comportamentul ideal cere o durată ireal de lungă?

d. Comportamentul ideal cere o frecvență ireal de mare?

e. Comportamentul ideal are costuri prea mari în ceea ce privește categoria de timp, energie, status social, bani sau materiale?

f. Comportamentul ideal este prea complex și nu este ușor de divizat într-un mic număr de elemente sau etape?

3. Există comportamente similare cu comportamentul ideal, care să amelioreze sănătatea?

Pentru a face o selectare a comportamentelor-țintă se propune utilizarea **scării analizei comportamentale**.

**Ce este Scara analizei comportamentale?**

*Scara analizei comportamentale* ("scara") este un instrument pe care îl pot folosi comunicatorii când planifică selectarea comportamentelor-țintă. Scara include nouă aspecte ale comportamentului folosite pentru a aprecia comportamentul-țintă potențial, cu scorul de la 0 la 5.

"Scorul" *analizei comportamentale* ajută planificatorii să vadă care comportamente sunt mai supuse schimbării și care au un potențial mai mare de impact asupra aspectului de sănătate.

Scara *analizei comportamentale* ajută la ghidarea echipei interdisciplinare în compararea constatărilor cercetării formative cu lista detaliată a etapelor comportamentale discrete necesare să fie efectuate pentru îndeplinirea activităților de sănătate.

Scara acordă fiecărui comportament-țintă potențial un scor care reflectă modul în care acest comportament se potrivește cu cele nouă dimensiuni considerate decisive în producerea schimbării comportamentale. Cu cât este mai înalt scorul, cu atât mai probabil este ca comportamentul să fie afectat de programul de comunicare.

### **Etapele aplicării scării analizei comportamentale**

**ETAPA I: Identificarea etapelor de comportament ideal în ordine secvențială (una după alta), pe care le va întreprinde auditoriul-țintă pentru a preveni sau pentru a trata problema de sănătate.**

**ETAPA a II-a: Evaluarea ratei comportamentelor-țintă.** Scara analizei comportamentale împarte comportamentele-țintă potențiale în nouă categorii.

#### **Categoriile:**

**1. Ce impact** au comportamentele țintă potențiale asupra problemei de sănătate vizate?

**2. Au aceste comportamente consecințe potențiale** care sunt imediat perceptibile pentru persoana care adoptă comportamentul?

**3. Sunt ele compatibile** cu ceea ce deja face persoana? Comportamentul poate să nu existe încă la momentul prezent, dar dacă ar fi practicat, el s-ar alinia normelor socio-culturale sau practicilor lor acceptabile.

**4. Au ele (comportamentele) o rată redusă de frecvență?** Comportamentele necesită o rată de performanță care le permite să se încadreze ușor într-o rutină zilnică a persoanei?

**5. Sunt ele de scurtă durată sau cer puțină persistență?**

**6. Au ele costuri scăzute?** Costurile pot include timp, energie sau costuri de statut social, de asemenea, costuri financiare sau materiale.

**7. Au ele aproximări?** Sunt comportamentele dorite similare cu cele pe care persoana deja le practică?

**8. Nu sunt ele prea complexe și pot fi ușor împărțite într-un număr mic de elemente sau etape?**

**9. Sunt ele ușor observabile printr-o evaluare externă?**

Pentru fiecare din aceste categorii, comportamentului i se atribuie o valoare (punctaj) de la 0 la 5, în funcție de faptul dacă comportamentul nu demonstrează nici unul din criteriile – (scorul 0) sau toate criteriile – (scorul 5).

Spre exemplu, pentru consecințele pozitive 0 înseamnă că indeplinirea etapei comportamentale nu produce consecințe pozitive observabile pentru persoana care practică comportamentul, și 5 înseamnă că practicarea comportamentului produce consecințe majore, ușor perceptibile. Scorul tuturor celor nouă categorii se însumează și comportamentele cu scorurile totale cele mai înalte sunt comportamentele-țintă rezonabile.

Selectarea **comportamentelor-țintă** include realizarea următoarelor etape:

- revizuirea cercetării existente;
- revizuirea listei comportamentelor “ideale”;
- selectarea “comportamentelor-țintă”;

În concluzie este necesar de a menționa că “comportamentele-țintă” sunt etapele comportamentale minimum esențiale pentru ca practica de sănătate să fie eficientă.

Exemplu de **comportament ideal**

*Lucrătorii sexului comercial insistă ca toți clienții lor să folosească prezervative în 100% din actele sexuale sau un doctor folosește seringă sterilă pentru fiecare imunizare.*

## Exemplu de **comportament-țintă**

*Lucrătorii sexului comercial insistă ca 80% de clienți să folosească prezervative în 80% din actele sexuale sau un doctor folosește seringi sterile pentru 90% de cazuri de imunizare.*

O altă problemă importantă în teoria schimbării comportamentale prin comunicare este că în procesul schimbării comportamentului pot apărea deficiențe de abilități și performanță.

**Deficiența de abilități** este o situație în care o persoană nu știe cum să efectueze un anumit comportament

*Ex.: Înlăturarea inofensivă a seringilor*

**Deficiența de performanță** este o situație în care o persoană știe cum să efectueze comportamentul, dar nu face acest lucru.

*Ex.: Spălarea inconsistentă (insuficient de des) a mâinilor*

În literatura de specialitate se propun diferite strategii: unele țin de instruire, altele propun diferite strategii de motivare.

Pentru rezolvarea **deficiențelor de abilități** sunt folosite următoarele strategii:

- se oferă training;
- se oferă instruire în deprinderea unor abilități specifice care sunt esențiale pentru efectuarea corectă a comportamentului.

În cazul deficiențelor de abilități, dacă persoana efectuează un comportament apropiat de cel ideal, dar insuficient de frecvent sau insuficient după durată.

Este necesar de a revedea aceste comportamente la efectuarea instruirii asupra frecvenței, duratei sau timpului corect al comportamentelor vizate. Apoi...este necesar de a lăuda și încuraja efectuarea unui comportament consistent!

Comparativ cu deficiențele de abilități rezolvarea deficiențelor de performanță necesită cunoașterea și înțelegerea lor mai profunda.

Deficiențele de performanță sunt:

- mai complexe decât deficiențele de abilități;
- deseori afectate de normele sociale;
- trebuie să fie efective în context social.

Pentru rezolvarea **deficiențelor de performanță** pot fi folosite diferite strategii. Relatăm unele din ele:

Persoana poate să nu efectueze un comportament din următoarele motive:

### **1. Efectuarea comportamentului nu creează un rezultat imediat.**

*Strategia:* Implementarea unor *consecințe planificate* pentru a susține comportamentul până la momentul când se percep (se observă) consecințele apărute natural.

*Exemplu:* Pot trece mai multe săptămâni până când o persoană care încearcă să renunțe la fumat observă o schimbare.

*DACĂ persoana se descurajează și începe din nou a vorbi despre fumat...*

*ATUNCI lăudați persoana pentru că nu fumează, subliniați angajamentul său pentru sănătatea familiei sale și sănătatea proprie și stabiliți un orar de "celebrări" pentru fiecare săptămână de reținere de la fumat.*

### **2. Efectuarea comportamentului pedepsește imediat:**

*Strategia:* Reducerea aspectelor neplăcute ale comportamentului sau scoaterea în relief a celor pozitive.

*Exemplu:* *DACĂ o mamă vrea să alăpteze copilul său, dar crede că este foarte dureros...*

*ATUNCI încercați să micșorați aspectul neplăcut prin:*

\* pregătirea mamei din timp, de ex., să o faceți să cunoască că va exista o anumită durere;

\* indemnnați femeile din cadrul familiei și din mediul care o înconjoară să o încurajeze.

### **3. Când neefectuarea comportamentului aduce mai multe recompense decât efectuarea comportamentului:**

*Strategia:* Creșterea nivelului recompenselor pentru efectuarea comportamentului

*Exemplu:* *Deși o mamă poate cunoaște beneficiile imunizării pentru copilul său, ea nu vine la clinică pentru imunizare la tim-*

*pul convenit; ea are mai mult timp pentru îndeplinirea treburilor casnice dacă NU se duce la policlinică.*

*ATUNCI clinica ar putea încerca să facă astfel ca oamenii să nu aștepte prea mult timp înainte de a intra la medic și timpul așteptării să fie mai plăcut (să se manifeste o atitudine politicoasă și grijulie, să se depună eforturi pentru minimalizarea perioadei de așteptare).*

**4. Când comportamentul este prea complex, dificil sau costisitor.**

*Strategia: Reevaluarea comportamentului-țintă.*

*Exemplu: Pentru a lua pilule anticontraceptive, femeia trebuie mai întâi să vină la policlinică, ulterior să plătească pentru pilule, apoi să țină minte să ia câte o pilulă în fiecare zi*

*DACĂ acest lucru nu este realist pentru această femeie anume...,*

*APOI, posibil, acest comportament-țintă trebuie să fie schimbat (deci, o altă formă de planificare a familiei poate să fie mai potrivită).*

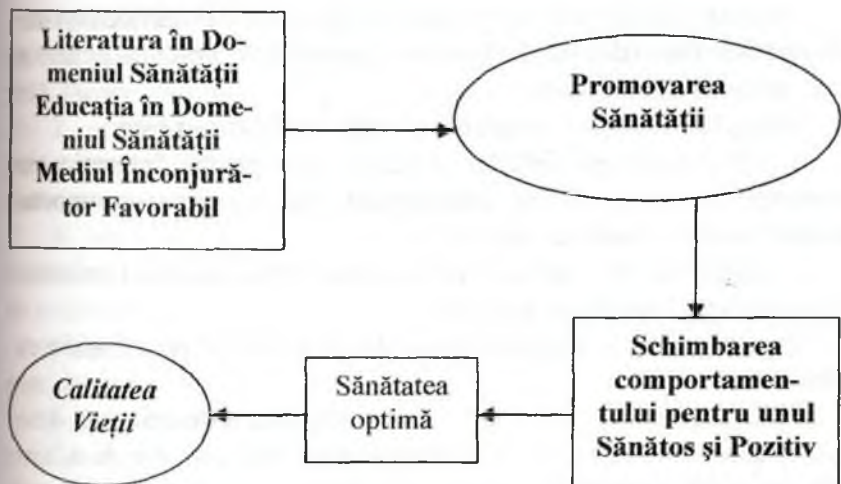
Pentru a realiza schimbarea de comportament este necesar de a determina cât de fezabile (realizabile) sunt comportamentele. Dacă nu sunt fezabile, ele nu sunt potrivite drept comportamente-țintă.

### **3.4. Etape pentru schimbarea comportamentală**

Promovarea schimbării comportamentului se axează pe următorii piloni:

1. Educația pentru sănătate.
2. Activități axate pe comunitate.
3. Activități în instituții.

Educația în domeniul sănătății este privită drept un component principal al Promovării Sănătății care se ocupă de informarea și lucrul asupra schimbărilor în atitudinea și comportamentul individului (fig. 2):



*Fig. 1. Componentele promovării sănătății.*

O viziune ecologică a sănătății este reorientată de la schimbările comportamentale spre crearea condițiilor pentru asigurarea sănătății, precum și de la factorii de risc și grupurile de populație spre schimbările organizaționale.

Dificultățile practice pentru o asemenea politică a sănătății sunt:

- forțele concurente în cadrul instituției;
- trecerea de la teorie la activități practice;
- credibilitatea și statutul promotorilor sănătății drept agent de schimbare;
- lipsa sprijinului corespunzător;
- în diverse instituții, angajamentul și capacitatea de prioritarizare a problemelor de sănătate variază mult.

Schimbarea comportamentală propriu-zisă are loc treptat, în mod etapizat și presupune transformări la nivelul deprinderilor, responsabilităților, atitudinilor, deoarece schimbarea implică un proces de elaborare a unor principii, reguli, ce trebuie menționate explicit, presupunând un feed-back permanent, pentru a fi încurajate comportamentele dezirabile.



Procesul schimbării se prezintă drept activități tainice (ascunse) sau deschise (dezvăluite) pe care oamenii le practică pentru a trece prin mai multe etape.

Scopul schimbării comportamentului individului este:

1. Profilaxia, aplicând teorii psihologice pentru determinarea populației de a-și schimba comportamentul (aliniera comportamentului său cu modelul sănătos);

2. Educația, susținerea și încurajarea populației de a se informa atunci când efectuează alegeri.

În continuare se explică faptul de ce e nevoie de schimbarea comportamentală?

Fiecare om de-a lungul vieții sale acționează de cele mai dese ori în baza unor mijloace, ele fiind deprinderile formate de-a lungul vieții. Aflându-se în situații neobișnuite și în fața luării unei decizii urgente, omul poate face un pas neașteptat sau utiliza una și aceeași strategie permanent. Oamenii care posedă un arsenal de strategii de comunicare mai ușor se adaptează în situațiile nestandarde, mai des iau decizii bine chibzuite și responsabile.

Dacă omul însă în arsenalul său posedă una sau două strategii, aceasta reduce considerabil libertatea alegerii și sporește luarea deciziilor inadecvate.

Schimbarea comportamentului se poate realiza optim printr-un proces care se desfășoară în trei etape succesive:

I. constatarea;

II. schimbarea;

III. stabilizarea comportamentului.

Procesul poate avea drept scop transformarea comportamentului inacceptabil în unul acceptabil sau a unuia acceptabil în unul excepțional.

În procesul comunicării pe parcursul a tuturor trei etape trebuie să ținem cont de următoarele momente:

– *la etapa de constatare a unui comportament negativ se adoptă următorii pași:*

1. descrierea comportamentului negativ, darea de exemple care să ilustreze legătura dintre comportament și performanța scăzută, făcând clar că acest comportament nu este acceptabil;

2. accentuarea impactului comportamentului negativ asupra performanței celorlalți, asupra realizării obiectivelor grupului, comportamentului, organizației și societății în general;

3. apariția întrebărilor pentru a afla cauzele și explorarea împreună cu persoana a unor modalități posibile de remediere și de rezolvare a problemei.

– *la etapa schimbării comportamentului este bine să fim conștienți de următoarele reguli:*

1. să descriem comportamentele dorite sau standardele care trebuie atinse, performanțele care ne așteptăm să fie realizate de către o persoană. Să ne asigurăm că persoana le înțelege și este de acord cu ele;

2. să întrebăm persoana dacă dorește să se încadreze acestora, dacă are obiecții justificate majore;

3. să laudăm aspectele pozitive ale muncii persoanei, să facem referințele pe care le-ar avea grupul și individul dacă ar fi îmbunătățit comportamentul în discuții.

E necesar să acordăm atenție acurateței înțelegerii de către persoană a modului în care poate fi evitat comportamentul. Este extrem de important să reținem faptul că scopul oricărui feed-back negativ este acela de a transforma un comportament neadecvat în unul adecvat și nu acela de a pedepsi persoana care a manifestat un comportament neadecvat.

– *la etapa de recompensare:*

1. să identificăm recompensele importante pentru persoană;

2. să comunicăm clar legătura dintre obținerea recompensei și îmbunătățirea continuă a comportamentului;

3. să recompensăm și să apreciem verbal, direct sau în fața grupului toate îmbunătățirile în performanță imediat ce acestea apar, într-o manieră modestă, să nu exagerăm nici în bine, nici în rău.

Comportamentul verbal sau nonverbal este acel care contează, deoarece este mult mai clar și poate fi chiar măsurat. Comportamentul este aproape în totalitate însușit din mediul în care trăiește individul și, deci, pentru a înțelege comportamentul uman, trebuie să analizăm procesele de învățare. El este o funcție a consecințelor sale. În sensul că acesta poate fi stimulat, menținut, descurajat sau chiar îndepărtat, folosind drept bază consecințele pe care le are. Comportamentul este încurajat sau descurajat prin intermediul consecințelor pe care le are. În continuare vom descrie cel mai simplu model de schimbare comportamentală (fig. 2.):

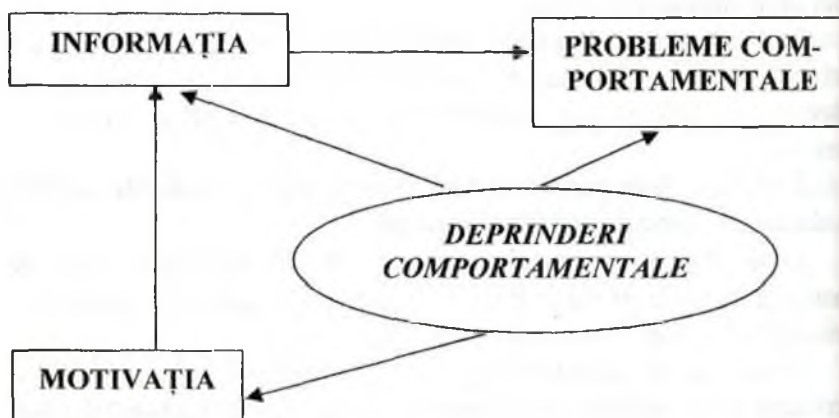


Fig. 2. Model de schimbare comportamentală.

Această schemă ilustrează corelația dintre informație, motivație, deprinderi comportamentale și comportament. Fiecare om posedă o gamă de deprinderi comportamentale specifice. Aceste deprinderi în viața de toate zilele formează imaginea tipică a comportamentului.

Modelul comportamental depinde nu numai de felul cum omul se comportă, dar și de faptul ce omul dorește să obțină prin faptele sale. Cu alte cuvinte, în comportamentul său se orientează conform motivației omului. Motivația este imboldul, care trezește și concretizează orientarea activității. Motivul este apreciat de

către psihologi drept cauză a comportamentului. De nivelul cât de reușit se realizează motivele depinde starea emoțională a omului.

Motivația într-o activitate sau alta depinde de informația pe care o posedă persoana. Informația, în această situație, sunt cunoștințele, experiența proprie și datele suplimentare despre obiecte și fenomene, pe care le primește în decursul vieții. Informația pe care o posedă omul poate stimula asimilarea noilor deprinderi sau refuzul de a o utiliza mai devreme. Existența informației noi exercită influență și asupra comportamentului. Toate legăturile din această schemă sunt reversibile. Acest fapt înseamnă că schimbarea oricărui bloc conduce la modificarea celorlalte.

Asupra comportamentului omului foarte mult influențează și nivelul de încredere în sine, cunoașterea de sine ca învingător sau neînvingător. Procesul de luare a deciziei și realizarea ei într-o oarecare măsură prezintă o dificultate pentru fiecare om.

De altfel, decizia privind schimbarea comportamentului poate purta un caracter social, dacă aceasta se referă la refuzul de a utiliza narcotici și alcool sau alegerea unor metode mai sigure de transmitere a maladiilor sexual-transmisibile cum sunt HIV-SIDA și hepatita B și C. De aceea procesul de luare a deciziei a devenit obiectul de studiu al psihologilor din toată lumea. De exemplu: dacă omul nu utilizează niciodată prezervativ, la un oarecare moment află despre posibilitatea infectării cu HIV transmisă pe cale sexuală. El înțelege că nu are deprinderi de a utiliza prezervativul și chiar să-l procure, nu știe cum să-i propună aceasta partenerii sale – deci nu posedă deprinderi comportamentale. Cunoștințele despre posibilitatea infectării cu o boală grea activează motivația pentru a păstra sănătatea. Astfel, informația și motivația sunt premisele deciziei de a utiliza prezervativul, prin urmare *de a schimba comportamentul problematic*.

Realizarea deciziei luate este împiedicată de lipsa deprinderilor comportamentale. Dacă omul asimilează deprinderi comportamentale insuficiente, el, desigur, conștientizează schimbarea comportamentului problematic pe unul fără pericol și adecvat.

De asemenea această schemă foarte bine ilustrează trei scopuri de bază ale programelor de profilaxie, orientate spre formarea responsabilității și a unui comportament fără pericol:

- informarea sigură, de încredere;
- crearea motivației pentru păstrarea sănătății și a unui comportament sigur, nepericulos;
- formarea deprinderilor de comportament.

De altfel, omul este o ființă complexă și în toate schemele simple se include nu întotdeauna. De aceea în a. 1983, Proceasca și Diclement au propus un model de schimbare a comportamentului. Acest model poate fi utilizat pentru schimbarea comportamentului în privința păstrării sănătății sexuale, profilaxiei infecției HIV, a hepatitelor B,C, precum și la reabilitarea dependenței alcoolice.

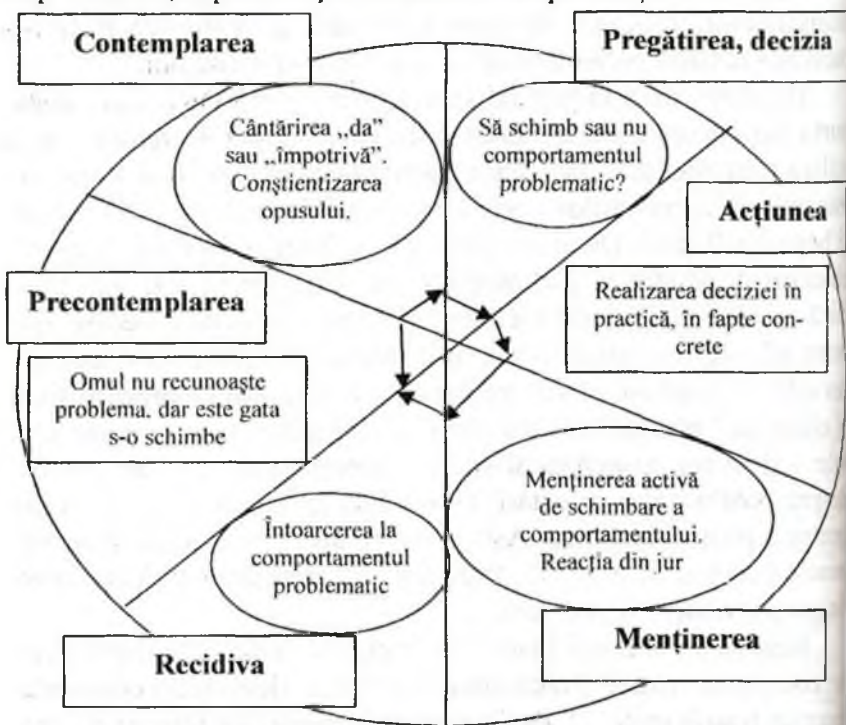


Fig. 3. Model de schimbare comportamentală propus de Proceasca și Diclement (1983):

La modificarea comportamentului oamenii parcurg 6 etape:

### 1. Precontemplarea

*La etapa dată persoana ...*

- nu are intenții de a face schimbări în comportamentul său în viitorul apropiat – de obicei, analizează următoarele 6 luni;
- poate fi neinformată sau dezinformată asupra factorilor de risc al comportamentului său nesănătos, deci este inconștient că ar avea nevoie de schimbări;
- poate că a încercat să schimbe ceva în trecut, dar fără succes, deci este descurajat;
- poate că a hotărât că nu vrea să schimbe ceva, dacă este conștient de factorii de risc.

*De exemplu,* persoana nu ia în considerare posibilitatea folosirii prezervativului.

### 2. Contemplarea

*La etapa dată persoana ...*

- se gândește serios la schimbarea comportamentului său în viitorul apropiat – în următoarele 6 luni;
- este conștient de existența problemei sau unui risc asociat cu comportamentul său nesănătos;
- se informează despre deprinderile sale nesănătoase;
- cântărește punctele pozitive ale deprinderilor sănătoase contra obstacolelor pentru schimbare (pro și contra).

*De exemplu,* individul recunoaște necesitatea folosirii prezervativului.

### 3. Pregătirea

*La etapa dată persoana ...*

- planifică niște acțiuni pentru luna următoare;
- încearcă o varietate de comportări sau căi care, după părerea lor, îl poate ajuta în atingerea scopului;
- S-a gândit la o încercare și a început acțiunile, incluzând în acțiunea de schimbare pași mici, treptați.

*De exemplu,* individul se gândește la folosirea prezervativului în următoarele câteva luni.

#### 4. Acționarea

*La etapa aceasta ...*

• pentru a depăși deprinderile vechi, persoana face schimbări în comportamentul, mediul înconjurător sau experiența sa;

• persoana experimentează și înfrânge dorința de reîntoarcere la deprinderile sale vechi.

*De exemplu, folosirea în permanență a prezervativului pentru o perioadă mai mică de 6 luni.*

##### 1. Menținerea

*La etapa a cincea ...*

• persoana nu mai trebuie să muncească atât de mult ca la etapa de acțiune – muncește pentru prevenirea revenirii;

• persoana experimentează renunțarea la tentația de a trece la deprinderile sale vechi;

• persoana are siguranță în abilitatea sa de a pleda pentru comportamentul nou.

*De exemplu, folosirea în permanență a prezervativului în ultimele 6 luni.*

##### 2. Încheierea:

• scopul final al tuturor schimbărilor;

• problemele sau viciile din trecut a unei persoane nu mai prezintă o amenințare sau tentație;

• persoana va fi în siguranță deplină că el / ea poate face față 100% fricii sale pentru revenire.

##### 3. Recidiva (revenirea) – regresează la o etapă de început.

• revenirea și reciclarea prin etapele mai curând este o regulă decât o excepție;

• cea mai mare parte a revenirilor se reciclează în etapa contemplării sau în etapa de pregătire.

*De exemplu, folosirea neregulată a prezervativului.*

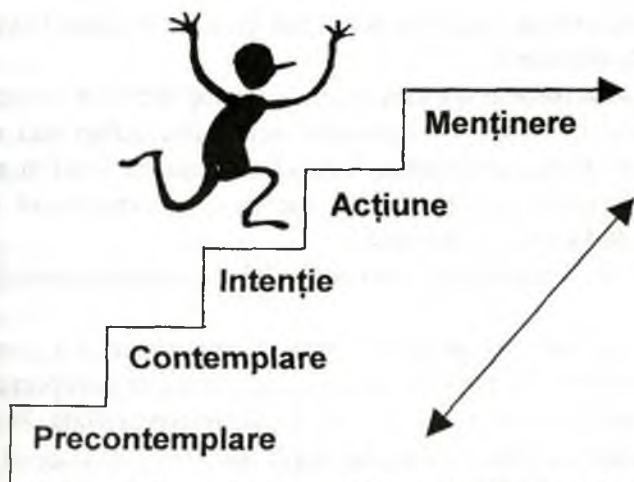


Figura 4. Etapele schimbării comportamentelor.

Șase etape ale schimbării comportamentului:

*1. Precontemplarea (inconștient)*

Nu există intenția de a schimba comportamentul în viitorul vizibil, întrucât persoana în linii generale nu este conștientă despre existența problemei. Această persoană poate “dori” o schimbare, dar nu are planuri serioase de a efectua schimbarea în următoarele șase luni.

*2. Contemplarea (conștient; bine informat; îngrijorat)*

Persoana este conștientă de existența problemei și se gândește serios să o depășească, dar încă nu și-a luat angajamentul de a întreprinde măsuri. Persoana, posibil, cântărește toate pro și contra ale problemei cu pro și contra soluției. Persoana se gândește serios la schimbarea comportamentului în următoarele șase luni.

*3. Intenția (motivată de a se schimba; pregătirea de a se schimba)*

Persoana îmbină intenția cu criteriile comportamentale. Intenționează să întreprindă măsuri în perioada următoarelor șase luni, și, posibil, că a încercat fără succes să întreprindă acțiuni pe par-



cursul anului trecut. Această persoană încă nu a ajuns la criteriul de activitate eficientă.

#### 4. Acțiunea (practicarea încercării schimbării comportamentale)

Persoana modifică comportamentele sale, rutina sau mediul său pentru a depăși problema. Este clasificată ca fiind la această etapă atunci când și-a schimbat cu succes comportamentul pentru o perioadă de la o zi la șase luni.

#### 5. Menținerea (practicarea schimbării comportamentale susținute)

Persoana lucrează pentru a preveni revenirea și a consolida cuceririle obținute în timpul acțiunii. Pentru unele comportamente această etapă de menținere poate continua întreaga viață. Persoana este clasificată ca fiind la această etapă, dacă este în stare să rămână liberă de "vechiul" comportament și se angajează consecvent în noul comportament pentru o perioadă mai mare de șase luni.

*MODELUL de schimbare este în formă de SPIRALĂ.*

#### 6. Revenirea la comportamentul vechi și reîntoarcerea la cel nou are loc frecvent.

Dar cei care revin la vechiul comportament pot potențial învăța din greșelile lor și pot încerca ceva diferit data viitoare (deci, persoana nu de fiecare dată reîncepe de la unul și același punct de start).

★ Este absolut important de a ține minte aceste etape la desfășurarea campaniilor publice de sănătate. Modul de abordare pe care îl alegeți trebuie să se ajusteze cu etapa/etapele auditoriului-țintă.

Dimensiunea umană a schimbării comportamentale este una fundamentală. Oamenii trebuie să înțeleagă, să vrea și să poată să implementeze schimbări comportamentale, care la prima vedere pot apărea ca fiind pur tehnologice sau structurale, dar care îl va afecta, de fapt, într-un fel sau altul. În procesul de schimbare comportamentală oamenii trebuie să se schimbe și ei: trebuie să acumuleze cunoștințe noi, să absoarbă mai multe informații, să abordeze sarcini noi, să-și îmbunătățească gradul de competență și,

foarte adesea, să-și modifice obiceiurile, valorile și atitudinile față de modul de activitate. Schimbarea valorilor și atitudinilor este esențială. Probabil că nu poate exista nici o schimbare reală fără o schimbare de atitudine.

Schimbarea comportamentală este un proces de gândire, o stare de spirit, alegerea unui model, o decizie. Iar consecința poate fi, adesea, dizolvarea totală a coerenței, spargerea identității, rup-tura până la instalarea sistemului (sociouman) într-un echilibru (A. Neculau, 1996).

*Dar oare cum se schimbă oamenii? Ce procese interne deter-mină modificările de comportament?*

În plan individual, schimbarea comportamentului are loc:

- la nivelul cunoștințelor (informații despre schimbare, înțele-gerea rațiunii ei);
- la nivelul atitudinilor (acceptarea necesității schimbării și a unui anumit volum al ei, atât din punct de vedere rațional, cât și din punct de vedere al sentimentelor);
- la nivelul comportamentului (acționând în sprijinul imple-mentării efective a schimbării).

La finele acestui subiect, vom enumera câteva Blocaje ale schimbării comportamentale la nivel individual:

- atitudinile personale;
- educația și mediul;
- motive financiare;
- obișnuința;
- teama de schimbare, de necunoscut;
- nevoia de securitate;
- percepțiile selective;
- toleranță scăzută la schimbare;
- extraefort.

### **3.5. Teorii și modele de schimbare comportamentală**

Există 4 grupe mari de teorii care sunt folosite pentru schim-barea comportamentului:

- A. Teoria de modificare comportamentală a individului.
- B. Teorii și modele sociale.
- C. Modelele structurale și de mediu.
- D. Construcțiile teoretice izolate și modelele transteoretice.

### **A. TEORIA DE MODIFICARE COMPORTAMENTAMENTALĂ A INDIVIDULUI**

Modelele psihosociale categorizează riscul comportamental în 3 grupuri majore de predicție;

- ◆ comportament cu risc;
- ◆ modificarea comportamentală;
- ◆ menținerea comportamentului securizat.

Modelul individual în linii generale vizează etapele, pe care le parcurg oamenii la încercarea de a-și modifica comportamentul. Aceste modele nu iau în considerare momentele de interacțiune socială, culturală și de mediu.

Toate modelele prevăd care anume modificare comportamentală va avea loc:

- ◆ situații de risc;
- ◆ relații sociale;
- ◆ percepții de risc;
- ◆ atitudini;
- ◆ autoeficacitate;
- ◆ intenția de a modifica;
- ◆ rezultate scontate.

#### ***Modelul atitudinii față de sănătate (anii 1950)***

Atitudinea față de sănătate este în funcție de caracteristicile individuale socio-demografice, de cunoaștere, de atitudini.

Conceptele-cheie pentru modificarea comportamentală:

1. Recunoașterea susceptibilității la o problemă de sănătate  
(*sunt supus unui risc pentru HIV*)
2. Recunoașterea seriozității stării  
(*am auzit că SIDA conduce la moarte – cât de greu îmi va fi dacă mă voi molipsi?*)

## **Tema 4. Factorii de influență asupra schimbării comportamentului**

4.1. Determinantele comportamentului.

4.2. Factorii generali de schimbare și teoriile de modificare a comportamentului.

4.3. Factorii de risc pentru sănătate și de formare a comportamentului sănătos.

### **4.1. Determinantele comportamentului**

Cunoașterea mecanismelor psihologice ale comportamentului uman permite o funcționare eficientă și efectivă a oamenilor în diverse direcții, în diferite perioade de timp și în orice situații apărute. Profitul psihologic de cunoaștere și dirijare a comportamentului unui individ sau grup de oameni reprezintă motivația de a continua să funcționăm într-un context și de a ne îmbunătăți performanța.

Comportamentul uman este o activitate dirijată, scopul fiind cel care reglează această dirijare – motivația, drept o structură cognitiv-dinamică ce îndreaptă acțiunea omului spre scopuri concrete.

Acceptând acest punct de vedere, motivația trebuie înțeleasă drept o structură cognitiv-dinamică care dirijează acțiunea spre scopuri concrete, aspectul dinamic al intrării în relație a subiectului cu lumea, orientarea activă și preferențială a acestuia spre o categorie de situații și obiecte.

Motivația trebuie căutată după apariția unui comportament neadecvat cerințelor.

Motivația a fost definită de Al. Roșca drept „totalitatea mobilurilor interne ale conduitei, fie că sunt înnăscute sau dobândite, conștientizate sau neconștientizate, simple trebuințe fiziologice sau idealuri abstracte”. Analiza acestei definiții evidențiază una din trăsăturile definitorii ale motivației, caracterul ei intern, ceea ce înseamnă că factorul extern în sine, ce declanșează (stopează) un proces oarecare, nu poate fi considerat motiv al fenomenului declanșat, fără raportarea la o necesitate, o intenție sau aspirație a

subiectului. Nici un stimul nu poate declanșa o reacție dacă în organism nu există trebuința de a-l evita sau căuta. Pentru ca un factor extern să aibă efect declanșator, trebuie să aibă o anumită semnificație în raport cu factorul intern, deci să aibă o valență pozitivă sau negativă.

Trebuințele, în calitate de marcă a motivației, sunt grupate în „primare” și „secundare”. Ele sunt modalități „reclamante” ale funcționării sistemului individului concret, asemenea unui întreg univers, fiind de presupus că se raportează la toate potențialitățile funcționale, cu care acesta este dotat (senzorial, motric, afectiv, cognitiv-ideatic, etc.). Variatele modalități de funcționare și relaționare ale sistemului individual se exprimă în diferitele tipuri de trebuințe comportamentale, diferențierea lor făcându-se pe parcursul și în cadrul funcționării psihice.

Prin termenul de motivație, definim o componentă structural-funcțională specifică a sistemului psihic uman, care reflectă o stare de necesitate în sens larg, iar prin cel de motiv exprimăm forma concretă actuală în care se activează și se manifestă o asemenea stare de necesitate. Așadar, prin motiv vom înțelege acel mobil care stă la baza unui comportament sau acțiuni concrete. Natura calitativă și tipul sau modalitatea motivului vor fi determinate de specificul stării de necesitate pe care o reprezintă și de gradul de trăinicie a legăturii dintre satisfacerea/nesatisfacerea stării date de necesitate și echilibrul psihofiziologic al persoanei.

Un motiv pune în evidență patru dimensiuni principale, pe baza cărora el poate fi analizat și evaluat. Acestea sunt:

- a) conținutul;
- b) intensitatea;
- c) durata;
- d) nivelul de integrare.

Conținutul se identifică și se apreciază pe baza stării de necesitate pe care o reflectă motivul și a valențelor obiectuale sau comportamentale pe care le reclamă satisfacerea lui. Intensitatea exprimă încărcătura energetică a motivului și se concretizează în

forța de presiune a lui asupra mecanismelor de decizie și execuție. Astfel, motivele pot fi: *puternice, moderate și slabe*.

Intensitatea unui motiv este condiționată de două variabile: *apartenența modală și intervalul de timp* care separă momentul începutului de activare a stării de necesitate și momentul satisfacerii ei. *Variabila modală* are o influență intrinsecă ea acționând de început în structura motivației. Pe baza ei A. Maslov a realizat cunoscuta sa piramidă motivațională (fig. 5).



Fig. 5. Piramida motivațională (după A. Maslov).

Nevoile sau trebuințele biofizice ating și se manifestă cu intensități semnificativ mai mari decât nevoile sau trebuințele estetice sau cognitive; apoi, o trebuință, de orice modalitate ar fi ea, are o intensitate mai mare decât interesul sau idealul.

*Variabila temporală* are un caracter circumstanțial: într-o situație ea poate atinge valori mari, în alta – se oprește la valori scăzute. Regula de bază este următoarea: intensitatea motivului

crește proporțional cu durata amânării satisfacerii de necesitate. Pe această bază, în studiul experimental al motivației s-a introdus metoda *privațiunii* și a *frustrației*.

*Privațiunea* constă în interzicerea sau blocarea pentru un anumit timp (evident controlabil) a satisfacerii nevoii de hrană sau de apă.

*Frustrația* rezidă în introducerea unor obstacole (de exemplu, șocuri electrice, cum s-au folosit în experimentele pe animale) pe traiectoria comportamentului de a ajunge și luare în stăpânire a obiectului trebuinței. În cazul unei intensități scăzute a motivului, comportamentul de satisfacere poate fi întrerupt (se renunță); dimpotrivă, în cazul unei intensități crescute a motivului, comportamentul de satisfacere rezidă și își face loc printre obstacolele (frustrațiile) ce i se pun în cale.

Reglarea optimă a activității presupune nu numai simpla prezență a unui motiv, ci și un anumit nivel de activare (intensitate) a lui. Apare astfel problema dependenței performanței comportamentului de intensitatea impulsului (motivațional).

Durata exprimă timpul de menținere în stare activă dominantă a motivului fără a fi satisfăcut. Se constată că orice motiv, inclusiv cel de ordin biologic, se activează și se menține în prim plan un anumit interval de timp, atingând punctul său maxim de intensitate și, apoi, dacă nu este satisfăcut, slăbește treptat și, subiectiv, ieșe din scenă, nemaifiind resimțit ca atare.

Nivelul de integrare se reflectă la posibilitatea de identificare și exprimare verbală a motivului. Registrul de integrare se întinde între două niveluri extreme: primul – la care motivul este perfect și clar conștientizat și acțiunea poartă semnul deplinei deliberări și responsabilități, și al doilea – la care activarea și funcționarea lui rămân total inconștiente, așa cum se întâmplă în cazul actelor comportamentale aberante-somnambulisme, lapsusuri, inversiuni, automatisme etc.

Se desprind trei funcții principale pe care le îndeplinește în mod concret motivul, și anume: funcția de declanșare, funcția de

orientare – direcționare (vectorală) și funcția de susținere (energizantă).

*Funcția de declanșare* constă în deblocarea și activarea centrelor de comandă efectori, care asigură pregătirea și punerea în priză a verigilor motorii și secretorii în vederea satisfacerii stării de necesitate, fie că este vorba de o trebuință biologică, fie de una de ordin spiritual (de cunoaștere, de estetică etc.). Pentru producerea acestei funcții este necesar ca intensitatea motivului să depășească o anumită valoare – prag. Cu cât intensitatea va fi mai mare, cu atât și forța de declanșare a motivului va fi mai mare.

*Funcția de orientare – direcționare* constă în centrarea comportamentului și activității pe un obiectiv anume – satisfacerea stării de necesitate individualizate de către motiv.

Pentru a-și atinge efectul său regulator-adaptiv specific nu este de ajuns ca acțiunea să fie doar declanșată pur și simplu; este imperios necesar ca ea să fie și orientată spre un anumit deznodământ sau să devină finalistă, teleonomică. În caz contrar, ea s-ar desfășura și consuma în van, haotic, deusolată.

*Funcția de susținere și energizare* constă în menținerea, în actualitatea comportamentului declanșat până la satisfacerea „stării de necesitate”. În virtutea acestei funcții se asigură eliberarea de energie și dincolo de momentul declanșării acțiunii. Dacă motivul ar avea caracterul unei simple scânteii, a unui simplu semnal de alarmă, ar fi imposibilă finalizarea comportamentului de satisfacere, pentru că, dispărând imediat după ce a apărut, nu ar mai avea ce să mai întretină acest comportament. În acest context, esențială devine veriga subiectivă a stării de necesitate, care permite transferul conținutului energetic al verigii obiective în planul acțiunii externe. Evident, funcția de susținere-energizare a motivului se leagă atât de latura lui pur cantitativă (respectiv de intensitate), cât și de semnificația motivului pentru subiect. Așa se face că la om organizarea sferei motivaționale se realizează nu numai după forța sau intensitatea energetică a motivelor, ci și după o dimensiune valorică, de sorginte socio-culturală (morală, estetică, religioasă,



politică etc.) trebuințele primare, cu toată virulența lor, subordonându-se celor secundare.

Pe lângă factorii descriși anterior, asupra schimbării comportamentului un rol semnificativ îl au factorii determinanți ai comunicării și barierele comunicării.

Dintre factorii determinanți ai comunicării putem enumăra:

1. Factorii actorilor (emițător-receptor) comunicării:

### **1.1. Variabile psihologice.**

În orice situație de comunicare putem presupune că, dat fiind ansamblul de forțe interne și externe, pozitive și negative care acționează asupra lor, actorii urmăresc fără excepție un dublu scop: să atingă anumite obiective și să evite situațiile periculoase (periculoase pentru individ, statutul lui etc.). În scopul înțelegerii comportamentului actorilor într-o situație de comunicare, trebuie să întreprindem o analiză anevoioasă care vizează reperarea motivațiilor reale aflate la originea aceluia comportament, cu alte cuvinte, găsirea răspunsului la două întrebări fundamentale: 1. Ce anume încearcă individul să-și apropie? și 2. Ce caută el să evite?

Dubla acțiune a forțelor pozitive și negative corespunde celei a *dorințelor* și *rezistențelor*; aceasta face ca orice comunicare să pornească de la sau să ajungă la un sistem de control, la unul de transformare, de filtrare sau de selecție a informației care poate fi, de bună seamă, deliberat, dar care este de fapt inconștient în majoritatea cazurilor. Dintre aceste procese care își fac simțită prezența în cadrul comunicării vom prezenta două, care ne par a fi cele mai frecvente și mai pregnante. Este vorba despre mecanismele proiective și mecanismele de apărare.

### **1.2. Variabile cognitive.**

Dacă actorii comunicării sunt puternic influențați de personalitate și de afectele ei, ei sunt determinați în egală măsură de modul lor de funcționare cognitivă.

• În primul rând, sistemul lor cognitiv, cu alte cuvinte, organizarea funcționării lor mintale și intelectuale. Această funcționare cognitivă este deopotrivă individuală și socială.

• În al doilea rând, sistemul lor de reprezentare. Numim reprezentare ansamblul organizat de informații, credințe, atitudini și opinii pe care un individ (sau un grup) le elaborează în legătură cu un anumit obiect. „Reprezentarea este produsul și procesul unei activități mintale prin care un individ sau un grup reconstituie realul cu care se confruntă și îi atribuie acestuia o semnificație specifică.” De aici rezultă că în activitățile umane există realitate obiectivă. Orice realitate este reprezentată, deci apropiată, reconstruită în sistemul cognitiv.

În situația de comunicare, trei elemente ale reprezentării situației vor juca un rol esențial: sinele, celălalt și sarcina de îndeplinit.

*Reprezentarea de sine.* Se bazează pe două componente: Eul intim și Eul public.

Numim Eul intim imaginea pe care individul și-o face despre sine, forțele și slăbiciunile sale, adevărata sa competență, caracteristicile personale.

*Eul public*, este eul declarat, cu alte cuvinte, imaginea de sine pe care o oferim celorlalți și care poate fi radical diferită de imaginea intimă. Și în această privință comportamentul va fi dictat de imaginea de sine pe care dorim să o prezentăm celorlalți.

*Reprezentarea despre celălalt.* Este imaginea partenerului de comunicare, constând de fapt în imaginea caracteristicilor psihologice (personalitate), cognitive (competență) și sociale (statut) ale acestuia.

*Reprezentarea despre sarcină sau despre context.* În funcție de imaginea pe care o are despre sarcina de îndeplinit, individul va adopta – conștient sau nu – un anumit tip de demers cognitiv, altfel spus un anumit mod de raționament, și va estima care dintre codurile și canalele de comunicare sunt cele mai potrivite actului comunicării.

### **1.3. Variabile sociale.**

Statutul social este determinat de locul pe care îl ocupă un individ într-un anumit sistem social, la un moment dat, reprezentând prin urmare o poziție socială reparabilă în mod obiectiv. Statutul so-

cial se prezintă drept element central al unui sistem ierarhizat, fiind unul dintre constituentele identității sociale și ale imaginii de sine.

În funcție de statutul său, individul va fi nevoit să îndeplinească un anumit număr de roluri sociale: el va adopta acele comportamente și atitudini care i se vor părea conforme cu statutul pe care îl are, mai exact comportamentele la care se așteaptă ceilalți, pornind de la statutul său. Astfel, în interacțiune pot apărea două tipuri de perturbări:

- *conflictul de roluri*, atunci când un anumit individ adoptă un comportament diferit de cel la care ne-am așteptat conform statutului său;

- *rigiditatea rolurilor*, dacă, într-o situație socială nouă, individul păstrează un rol corespunzător altei situații (spre exemplu, un patron care și în timpul liber continuă să joace rolul de patron).

2. Factorii de influență a codului și canalului de comunicare:

### **2.1. Variabile psihice sau obiective.**

Pentru orice comunicare există un cod optim – acela care permite cea mai bună înțelegere a mesajului transmis. Apoi codul trebuie elaborat întotdeauna în funcție de receptor. Într-o situație de comunicare vizând transmiterea sau schimbul de informații, codul utilizat va fi cu atât mai performant, cu cât va fi mai puțin ambiguu.

### **2.2. Variabile psihologice și psihosemantice.**

- *Efectul de halo*. Este efectul creat de rezonanța simbolică pe care o poate avea un anumit cuvânt pentru actorii comunicării.

Efectul de halo funcționează în egală măsură din punct de vedere social și colectiv.

- *Ponderea cuvintelor*. Ponderea trăsăturilor unui mesaj este diferită, între elementele sale stabilindu-se o anumită ierarhie; astfel unele joacă un rol central în înțelegerea actului de comunicare sau în interpretarea acestuia.

- *Ordinea cuvintelor*. Tot astfel, ordinea cuvintelor poate juca un rol decisiv în atribuirea unei semnificații. S-a observat că primele cuvinte sunt mai valorizate în raport cu cele care le succedă, fenomen explicabil prin *efectul de primaritate*.

### **2.3. Alegerea canalului de comunicare.**

Alegerea canalului are un efect nemijlocit asupra naturii exprimării și, în egală măsură, vehiculează o semnificație socială, fiind expresia unei intenționalități.

### **2.4. Rolul actorilor (emițător-receptor).**

Comunicarea nu se reduce așadar la schimburile dintre actori, fiind structurată sub aspect social, în limitele constrângerilor situaționale (constrângeri ale codului lingvistic, constrângeri ale sarcinii și constrângeri corelate cu normele sociale și de statute).

#### **3. Factori de context și de mediu:**

##### **3.1. Contextul material și temporal.**

Amenajarea materială a spațiului este puternic socializată.

Locul ales pentru a comunica, la care se adaugă momentul dialogului și utilizarea/neutilizarea unor elemente materiale marcate social (fotolii, birouri etc.) sunt tot atâtea aspecte care influențează direct natura și calitatea interacțiunii actorilor.

##### **3.2. Contextul social.**

Natura comunicării – fie ea privată sau publică, cu sau fără martori – este direct influențată de contextul social în care se desfășoară interacțiunea, fără să putem, însă, aplica o regulă unică: unul și același context social va juca un rol diferit, în funcție de natura, complexitatea și finalitatea interacțiunii.

##### **3.3. Contextul cultural și ideologic.**

Practicarea comunicării și decodarea semnificației unor indicatori verbali sau nonverbali sunt direct determinate de contextul cultural, care poate fi înțeles aici atât în sens strict, cât și în sens larg.

Dintre Barierele eficienței comunicării putem enumăra:

- blocajele emoționale (spre exemplu, defensivitatea pe care un elev/student timid o are la un examen oral),
- repertoriile comunicaționale diferite,
- incapacitatea de a se exprima adecvat,
- caracteristicile personale ale unuia sau altuia dintre comunicatori etc.

O barieră serioasă privind comunicarea (situată la nivelul *lipsei unui repertoriu comun* între comunicatori) este cea numită *ratarea înțelesului*, care se obiectivează în interiorul a două forme:

- prima formă se realizează atunci când două persoane *utilizează cuvinte diferite, dar le dau acestora același înțeles*; la o primă vedere, între acestea există un dezacord; la nivelul înțelesului, însă, acordul este posibil;

- cea de-a doua formă, mai des întâlnită, apare atunci când două persoane *utilizează aceleași cuvinte, dar le dau acestora înțelesuri diferite*.

Barierile comunicaționale constau în:

- tendința de a auzi numai ce ne-am obișnuit să auzim;
- ignorarea informațiilor în dezacord cu ceea ce cunoaștem;
- evaluarea prin criterii subiective a sursei obiective: același mesaj are sensuri diferite în funcție de modul cum este privit emițătorul;

- perceperea diferită a mesajelor în funcție de situația concretă a receptorului și de presiunile mediului asupra sa;

- înțelegerea diferită a acelorași cuvinte de către persoane diferite;

- folosirea neadecvată a elementelor proceselor de comunicații;
- incapacitatea de stăpânire a emoțiilor;
- discernerea insuficientă a mesajelor relevante de cele cu semnificație redusă.

Pentru depășirea acestor bariere se pot urma câteva căi:

- determinarea precisă a scopului fiecărei comunicații;
- clarificarea ideilor înaintea comunicării;
- alegerea celui mai potrivit moment pentru efectuarea comunicării;

- cunoașterea precisă a simbolurilor folosite;
- folosirea unui limbaj simplu și direct;
- asigurarea unui nivel corect de redundanță;
- luarea în considerare a tuturor elementelor care determină o anumită percepție;

- adoptarea de către fiecare emițător și a posturii de ascultător;
- asigurarea de către conducători a concordanței dintre ceea ce se comunică și ceea ce se face efectiv;
- transformarea stilului comunicațiilor din defensiv în suportiv.

Stereotipurile reprezintă și ele o barieră de comunicare, una importantă de altfel în procesul educațional. Baron și Byrne ne oferă mai multe posibile surse ale construirii stereotipurilor ca bariere într-o comunicare eficientă:

- o primă astfel de sursă poate fi aceea că, de multe ori, avem *tendința de a ignora situația* și de a aprecia acțiunea în sine a unei persoane, fără să o integram pe aceasta în contextul care a generat-o;

- *efectul actor-observator* presupune că într-un fel apreciem comportamentul altei persoane într-o situație (raportând totul direct la persoana în cauză) și în alt fel același comportament, în exact aceeași situație, dacă noi suntem cei ce adoptă respectivul comportament (în al doilea caz facem referire la mediul extern);

- *prejudecata „autoservită”* presupune că atunci când primim un feedback favorabil din partea celorlalți, tindem să legăm acest lucru de cauze interne (ca inteligența noastră, bună judecată, atenția, interesul pentru activitate etc.), dar când feedback-ul este nefavorabil, atribuim aceasta unor cauze externe (dificultatea sarcinii).

Referindu-se la totalitatea barierelor care apar în comunicare, Torrington și Hall ne oferă un util tabel în care identifică cinci astfel de bariere: bariere în trimiterea mesajului, bariere în receptarea acestuia, bariere ale înțelegerii, bariere ale acceptării și bariere ale acțiunii.

Steers apelează la cercetările lui Guetzokow și Hall, observând că există cinci astfel de bariere în comunicare: distorsiunea, omisiunea, supraîncărcarea, sincronizarea și acceptanța.

Georghe Gallup (apud Wilcox, Ault, Agee) a completat o listă de determinante situaționale care acționează în calitate de bariere în dezvoltarea unui conținut informațional nou:

- complexitatea ideii este prima dintre acestea: cu cât mai complexă va fi ideea, cu atât mai puțin vor dori persoanele să o înțeleagă și să acționeze pe baza acesteia;

- diferențele dintre patternurile uzuale și cele ale respectivului mesaj, dar și competiția dintre ideile răspândite; conform acestei perspective, persoanele acceptă greu idei radical diferite de ceea ce cunosc;

- necesitatea demonstrației și frecvența reamintirii sânt, de asemenea, concepte des întâlnite în teoria și practica educațională.

O barieră importantă în procesul comunicațional este evidențiată și de conceptul de *etică a comunicării*.

Comunicarea inversă – emitentul și destinatarul – se schimbă cu rolurile, comunicarea inversă joacă un rol foarte important – ea indică, ce informație a fost recepționată, înțeleasă, acceptată, lipsa ei produce micșorarea eficienței procesului de conducere. Conducătorul poate să fie izolat de subalternii săi sau și mai rău, indus de ei în eroare.

În opinia majorității specialiștilor, cele mai semnificative bariere în comunicare se referă la:

**a) bariere care țin de emițător:**

- folosirea necorespunzătoare a unor elemente ale comunicării (tonul folosit, gesturi, expresia feței, poziția corpului etc.);

- incapacitatea emițătorului de a-și stăpâni emoțiile în transmiterea mesajului informațional;

- folosirea unor cuvinte care au sensuri diferite pentru diferite persoane;

- prezentarea incorectă a mesajului prin adoptarea unei modalități nepotrivite de transmitere (de exemplu, trimiterea unei note interne de către managerul spitalului unui profesor universitar care de obicei consideră că trebuie consultat personal; folosirea termenilor medicali în comunicarea cu pacientul);

- nesiguranța asupra conținutului mesajului, întâlnită atunci când feed-backul de la receptor întârzie și este dificil de apreciat dacă mesajul are efectul dorit;

- camuflarea – atunci când cel care transmite mesajul vrea în mod intenționat ca acesta să fie ambiguu și reușește să favorizeze interpretarea cronată a mesajului. Aceasta este comunicare prin dezinformare și este un mecanism prin care managerii încearcă să manipuleze subordonații pentru a face sau a tolera ceva inacceptabil în condițiile cunoașterii situației reale (de exemplu, necomunicarea resurselor financiare exacte alocate pentru diverse compartimente, pentru a face economii).

#### **b) bariere de recepție:**

- stereotipie – tendința de a auzi numai anumite lucruri, despre care există o opinie deja formată;
- ignorarea informațiilor care sunt în dezacord cu ceea ce se cunoaște deja, fapt care conduce la incompatibilitatea punctelor de vedere asupra mesajului în momentul transmiterii acestuia. Aceasta reprezintă o sursă de conflicte în cadrul organizației, care subminează comunicarea și are impact direct asupra managementului;
- evaluarea subiectivă de către receptor a unui mesaj care este transmis obiectiv;
- recepționarea aceluiași mesaj în moduri diferite, de către persoane diferite din cadrul organizației.

#### **c) bariere care țin de context:**

- perceperea diferită a mesajelor în funcție de presiunile exercitate de mediu asupra receptorului (de exemplu, discutarea unor probleme profesionale în alt loc decât cabinetul medical, impactul zgomotului asupra înțelegerii corecte a unui mesaj).

#### **d) bariere mixte:**

- diferențierea insuficientă a mesajelor importante transmise sau primite de cele cu semnificație redusă sau nulă.

În calitate de bariere ce frecvent se întâlnesc în procesul de comunicare mai pot fi evidențiate: perceperea, semantica, schimbul informației neverbale, comunicarea inversă necalitativă, capacitatea de a recepționa, a asculta. Perceperea – oamenii una și aceeași informație o percep diferit în funcție de stagiul de muncă, locul lor, postul ocupat (părerea directorului și a șefului de depo-



zit despre realizarea mărfurilor, secția de realizare și obiectivul secției care se ocupă de calitate, contabilitate – reclamă). În acest caz, o parte de informație sau se respinge, sau se denaturează.

Antipatiile personale nu permit de a percepe pe deplin chiar și o idee bună.

Climatul, starea social-psihologică poate să mărească (micșoreze) gradul de percepere a informației în colectiv.

Semantica studiază mijloacele, metodele de folosire a cuvintelor și sensul, înțelesul transmis cu cuvinte. Multe cuvinte au înțeles diferit pentru lucrători.

O reacție diferită la unele simboluri, îmbinări de cuvinte: îndepliniți acest lucru numai cum aveți timp liber, la prima posibilitate, cât se poate de urgent!?”. “Comunicați-mi când socotiți de cuviință”. Cercetările, de asemenea, au demonstrat că există diferite păreri și despre așa noțiuni similare – cooperare, control, pedeapsă, etc.

Persoanele, comunicând, trebuie să înțeleagă și scopul folosirii cuvintelor, frazelor – atunci va fi înțeles deplin. Bariere neverbale – folosirea altor simboluri în afară de cuvinte – expresia feței, zâmbetul, privirea, sprâncenele, folosirea manipulării cu degetele.

Intonația și manipularea cu ea “Mai aveți propuneri!?”. După unele date 55% din comunicare este percepută după expresia feței, gesturilor, 38% – după intonație și numai 7% – din cuvinte. Perceperea informației transmise depinde și de următorii factori:

- maniera de a se purta, arta de a comunica;
- tactul psihologic al conducătorului.

Comunicarea inversă insuficientă – una din cauzele principale ale comunicării insuficiente, lipsa calităților de a asculta și de a recepționa informația transmisă – unele persoane din această cauză percep numai 25% din cele auzite.

Toate aceste bariere declanșează o serie de deficiențe în sistemul de comunicare. Aceste bariere potențiale de comunicare trebuie cunoscute pentru a putea fi controlate, în așa fel încât procesul comunicării să fie eficient.

Analiza structurii motivaționale nu trebuie să excludă componența cognitivă care este implicată în transformarea trebuințelor în motive concrete – scopuri, intenții, proiecte, planuri, etc. La om, fenomenul motivațional este profund modificat, dar nu substituit, prin înalta dezvoltare a proceselor cognitive, fenomen ce poartă denumirea de „elaborare cognitivă a trebuințelor”. Trebuința declanșează și direcționează nu numai comportamentul manifest, ci și funcționarea cognitivă, făcându-l pe om să gândească, nu numai să se miște. Activitatea de gândire constă în construirea unor structuri de genul „scopuri-mijloace” care conduc spre obiectele și relațiile pentru care există trebuința actualizată. Astfel, obiectul trebuinței este descoperit și atins la nivel cognitiv, deci el devine scop, calea care conduce la el fiind stabilită prin procesul de proiectare și anticipare. Planul mintal este de regulă în avans față de atingerea ca atare a scopului, ceea ce înseamnă că, acționând, subiectul se confruntă cu două situații:

- situația actuală (cum este percepută) – pe care dorește să o schimbe;
- situația nouă (cum este concepută) – așa cum ar dori să fie în urma acțiunii desfășurate.

Discrepanța dintre aceste două situații generează starea de tensiune motivațională care caracterizează intențiile și scopurile. Sfera motivațională dispune de integralitatea și emergența sistemului de personalitate căruia îi aparține. Diferențierea structurilor motivaționale are un caracter stadial (ontogenetic), funcționarea sistemului impunând structurarea nivelară, ierarhică a trebuințelor, diferențele individuale au un fundament psihofiziologic intrinsec, iar delimitarea unor entități distincte se face în scopuri didactice.

Dinamica motivațională se manifestă întotdeauna la nivelul comportamentului global, ceea ce face ca analiza ei să fie una morală și nu una moleculară, deși impactul ei este resimțit până la nivelul celor mai intime manifestări.

## 4.2. Factorii generali și teoriile de modificare a comportamentului

Comportamentul oamenilor în societate, în colectiv, domiciliu este rezultatul îmbinării caracteristicilor personale și ale mediului extern. Comportamentul unei persoane depinde de capacitățile personale, de predispuneri, înclinații, de multitudinea necesităților și gradului de satisfacere a lor, de speranțe, de atitudini, de gradul de percepere a valorilor și de valorile vieții.

Comportamentul unei persoane sau a unui grup de oameni nu este ceva stabil. Se modifică în funcție și sub influența diferitor factori ai mediului intern sau mediului extern, în funcție de gradul de motivare al acestor factori. Se pot modifica acele componente de comportament, care l-au produs. Comportamentul este o funcție a consecințelor sale și, deci, poate fi schimbat.

Comportamentul uman este determinat de:

1. factori intrapersonali;
2. procese interpersonale, structuri formale și neformale de oameni;
3. factori instituționali;
4. factori comunitari;
5. politica socială, publică.

Schimbarea vine, chiar dacă o dorim sau nu, fiind de fiecare dată un lucru bun. Orice schimbare provoacă o teamă față de necunoscut. La fiecare eveniment de schimbare există un mare grad de rezistență, în funcție de amenințarea zonei de confort a individului.

Micșorarea gradului de rezistență la schimbare poate avea loc când îi cunoaștem beneficiile. Schimbarea factorilor de influență are drept urmare schimbarea de comportament, care la rândul său impune necesitatea de dezvoltare a noilor abilități și drept consecință sporește experiența de a lua decizii, de organizare, de evaluare, de comunicare și altele. Concomitent se dezvoltă înclinațiile, predisunerile către noutate și creativitate. S-a demonstrat științific că prin schimbarea vechilor comportamente se realizează la

nivelul intelectului, memoriei noi conexiuni atât în emisfera stângă, cât și în cea dreaptă a creierului, făcându-ne mai creativi, mai predispuși către nou.

Odată cu dezvoltarea noilor abilități se dezvoltă, prin comunicare, noi relații personale, noi relații de activitate în muncă, în profesie, datorită noilor arii de interes apărute. Acceptarea schimbării dezvoltă noi oportunități în modul de a vedea mediul înconjurător, mediul din colectiv și din familie, cât și mediul nostru intern, personal. Vom privi totul cu alți ochi, vom ști mai multe, vom dezvolta conexiuni noi, vom găsi noi posibilități de îmbunătățire a vieții.

Concomitent cu schimbarea apar lucruri controlabile și necontrolabile, mai ușor recunoaștem ce putem și ce nu putem controla, putem face planuri pentru a le ține în frâu, eficient pe cele controlabile, paralel învățându-ne să fim mai liniștiți, să treacă pe lângă noi fără să ne întristeze, fără să ne frustreze pe cele necontrolabile.

Datorită schimbărilor de comportament ne putem dezvolta latura umorului, făcând în situațiile de criză a fi mai indiferenți, mai calmi, cunoscând că orice schimbare are și o latură pozitivă. Schimbarea unui comportament urmărește îmbunătățirea unor performanțe, formarea unui mod de viață sănătos.

Conceptele-cheie pentru modificarea comportamentală sunt:

1. recunoașterea susceptibilității la o problemă de sănătate;
2. recunoașterea seriozității stării;
3. încrederea în eficacitatea noului comportament;
4. imboldurile pentru a acționa;
5. recunoașterea beneficiilor măsurilor de profilaxie;
6. barierele pentru luarea măsurilor.

Comunicarea în calitate de mijloc de modificare socială a fost inițiată și fundată de Rockefeller. Prin efortul comun al specialiștilor din domeniile de comunicație, monitorizare și evaluare s-a încercat a descrie abordul prin dialog al transformării sociale.

Teoria Instruirii Sociale, formulată de Allan Bandura (1986, 1989) presupune că indivizii învață a acționa prin aplicarea propriului comportament asupra altora și prin consolidarea socială a anumitor acțiuni. TIS acordă atenție sporită factorului numit autoeficacitate, recunoașterii capacității unui individ de a respecta un anumit comportament. La o asemenea abordare, programele de comunicare pot modifica percepția omului a propriei capacități de a respecta anumite cerințe comportamentale.

Conceptele-cheie pentru modificarea comportamentului:

1. autoeficacitate – încrederea în capacitatea de a respecta cerințele comportamentale;
2. rezultatele scontate.

Pe lângă acestea, factorii generali de schimbare pot explica variațiile de manifestare a unui comportament dat de o persoană sau un grup de persoane.

Se cunosc opt factori generali de influență în schimbarea comportamentului. Acești factori generali de influență a unui comportament sunt:

1. rezultatul scontat;
2. intenția;
3. abilitățile;
4. autoeficiența;
5. emoția;
6. autostandarde;
7. normele sociale percepute;
8. barierele și beneficiile.

Acești opt factori comuni sau unul din ei pot fi influențați de o intervenție, acțiune eficientă.

Pentru a cunoaște și obține rezultatele scontate, mai întâi de toate e necesar a auzi despre noul comportament, apoi să fim informați despre acest comportament, despre avantajele și dezavantajele lui și mai târziu să fim convinși că este o acțiune general acceptată.

După cunoașterea beneficiilor și barierelor schimbării unui comportament e nevoie de a forma o predispunere, o intenție, un angajament puternic pozitiv de a face ceva cu convingerile noastre, acționând mai apoi conform cerințelor noului comportament, așteptând reconfirmarea că acțiunea este benefică, pozitivă și în final, dacă totul e bine, menținem comportamentul nou.

Astfel, persoanele de risc își formează noi abilități, capacități pentru efectuarea schimbării. Aceste abilități pot fi formate prin metode de training, care este o schimbare a situației create. Orice schimbare trebuie să dispună de 3 atribute esențiale:

1. imită un proces real;
2. dar nu este situația însăși reală;
3. situația poate fi modificată de către participanții la training.

Simulările sunt dezvoltate pentru a exprima, a reda ceva asemănător, dar nu pentru a înlocui experiența reală.

Orice simulare imită o realitate, poate admite și avea unele greșeli, care nu au influență asupra realității, greșelile pot fi corectate. Mai eficiente sunt simulările simple, deoarece au un grad de asimilare mai mare. Simulările comprimă timpul, elimină amănuntele neesențiale, pot fi modificate. Una dintre metodele utilizate în dezvoltarea simulărilor este metoda aplicării principiului verigilor de învățare.

*Prima verigă* începe când individul acționează, iar însuși acțiunea generează un rezultat, care poate fi comparat cu cel anticipat. Prin comparație se corectează acțiunea pentru a atinge rezultatul dorit.

*A doua verigă* încheie procesul de învățare și ajută dobândirea de noi abilități, atitudini noi practici în înțelegerea mai corectă a problemei existente.

*A treia verigă* este transferul în realitate, creându-se înțelegerea care permite schimbarea de comportament.

Autoeficiența drept factor de influență în schimbarea de comportament a unei persoane, prin descoperirea, recunoașterea propriilor nevoi, asumându-și mai apoi responsabilitatea și încrederea

că poate schimba ceva, implicându-se total și imediat în procesul de schimbare. Aceste caracteristici permit persoanelor cu risc de a-și schimba atitudinea, făcându-i mai devotați atingerii scopurilor propuse. Încrederea că schimbarea comportamentului dat, că adoptarea unui nou comportament poate și va produce o reacție emoțională mult mai pozitivă decât negativă este cel de-al 5-lea factor de influență. Pentru aceasta e nevoie ca persoana să ajungă la o înțelegere reală a problemei în cauză.

Autostandardele constituie un al 6-lea factor de influență asupra schimbării. Acest factor de schimbare, de modificare, de corecție a comportamentului dat poate fi declanșat prin metoda auto-monitoringului. Auto-monitoringul realizează următoarele sarcini:

1. dezvoltarea deprinderilor de comunicare efectivă și de interacțiune productivă cu mediul înconjurător;
2. învingerea stresurilor;
3. înțelegerea emoțiilor proprii și ale altora;
4. soluționarea problemelor de comunicare interpersonală;
5. conștientizarea responsabilității pentru dezvoltarea personalității proprii.

În stabilirea unui comportament sănătos e necesară depășirea barierelor, care pot constrânge persoanele cu risc în caz de neadoptare a comportamentelor fără risc de sănătate. Persoanele trebuie să conștientizeze beneficiile de la schimbarea comportamentului dat. Drept bariere ale adoptării unui comportament „sănătos” putem enumăra:

- tradițiile și obiceiurile culturale;
- practicile grupului de comunicare;
- valorile, normele și practicile comunitare negative;
- consecințele negative asupra persoanei sau asupra societății;
- socializare de gen delicvent.

#### **4.3. Factorii de risc pentru sănătate și de formare a comportamentului „sănătos”**

Întreprinderea unor măsuri eficiente de schimbare a comportamentului pot influența factorii generali de rezistență în schimba-

re, facilitând adoptarea noului comportament. Factorii de risc pentru sănătate pot fi:

1. viața sexuală amorală (sex neprotejat, schimbarea partenerilor sexuali);
2. dependența psihologică și fizică față de droguri și alcool;
3. activitatea medicală profilactică scăzută;
4. vârsta fragedă de adolescent și adolescent cu comportament antisocial;
5. discriminări de gen (pentru femei);
6. deplasări îndelungate și îndepărtate cu relații sexuale întâmplătoare;
7. lipsa locurilor de muncă și surselor materiale oficiale de existență;
8. tabagism;
9. hipodinamie;
10. alimentație nerațională.

În răspândirea infecțiilor HIV/SIDA, hepatitele virale B și C drept factor de risc pentru sănătate pot fi:

1. factori individuali – sex neprotejat, parteneri multipli, utilizarea drogurilor;
2. factori biologici – sex feminin, vârstă sub 18 ani;
3. factori sociali – discriminarea de gen, sărăcia, migrația.

Cunoașterea factorilor și determinantelor de influență asupra eficienței comunicării pentru schimbarea comportamentului, asupra motivelor și motivării schimbării comportamentului, asupra reorientării deprinderilor comportamentale permite a îmbunătăți calitatea acțiunilor întreprinse pentru schimbarea comportamentului de risc pentru sănătate a grupurilor-țintă sau întregii populații – dintr-o comunitate.

Formarea abilităților de depistare a factorilor de influență asupra schimbării comportamentului sporește efectivitatea programelor de promovare a modului sănătos de viață.



## **Tema 5. Strategii de comunicare pentru schimbarea comportamentală**

- 5.1. Conceptul strategiei de comunicare pentru schimbarea comportamentală.
- 5.2. Generarea mesajului – caracteristici de bază. Evaluarea, alegerea și execuția mesajului.
- 5.3. Etapele de fundamentare și elaborare a strategiei de comunicare pentru schimbarea comportamentului.
- 5.4. Etapele de implementare a strategiilor de comunicare pentru schimbarea comportamentului.
- 5.5. Programul strategic în comunicarea pentru schimbarea comportamentului.

### **5.1. Conceptul strategiei de comunicare pentru schimbarea comportamentală**

Comunicarea este un instrument pentru promovarea și susținerea schimbării comportamentului în scopul reducerii riscului de sănătate. Orice comunicare, indiferent de forma sa (verbală, scrisă, nonverbală), are cel puțin patru obiective:

- receptarea corectă a mesajului;
- înțelegerea corectă a mesajului;
- acceptarea mesajului;
- provocarea unei reacții (schimbarea de comportament sau de abilități).

Comunicarea include aspecte complexe corelate cu procesul de schimbare nu numai în comunicarea internă, ci și în comunicarea externă.

Comunicarea externă impune efortul spre dezvoltarea deprinderilor de comunicare, spre schimbarea între culturi organizaționale și naționale diferite. Se observă schimbări fundamentale în comportarea presei și a auditoriului comunității:

- apariția unor probleme extrem de complexe;
- nevoia de transparență a sistemului de decizii;
- nevoia de a comunica totul și imediat;

- credibilitatea internă și externă a conducerilor organizațiilor;
- nevoia schimbării percepției investitorilor față de organizație;
- nevoia parteneriatului cu sindicatele.

Există diferențe între deprindere și aptitudini:

- deprinderea poate fi formată, dezvoltată și perfecționată;
- aptitudinea este o abilitate înnăscută.

Comunicarea pentru schimbarea comportamentului este un instrument de mai multe niveluri întru promovarea și susținerea modificării comportamentului în scopul reducerii riscului de sănătate în rândul persoanelor cu probleme de comportament, în rândul comunității sau a întregii societăți. Această comunicare de schimbare poate fi efectuată prin distribuirea mesajelor efective pentru sănătate cu folosirea unei game variate de canale de comunicare (radio, televiziunea, publicații, conversații).

Comunicarea este vitală pentru realizarea funcțiilor manageriale. Unii specialiști au ajuns la concluzia că elementele manageriale importante sunt:

- comunicarea (schimb de informații de naturi diferite pe cale orală și scrisă), care ocupă aproximativ o treime din timpul de muncă;
- managementul tradițional (planificarea, luarea de decizii și control), care ocupă aproximativ tot o treime din timpul de muncă;
- corelarea (interacțiunea, tot prin comunicare, cu cei din jur, din interior și exteriorul organizației), care ocupă în jur de o cincime din timp;
- managementul resurselor umane (motivare/încurajare, sfătuire/disciplinare, managementul conflictului, angajare de personal).

Pentru realizarea obiectivelor de schimbare comportamentală se va baza pe următoarele funcții ale comunicării:

- *Funcția de informare* – organizațiile au nevoie de interacțiuni în mediul exterior în care funcționează și în mediul interior între părțile ei componente. Cei mai importanți sunt oamenii. Managerul este pus în fața monitorizării la două feluri de informație: informația externă – trimisă și primită prin intermediul activității

lor de marketing, reclama, aprovizionare, relații publice etc. și informația internă – care circulă prin canalele formale și neformale de comunicare.

- *Funcția de comandă și instruire* – această funcție a comunicării se referă la modalitățile prin care managerii se asigură că oamenii și departamentele acționează continuu în direcția obiectivelor organizației.

- *Funcția de influențare și convingere, îndrumare și sfătuire* – prin această funcție se realizează moduri specifice de control asupra informației și asupra comportării membrilor organizației.

- *Funcția de integrare și menținere* – funcție ce trebuie privită sub următoarele aspecte:

1. păstrarea organizației în stare operațională prin cursivitatea informației;

2. folosirea corectă a canalelor de comunicare pentru a evita încărcarea cu informație inutilă;

3. sortarea și verificarea datelor; integrarea părților în întreg prin raportarea lor la aceasta și la contextul în care părțile trebuie să funcționeze.

Între cele două tipuri de interacțiuni există numeroase asemănări. Iată doar câteva dintre cele mai importante:

- comunicarea e folosită în scopuri multiple;
- comunicarea implică o bună coordonare a înțeleșurilor;
- comunicarea presupune capacitatea de a anticipa reacțiile celorlalți;

- când comunicarea se întrerupe, nu e întotdeauna din cauza neînțeleșurilor, ci mai curând fiindcă unul din parteneri nu are capacitatea de a prevedea reacția celuilalt;

- comunicarea e guvernată de reguli;
- există două tipuri de reguli care funcționează în conversații – reguli de interpretare și reguli de reglare;

- comunicarea poate fi privită ca o activitate schematizată;
- reușita în comunicare e o funcție a gradului de coordonare, a modului în care ești să te adaptezi la mediu și la partener.

Tehnicile fundamentale de comunicare pot fi grupate în:

- tehnici de recepționare a mesajelor;
- tehnici de interpretare a mesajului;
- tehnici de redare a mesajelor.

Bariere în calea comunicării apar în toate modurile de comunicare. Aici putem enumera: percepția, emoțiile, încrederea și credibilitatea, dificultățile de ascultare, filtrajul, supraîncărcarea cu informații, locul și timpul, zgomotele și media selectată. Comunicarea nu poate fi separată de personalitatea oamenilor.

Factorii personali în calitate de bariere în comunicare pot fi de mai multe tipuri:

- implicarea pozitivă a celui care receptează mesajul;
- implicarea negativă (chiar înainte de a recepta mesajul, interlocutorul are ceva împotriva subiectului sau a emițătorului);
- amenințarea statutului (situația în care un director nu mai ascultă opinia unui subaltern, pentru simplul fapt că este contrară opiniei sale);
- presupuneri subiective („cred că vrea ceva de la mine, altfel nu mi-ar vorbi...”);

## 5.2. Generarea mesajului – caracteristici de bază. Evaluarea, alegerea și execuția mesajului

**Activitățile prevăzute în cadrul strategiei comunicării sunt:**

- stabilirea colaborării prin activitatea în echipă;
- furnizarea de training în domeniul comunicării și relației cu mediul;
- crearea de mesaje destinate populației generale și profesioniștilor din sistemul de sănătate;
- dezvoltarea unui program destinat mass-media;
- dezvoltarea unor programe educaționale și informaționale pentru populația generală în colaborare cu mass-media;
- dezvoltarea și menținerea unei pagini web.

Populația-țintă este reprezentată, în funcție de mesaj, de profesioniștii din sănătate, mediu, populația generală. Alegerea cana-

lelor de comunicare s-a făcut astfel, încât un procent cât mai mare din populația-țintă să fie acoperită. Canalele de comunicare includ presa scrisă, TV și radio. Planul de marketing mai include și utilizarea unor postere, broșuri și diseminarea informațiilor în format electronic prin intermediul unei pagini web creată special în acest scop.

Mesajul reprezintă ideea care stă la baza comunicării. Atunci când concep mesajul, specialiștii trebuie să țina seama de publicul vizat (cui îi este adresat) și de obiectivele publicității (felul răspunsului sugerat de mesaj celor care-l recepționează).

Firmele pot adopta una din următoarele strategii creative:

- Mesajul se concentrează pe poziționarea mărcii ("Let's make things better"-Philips).

- Mesajul atrage atenția asupra uneia sau alteia din motivațiile consumului individual, de exemplu: un avantaj funcțional ("Totul este sub control"-Compaq), o plăcere ("Un dar adus fiecărei atingeri"-Dove), identitatea de sine ("Vorbește despre tine"-Rimmel), o imagine ("Atitudinea creează viitorul"-Kent), admirația și altruismul ("Noi nu tăiem copacii pentru a ne scoate publicitatea").

- Ideea ar putea fi exploatată prin formularea modalităților de creștere a vânzărilor produsului: utilizatorii actuali trebuie să fie încurajați să folosească mai mult produsul respectiv, iar cei care nu-l utilizează să fie încurajați să-l cumpere. De exemplu, Reebok a venit cu o idee originală, informându-și clienții că pantofii de sport sunt făcuți pentru a se asorta cu îmbrăcămintea de zi cu zi, creând astfel o nouă utilizare pentru a-i atrage pe nonutilizatori.

Mesajul comunică diferențele existente între produsul promovat și oferta concurenților.

- Ideea mesajului s-ar putea desprinde din cunoașterea în profunzime a experienței acumulate de consumator în utilizarea produsului, mai ales a procesului de cumpărare, a consumului și a

efectului produsului asupra acestora și a avantajelor căutate de consumator.

În linii generale, specialiștii în publicitate crează mai multe variante de mesaj. Din punct de vedere logic este normal ca la început să se genereze temele alternative ale mesajului, acestea să fie evaluate și dintre ele să se aleagă soluția preferată.

**Mesajele de publicitate** trebuie să aibă trei caracteristici:

– să aibă un înțeles punând în evidență avantajele care fac produsul mai dezirabil sau mai interesant pentru consumatorii de servicii medicale;

– să fie distincte, comunicând consumatorilor prin ce se impune produsul în fața mărcii concurente;

– să fie credibile. Această ultimă caracteristică este greu de îndeplinit, pentru că mulți consumatori pun la îndoială veridicitatea publicității în linii generale.

### **Execuția mesajului**

Impactul produs de mesaj depinde nu doar de ce se spune, ci și cum se spune. Execuția mesajului vizează tocmai aceste aspecte. Ea este o operațiune dificilă pentru motivele pe care le-am menționat anterior: atenția scăzută pe care consumatorii o acordă de obicei reclamelor, aglomerația mijloacelor publicitare și saturația cu mesaje concurente.

Programele CSC, elaborate pentru anumite grupe-țintă specifice, presupune crearea unor mesaje și abordări specifice. Eficiența lor depinde de determinarea grupului-țintă.

Un profil al grupului-țintă ar trebui să includă:

- comportamentul lor actual și cel dorit;
- așteptările, temerile și dorințele;
- factorii ce influențează comportamentul (TV, radio, reviste, familia, prietenii, comunitatea, religia, etc.).

Mesajul în cadrul CSC constituie informația orientată către grupul-țintă cu scopul de a motiva schimbarea, de a stimula dialogul sau de a promova un produs sau serviciu. Un mesaj cu maximum impact asupra grupului-țintă conține două părți:

- comportamentul dorit;
- beneficiul obținut de la persoana care va adopta acest comportament.

El accentuează:

- factorul-cheie care va conduce la schimbarea dorită de comportament;
- oferă o promisiune sau beneficiu pentru audiența-țintă, care să motiveze audiența vizată să adopte un nou comportament;
- definește suportul pentru promisiunea oferită;
- efectuează un enunț de impresie finală și de durată;
- este clarificată percepția că audiența-țintă se asociază cu utilizatorul produsului.

Pentru elaborarea mesajelor eficiente este necesar:

- identificarea barierelor. Deseori există bariere în calea adoptării unui nou comportament. Acestea pot fi: lipsa cunoștințelor, distanța până la un punct medical. Identificarea barierelor ne va orienta spre elaborarea mesajelor și intervențiilor necesare;

- identificarea beneficiilor principale. Informația acumulată pe parcursul analizei formale a populației-țintă, inclusiv informația cu referire la așteptările și temerile lor, sunt folosite pentru formularea unor beneficii de baza. Un enunț ce descrie beneficiul este utilizat alături de un enunț ce specifică comportamentul dorit pentru crearea mesajului: ” Dacă fac X, atunci voi obține Y”.

- asigurați-vă că mesajele nu creează confuzie drept urmare a transmiterii lor prin mai multe canale și către diferite grupuri-țintă. Mesajele pot crea un cadru pentru conlucrarea cu grupuri-țintă, multiple și constitui punctul de pornire pentru discuții și activități CSC.

Un mesaj bun este acel care:

- atrage atenția;
- este clar enunțat;
- comunică un beneficiu;
- este repetat constant;
- atinge atât emoțiile, cât și logica;

- creează încredere;
- îndeamnă la acțiune.

În continuare expunem niște cerințe față de elaborarea mesajului:

- introduceți aceleași puncte-cheie în toate mesajele, transmise prin toate canalele de comunicare;
- cu cât mai tare se fortifică reciproc mesajele de prin toate canalele, cu atât mai înaltă este probabilitatea existenței unui impact efectiv.

Mesajul Brief include:

- enunțul scopului;
- descrierea audienței;
- obiective (Care este schimbarea dorită a comportamentului?);
- atașarea Brandului și poziționarea.

*Etapale de dezvoltare (elaborare) a mesajului*

### **Etapa 1: Chestiunea sau faptul-cheie**

Cea mai importantă chestiune sau fapt-cheie al problemei vizate de sănătate care, dacă va fi soluționat, va conduce la schimbarea dorită a comportamentului. Faptul-cheie este de importanță decisivă pentru mesaje. Pentru a fi efectiv, un mesaj trebuie să se refere la un singur subiect.

### **Etapa a 2-a: Promisiunea**

Promisiunea (sau beneficiul) pentru audiență: Va motiva audiența primară să-și schimbe comportamentul. Trebuie să fie un beneficiu persuasiv (elocvent, convingător) și clar. Care sunt beneficiile-cheie pentru audiență pentru ca aceasta să-și schimbe comportamentul?

### **Etapa a 3-a: Definirea suportului**

Un enunț suportiv care însumează aspectele ce indică de ce audiența trebuie să creadă în promisiune.

### **Etapa a 4-a: Competiția mesajelor**

Diferențiați programul dvs. (asigurați ca programul dvs. să se distingă de altele de aceeași natură) printr-o poziționare eficientă.



*Ex.: Programul VCT al Ministerului Sănătății oferă cele mai profesionale și mai generoase servicii din țară.*

**Etapa a 5-a: Îndemn-ul-la-acțiune – cunoscut ca “enunțul impresiei finale complete și de lungă durată”.**

*Ex.: Puteți să mizați mereu de înaltul profesionalism al programului VCT al Ministerului Sănătății; noi suntem aici pentru a vă oferi servicii de îngrijire generoase și respectabile.*

**Etapa a 6-a: Profilul utilizatorului-țintă**

La această etapă este necesar să: identificați caracteristicile de personalitate, pe care audiența le asociază cu utilizatorii produsului sau al serviciului, sau cu oamenii care își schimbă comportamentul. Audiența-țintă aspiră să fie printre acești utilizatori?

**Etapa a 7-a: Mesajele-cheie**

Bazându-vă pe etapele 1–6, identificați mesajul-cheie care să fie inclus în toate activitățile de comunicare. Un mesaj-cheie poate fi un slogan publicitar sau un mesaj de consiliere.

Importanță are și alegerea apelului mesajului

*Apelul este:* tonul vocii; accentul/expresivitatea mesajului

Apelul poate fi:

- \* pozitiv;
- \* înspăimântător;
- \* moralistic;
- \* de negare/dezaprobare;
- \* logic sau rațional;
- \* emoțional;
- \* umoristic;
- \* serios.

Modalitățile de diseminare a mesajelor CSC variază de la activități interactive față-în-față până la intervenții la nivel de comunitate și mass-media. Este important de ales canalele care sunt accesibile și acceptabile pentru populația-țintă. Canalele de comunicare ar fi următoarele:

I. Interpersonale:

- consiliere;

- educare de la egal la egal;
- linii telefonice dedicate (hotline).

## II. Media:

- mica publicitate;
- materiale printate;
- video.

## III. Mass-media.

## III. Training.

## IV. Evenimente speciale.

În selectarea canalelor de comunicare se propun următoarele reguli:

- selectarea canalelor care reflectă modelul (scenariul) de utilizare a audienței-țintă specifice (deci, canalele care ajung până la audiența-țintă cu cel mai înalt grad de frecvență, efectivitate și credibilitate);

- diferite canale joacă diferite roluri;
- utilizarea simultană a mai multor canale; aceasta mărește

impactul asupra audienței-țintă;

- selectarea canalelor realiste (adică în cadrul resurselor umane și financiare ale programului);

- selectarea canalelor accesibile și adecvate pentru audiența-țintă.

În Comunicarea Strategică există opt instrumente:

- advocacy;
- publicitate;
- promovarea;
- îmbunătățirea IPC;
- crearea evenimentului și Sponsorizarea;
- participarea comunitară;
- vehicule interactive

### 5.3. Etapele de fundamentare și elaborare a strategiei de comunicare pentru schimbarea comportamentului

Etapele pentru fundamentarea și elaborarea strategiei unui program de comunicare pentru schimbarea comportamentului sunt:

- definirea misiunii programului;
- analiza mediului intern al comunității;
- analiza mediului extern al comunității;
- evaluarea capacității adaptive a membrilor comunității, grupului de oameni la exigențele mediului înconjurător și identificarea locului pe care ei îl ocupă în cadrul acesteia;
- stabilirea obiectivelor strategice;
- elaborarea alternativelor sau a opțiunilor strategice posibile;
- compararea alternativelor strategice și alegerea celor care sunt cele mai fezabile;
- formularea propriu-zisă a strategiei.

Etapele pentru implementarea strategiei de comunicare în schimbarea comportamentului sunt:

- **Pregătirea implementării strategiei selectate prin:**
  - stabilirea obiectivelor pe termen scurt;
  - definirea strategiilor funcționale;
  - dezvoltarea și comunicarea politicilor;
  - alocarea resurselor necesare pentru realizarea strategiei.
- **Instituționalizarea strategiei implementate prin:**
  - adaptarea structurii organizatorice la cerințele strategiei;
  - armonizarea sistemului de management cu exigențele strategiei;
  - schimbarea culturii organizaționale.
- **Evaluarea rezultatelor implementate și controlul eficacității ei:**

*Strategia de comunicare* este globală și vizează întregul ansamblu al modalităților de comunicare de care dispune o organizație, o comunitate în toate direcțiile ce țin de păstrarea și îmbunătățirea sănătății, având drept obiectiv definirea și alegerea pentru următoarea perioadă de 5–7 ani:

- a imaginii dorite privind sănătatea drept valoare pentru individ, pentru comunitate și societate și corelația cu aceasta a mesajelor ce trebuie transmise și discursurilor ce trebuie ținute în fața auditoriului;

- a marilor axe de efort și a ierarhizării lor: binoamele „public-mesaj”, interdependențele dintre eforturile dirijate spre exterior și comunicarea internă, repartizarea în timp și spațiu a eforturilor depuse;

- a mijloacelor mediatizate ce vor fi utilizate;

- a articulării și coerenței diferitor tipuri de comunicare necesare pentru a fi adoptate:

- comunicare externă nonpublicitară,

- publicitate instituțională,

- comunicare internă și altele.

La stabilirea unei *strategii de comunicare* se ține cont de următoarele *elemente de bază*:

- exprimarea (orală și în scris);

- telecomunicațiile;

- videocomunicarea;

- marketingul comunicațional;

- publicitatea;

- relațiile cu mijloacele mass-media;

- comunicarea internă;

- lobbying-ul;

- raporturile interpersonale;

- mobilizare comunitară.

*Managementul comunicării* se bazează pe planificarea strategică de relații interpersonale și cu publicul, care se desfășoară în cinci etape:

- identificarea problemei;

- stabilirea obiectivelor generale;

- formularea strategiilor;

- planificarea, elaborarea mixului de relații publice și programare;

- evaluarea.

**Identificarea problemei.** Pentru definirea exactă a problemei se trece la cercetarea opiniilor, cunoștințelor, atitudinilor și comportamentului publicului vizat. În situația promovării unor strategii trebuie să se realizeze cercetări pentru:

- cunoașterea atmosferei publicului;
- informarea corectă.

**Stabilirea obiectivelor.** În raport cu rezultatele cercetării se propun soluții ale problemei de comunicare cu publicul, sub forma unor obiective.

**Formularea strategiilor:** are drept scop realizarea obiectivului stabilit (ex.: cunoașterea conținutului unor probleme de către cetățeni).

**Planificarea și programarea:** în funcție de strategiile adoptate, se trece la elaborarea planului de acțiuni. Acest plan conține instrumentele folosite (mixul de relații publice), obiective intermediare, termene, resurse utilizabile etc.

*Strategia comunicării* pentru schimbarea comportamentului să fie bazată pe:

- scopurile și obiectivele generale urmărite de către această acțiune;
- cercetarea situației din comunitate în problema riscului de sănătate;
- desfășurarea acțiunilor conform fazelor de adoptare a unui nou comportament;
- oferirea abilităților necesare în adoptarea unui nou comportament;
- asigurarea confortului psihologic moral și material pentru auditoriul supus cercetării și schimbării de comportament;
- așteptările asigurate de schimbarea comportamentală vor fi îndeplinite.

*Scopul unei strategii* la general și unei strategii de schimbare comportamentală sunt niște stări finale concrete sau rezultatul dorit care trebuie obținut, activând în comun. Scopul strategiei co-

municării pentru schimbarea comportamentului trebuie să creeze necesitatea, cererea de informații și servicii relevante în profilaxia influenței factorilor de risc asupra sănătății, să faciliteze și să promoveze accesul la serviciile de profilaxie, de îngrijire și de suport pentru păstrarea și fortificarea sănătății individului sau a grupului de oameni.

Pentru a dezvolta o strategie efectivă în comunicarea pentru schimbarea comportamentului este necesar:

- a stabili scopul programului de schimbare comportamentală întru îmbunătățirea sănătății populației;

- a implica în realizarea obiectivelor persoanele cu factori de decizie și persoanele-cheie în promovarea acțiunilor. Oamenii-cheie sunt:

- 1) persoanele cu factori, posibilități de decizie în problema de sănătate vizată, cointeresați în rezolvarea acestei probleme;

- 2) oamenii care elaborează și promovează politica de sănătate, pot lua hotărâri și pot influența executarea acestor hotărâri;

- 3) oamenii bogați, mețenați, care finanțează aceste proiecte de activități, supervizorii.

- a stratifica audiența, comunitatea, identificând audiențele-cheie;

- a efectua evaluări formative și de impact ale comunicării pentru schimbarea comportamentului;

- a segmenta audiențele-țintă în grupuri mai mici, cu trăsături și necesități de comunicare similare.

Audiența primară, în scopul eficientizării acțiunilor întreprinse, trebuie segmentată, divizată în grupuri mai mici, cu aceleași trăsături și necesități de comunicare similară, unde mesajele adresate vor avea un efect mai mare, iar șansele de schimbare a comportamentului vor fi mai mari.

Segmentarea audienței poate fi efectuată în baza necesităților de informare și a celor de motivare, în baza nivelului dorințelor de schimbare a comportamentului. La segmentarea audienței primare e necesar a ține cont de gradul de necesitate a schimbării compor-

tamentului, de performanțele audienței secundare (persoanele influente), de posibilitățile schimbării cât mai rapide de efectiv a comportamentului de risc.

- a definitiva obiectivele schimbării comportamentale, care rezultă din scopul programului și trebuie să fie scurte și clare pentru a avea efectul intenționat de schimbare a comportamentului.

Obiectivele unei strategii de comunicare în schimbarea comportamentului trebuie create pentru fiecare segment al audienței primare și să fie în concordanță cu necesitățile acestei audiențe.

Obiectivele strategiei pentru CSC trebuie să fie înțelepte, specifice măsurilor, reale, potrivite, pe o perioadă concretă de timp.

- a elabora strategia CSC și a planului de monitorizare și evaluare a performanțelor;

- a dezvolta produsele și activitățile de comunicare cu pretestarea lor;

- a implementa și monitoriza programul de acțiuni propus;

- a evalua programul.

Evaluarea obiectivelor de schimbare a comportamentului audienței primare poate fi efectuată în baza unor indicatori, care urmăresc progresul programului, trebuie să fie obiectivi, de încredere, specifici, sensibili, raționali și operaționali.

- a analiza dacă corect a fost auzit și înțeles mesajul, doleanțele de schimbare comportamentală de către auditoriul-țintă (să analizăm feedback-ul), cu o elaborare a strategiei CSC, a scopului obiectivelor, produselor și activităților de comunicare mai eficiente.

**Elementele-cheie ale programelor strategice** ce abordează modificările comportamentale ale individului sunt:

- sporirea capacității participanților de a comunica eficient despre factorii de risc asupra sănătății;

- susținerea participanților în program de a se deprinde, de a-și forma noi abilități de păstrare a sănătății;

- personalizarea riscului de sănătate de către participanți;

- asigurarea sprijinului și suportului pentru menținerea abilităților și atitudinilor de reducere a riscurilor pentru sănătate;

- transmiterea mesajului informator participanților și a le creșterea abilității în contextul specific al riscurilor de sănătate.

**Principiile strategiei de comunicare pentru schimbarea comportamentului sunt:**

- elaborarea și dezvoltarea mesajelor și materialelor despre riscurile de sănătate în scopul sensibilizării comunității și răspândirii printre membrii acestor comunități a cunoștințelor despre factorii de risc pentru sănătate și acțiunile de prevenire a influenței lor;

- educația pentru sănătate de la egal la egal, pentru a încuraja un mediu de suport, pentru adoptarea comportamentelor de sănătate, reducerea stigmei și asigurarea schimbului de cunoștințe;

- facilitarea mobilizării persoanelor și a întregii comunități pentru reducerea barierelor ce împiedică abordarea comportamentelor de prevenire a riscului, prin stabilirea unor servicii prietenoase și anonime, persoanelor din grupurile expuse unui risc înalt pentru sănătate;

- utilizarea metodologiei de devianță pozitivă în rândurile populației selectate;

- oferirea consultațiilor, serviciilor de consiliere și de testare voluntară în depistarea factorilor de risc pentru sănătatea personală.

#### **5.4. Etapele de implementare a strategiilor de comunicare pentru schimbarea comportamentului**

În prevenția influenței factorilor de risc pentru sănătate sunt practicate strategii de executare a sarcinilor și strategiilor de performanță.

**Strategiile de performanță constau în:** depistarea, analiza și diferențierea deficiențelor de abilități și deficiențelor de performanță.

Deficiența de abilități este lipsa cunoștințelor și deprinderilor de a evita influența factorilor de risc asupra sănătății, iar deficiența de performanță este lipsa acțiunilor de profilaxie a influenței factorilor de risc, având un nivel de cunoștințe în acest domeniu destul de suficient.



Pentru a înlătura deficiența de abilități este necesar:

1. a oferi cunoștințe prin instruire, trening și forma deprinderii specifice, esențiale în schimbarea corectă a comportamentului;
2. a motiva prin recompense schimbările de comportament și formarea abilităților necesare, corecte și folosite frecvent în reducerea riscului de sănătate;
3. a sprijini moral și material rezultatele de schimbare a comportamentului.

Pentru înlăturarea deficiențelor de performanță trebuie întreprinse următoarele măsuri de:

1. ridicare a motivației, de sprijinire a comportamentului dorit, prin planificarea anterioară a acțiunilor de motivare, chiar dacă nu sunt rezultate pozitive imediate după schimbarea comportamentului;
2. micșorare a aspectului neplăcut în urma schimbării comportamentului;
3. creștere a nivelului recompenselor pentru schimbarea comportamentului dat, în cazul în care neschimbarea comportamentului poate aduce careva recompense emotive, fizice;
4. reevaluare a comportamentului-țintă, care trebuie realizat, dacă măsurile întreprinse sunt prea costisitoare, dificile și complexe.

În dezvoltarea unei strategii eficiente de comunicare pentru schimbarea comportamentului este necesar a analiza minuțios situația pentru a stabili cât mai clar și exact care este problema-cheie de sănătate, care este misiunea programului propus, cu determinarea resurselor materiale și umane, potențiala audiență primară, a căilor și mijloacelor de comunicare, evaluând și mediul social în care se planifică programul. Se cere evidențierea punctelor tari și celor slabe ale riscurilor locale, stabilirea oportunităților și pericolelor comunicării eficiente pentru sănătate.

Drept strategii pentru întărirea motivației de schimbare a comportamentului pot fi folosite următoarele:

- prima strategie de motivare – a da un sfat, a ridica nivelul de cunoștință;

- a doua strategie de motivare – a înlătura barierele;
- a treia strategie de motivare – a asigura șansa de a alege;
- a patra strategie de motivare – a promova atitudini și abilități de reducere a necesităților, a nevoilor, a dependenței;
- a cincea strategie de motivare – a retrăi nevoile partenerului, a demonstra o empatie;
- a șasea strategie de motivare – a asigura feedback-ul, legătura eficientă reciprocă;
- a șaptea strategie de motivare – a asigura un ajutor activ, o susținere permanentă de a schimba comportamentul;
- a opta strategie de motivare – a lămuri clar scopurile comunicării și motivării schimbării de comportament.

Audiența primară a strategiei de comunicare pentru schimbarea comportamentului este grupul de oameni-cheie, ale căror comportament dorim să-l schimbăm.

### **5.5. Programul strategic în comunicarea pentru schimbarea comportamentului.**

Principalul indicator de program strategic și obiectiv de comunicare efectivă constă: în a contribui la reducerea incidenței diferitor maladii printre tineri (15–30 ani) și printre populația activă.

Pentru a obține realizarea acestui indicator, comunicarea în domeniul îmbunătățirii sănătății va trebui să obțină următoarele:

1. să asigure acceptarea și înțelegerea manifestărilor diferitor factori de risc pentru sănătate de către diferite grupe de populație, a valorii serviciilor sănătății pentru populație;
2. să sporească percepția individuală a vulnerabilității;
3. să sporească cunoașterea modurilor de prevenire a transmiterii diferitor maladii și numărul celor care resping principalele concepții greșite despre valorile sănătății;
4. să sporească responsabilitatea familiei pentru educația medicală și profilaxia diferitor infecții;
5. să sporească interesul factorilor de decizie pentru investi-

țiile în centrele prietenoase medicale care oferă consiliere și testare voluntară la diferite maladii.

Mărirea speranței de viață și îmbunătățirea calității vieții persoanelor bolnave:

1. promovarea comportamentului de fortificare a sănătății de către persoanele bolnave și identificarea semnelor clinice precoce de degradare a sănătății;

2. informarea pentru asigurarea creșterii cererii de tratament specific la pacienții cu indicații specifice;

3. reducerea discriminării și promovării atitudinii tolerante în societate față de persoanele care trăiesc cu diferite maladii.

Atingerea reducerii ratei de creștere a prevalenței printre utilizatorii de droguri identificați. Necesitățile de comunicare în atingerea acestui scop sunt:

1. crearea cererii pentru seringi sterile;

2. reducerea utilizării în comun a seringilor și a echipamentelor;

3. reducerea utilizării de droguri, prin înrolarea în programe de substituție sau abinență;

4. obținerea sprijinului social pentru programele de Reducere a Noxelor și de Metadonă.

Schimbarea ponderii persoanelor care s-au adresat voluntar pentru a face testul la diferite maladii. Comunicarea va avea drept scop adresarea după consiliere și testare benevolă și voluntară, inclusiv anonimă:

1. sporirea cointeresării populației în protejarea propriei sănătăți și a securității celor din jur;

2. informarea persoanelor despre accesibilitatea diferitor modalități de testare la HIV (în cadrul instituțiilor medicale, centrelor de sănătate pentru tineri, laborator specializat, testare anonimă, etc.);

3. pregătirea respectivă a prestatorilor de servicii (lucrători medicali, voluntari, etc.) în efectuarea unei consilieri eficiente pre- și posttest.

Reducerea transmiterii verticale a infecției HIV/SIDA. Comunicarea va avea drept scop:

1. obținerea unui grad înalt de conștientizare a accesibilității serviciilor de prevenție a transmiterii verticale;
2. obținerea unei cereri mai înalte de servicii de consiliere și testare voluntară;
3. informarea pentru aderare la schemele profilactice cu ARV și alimentare artificială;
4. informarea despre disponibilitatea femeilor gravide infectate cu HIV de a naște în centrele specializate.

Evaluările formative ale comunicării se vor efectua regulat pentru a înțelege necesitățile grupurilor de populații-țintă, precum și a factorilor ce favorizează sau împiedică schimbarea comportamentului. Toate materialele informative elaborate trebuie să fie axate pe schimbarea comportamentului de la unul riscant spre unul sigur, inofensiv. Materialele trebuie să fie elaborate strict pentru grupuri-țintă identificate și să aibă un mesaj specific. Testarea materialelor trebuie să fie efectuată cu participarea reprezentanților grupurilor-țintă.

Planificarea pentru consolidarea capacității de comunicare continuă este esențială pentru implementarea cadrului strategic de față. Consolidarea și dezvoltarea capacităților fiind importante pentru:

- cei care realizează evaluarea formativă, elaborează planurile și proiectele de comunicare;
- cei care transmit mesaje către grupurile-țintă (educatori de la egal la egal, lucrători outreach, consilieri și lucrători comunitari, etc.);
- mass-media;
- autoritățile și grupurile de susținere, organizațiile nonguvernamentale, etc.

## BIBLIOGRAFIE

1. Serge Moscovici. *Psihologia socială a relațiilor cu celălalt*, Editura „Polirom”, Iași, 1998.
2. Mielu Zlate. *Psihologia la răspântia mileniilor*, Editura „Polirom”, Iași, 2001.
3. Constantin Enăchescu. *Tratat de igienă mintală*, Editura „Polirom”, Iași, 2004.
4. Ana Stoica-Constantin. *Conflictul interpersonal*, Editura „Polirom”, Iași, 2004.
5. Ion Negreț-Dobridor. Ion-Ovidiu Pânișoară, „Știința”, Editura „Polirom”, Iași, 2005.
6. Adrian Neculau. *Manual de psihologie socială*, Editura „Polirom”, Iași, 2004.
7. Zoltan Bogathy. *Manual de psihologia muncii și organizațională*, Editura „Polirom”, Iași, 2004.
8. Georgeta Pânișoară. *Managementul resurselor umane*, Ed. II, Editura „Polirom”, Iași, 2005.
9. Larisa Stog. *Psihologie managerială*, Editura „Cartier educațional”, Chișinău, 2002.
10. Stroe Marcus. *Competența didactică*, Ed. „A.I.L. Educațional”, București, 1999.
11. Bivol, S. *Supravegherea epidemiologică HIV/SIDA Moldova, 2004*. Utilizatorii de droguri injectabile, lucrătoarele sexului comercial, deținuții, Chișinău, 2004.
12. Svetlana Ștefăneț. *Sănătatea și dezvoltarea tinerilor*. Studiu de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor tinerilor, Chișinău, 2005.
13. Victor Pauchet. *Arta de a rămâne tânăr*, Editura „București”, 1995.

14. Ancușa M.. *Educația pentru sănătate*, Rev. „Medicina”. Trecut. Prezent. Viitor, nr.1, 1998.
15. Ancușa M., Ciobanu. V. *Probleme de sănătate publică*, vol. I, II, Editura „Mirton”, Timișoara, 1997.
16. Ion-Ovidiu Pânișoară. *Comunicarea eficientă*, ed. II, Editura „Polirom”, Iași, 2004.
17. Andre de Peretti. *Tehnici de comunicare*, Editura „Polirom”, 2001.
18. Fabrice Lacombe. *Rezolvarea dificultăților de comunicare*, Editura „Polirom”, 2005.
19. Nicolae Miu. *Științele comportamentului*, manual pentru studenții ciclurilor I, II, III de medicină, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj Napoca, 2004.
20. Rusu Costache. *Managementul afacerilor mici și mijlocii*, Editura „Logos”, Chișinău, 1993.