

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
Școala de Management în Sănătatea Publică



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Swiss Agency for Development and Cooperation SDC**  
**Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare**

# PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII (Manual)

Chișinău·2017

**Autori:**

- Oleg LOZAN,** doctor habilitat în medicină, profesor universitar, Școala de Management în Sănătate Publică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Republica Moldova
- Svetlana COTELEA,** master în sănătate publică, Școala de Management în Sănătate Publică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Republica Moldova
- Rodica GRAMMA,** master în management și legislație în sănătate, doctor în științe filosofice, conferențiar universitar, Școala de Management în Sănătate Publică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Republica Moldova
- Alina TIMOTIN,** master în științe economice, Școala de Management în Sănătate Publică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Republica Moldova
- Alexandra OPRIȘ,** master în sănătate publică, Departamentul de Sănătate Publică, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, România
- Mădălina Adina COMAN,** master în psihologia sănătății, Departamentul de Sănătate Publică, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, România

**DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII**

**PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII : (Manual) /** Oleg LOZAN, Svetlana COTELEA, Rodica GRAMMA, Alina TIMOTIN, Alexandra OPRIȘ, Mădălina Adina COMAN [et al.] ; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Școala de Management în Sănătatea Publică, . - Chișinău : S. n., 2017 (Tipogr. „T-Par”). - 208 p.

Aut. este indicat pe vs. f. de tit. – Apare cu suportul Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Coop. – Referințe bibliogr. – 200 ex.

ISBN \_\_\_\_\_.

Acest manual este destinat audienților programului de masterat în managementul sănătății publice din cadrul Școlii de Management în Sănătate Publică, precum și persoanelor implicate în procesul decizional din domeniul sănătății publice. Manualul a fost elaborat și publicat cu suportul Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare în cadrul proiectului „Fortificarea capacităților Școlii de Management în Sănătate Publică”.

# CUPRINS

## CAPITOLUL I

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ÎNTRUDUCERE ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>1.1 NOȚIUNI DE BAZĂ ȘI DEFINIȚII .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1.2 EVOLUȚIA CONCEPTULUI DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII .....</b>                                 | <b>10</b> |
| 1.2.1 <i>Carta de la Ottawa.....</i>   | <i>13</i> |
| 1.2.2 <i>Principiile de bază în activitatea<br/>            de promovare a sănătății .....</i> | <i>17</i> |
| 1.2.3 <i>Modelul lui Downie&amp;Tannahil .....</i>   | <i>19</i> |
| 1.2.4 <i>Educație pentru sănătate.....</i>   | <i>21</i> |
| <b>BIBLIOGRAFIE .....</b>  | <b>23</b> |

## CAPITOLUL II

|  |           |
|--|-----------|
| <b>TEORII ȘI MODELE CONCEPTUALE<br/>DE SCHIMBARE COMPORTAMENTALĂ .....</b> | <b>25</b> |
| <b>2.1 NOȚIUNI GENERALE.....</b>   | <b>25</b> |
| <b>2.2 NIVELURI DE INFLUENȚĂ ASUPRA<br/>COMPORTAMENTULUI UMAN.....</b>     | <b>28</b> |
| <b>2.3 TEORIILE NIVELULUI INTRAPERSONAL .....</b>                          | <b>30</b> |
| 2.3.1 <i>Modelul convingerilor despre sănătate .....</i>                   | <i>30</i> |
| 2.3.2 <i>Teoria acțiunilor motivante.....</i>                              | <i>33</i> |
| 2.3.3 <i>Teoria autodeterminării.....</i>                                  | <i>35</i> |
| 2.3.4 <i>Modelul transteoretic .....</i>                                   | <i>37</i> |
| <b>2.4 TEORIILE NIVELULUI INTERPERSONAL.....</b>                           | <b>40</b> |
| 2.4.1 <i>Teoria social-cognitivă.....</i>                                  | <i>40</i> |
| 2.4.2 <i>Suportul social.....</i>  | <i>44</i> |
| 2.4.3 <i>Influența socială .....</i>                                       | <i>45</i> |

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>2.5</b> | <b>TEORIILE NIVELULUI POPULAȚIONAL .....</b> | <b>48</b> |
|            | <i>2.5.1 Teoria difuzării inovației.....</i> | <i>48</i> |
|            | <i>2.5.2 Teoria capitalului social.....</i>  | <i>51</i> |
|            | <b>BIBLIOGRAFIE .....</b>                    | <b>54</b> |

### CAPITOLUL III

|            |   |            |
|------------|---|------------|
|            | <b>PROGRAME DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII .....</b>  | <b>56</b>  |
| <b>3.1</b> | <b>INTRODUCERE.....</b>   | <b>56</b>  |
| <b>3.2</b> | <b>PLANIFICAREA PROGRAMELOR<br/>DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII .....</b>                        | <b>59</b>  |
|            | <i>3.2.1 Modele de planificare a programelor<br/>de promovare a sănătății.....</i>        | <i>60</i>  |
|            | <i>3.2.2 Evaluarea necesităților în elaborarea unui program... 67</i>                     |            |
|            | <i>3.2.3 Stabilirea scopurilor și obiectivelor<br/>unui program de promovare .....</i>    | <i>78</i>  |
|            | <i>3.2.4 Identificarea strategiilor și intervențiilor.....</i>                            | <i>85</i>  |
| <b>3.3</b> | <b>IMPLEMENTAREA PROGRAMELOR<br/>DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII .....</b>                       | <b>90</b>  |
|            | <i>3.3.1 Instrumente practice pentru<br/>implementarea programelor.....</i>               | <i>90</i>  |
|            | <i>3.3.2 Identificarea și alocarea resurselor.....</i>                                    | <i>96</i>  |
|            | <i>3.3.3 Fazele de implementare.....</i>  | <i>103</i> |
|            | <i>3.3.4 Componentele esențiale pentru<br/>implementarea de succes a programelor.....</i> | <i>106</i> |
| <b>3.4</b> | <b>EVALUAREA PROGRAMELOR<br/>DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII .....</b>                           | <b>108</b> |
|            | <i>3.4.1 Cadrul de evaluare.....</i>  | <i>108</i> |
|            | <i>3.4.2 Tipuri de evaluare.....</i>  | <i>111</i> |
|            | <i>3.4.3 Stabilirea indicatorilor de monitorizare.....</i>                                | <i>113</i> |
|            | <b>BIBLIOGRAFIE .....</b>   | <b>116</b> |

## CAPITOLUL IV

|  |            |
|--|------------|
| <b>STRATEGII ȘI INTERVENȚII DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII.....</b>            | <b>120</b> |
| <b>4.1 NOȚIUNI GENERALE .....</b>  | <b>120</b> |
| <b>4.2 STRATEGIA POLITICILOR DE REGLEMENTARE .....</b>                   | <b>121</b> |
| <b>4.3 STRATEGIA DE CREARE<br/>A MEDIILOR FAVORABILE SĂNĂTĂȚII .....</b> | <b>127</b> |
| <b>4.4 STRATEGIA DE DEZVOLTARE<br/>ȘI MOBILIZARE A COMUNITĂȚII .....</b> | <b>131</b> |
| <b>4.5 STRATEGIA DE DEZVOLTARE<br/>A ABILITĂȚILOR INDIVIDUALE .....</b>  | <b>136</b> |
| 4.5.1 <i>Comunicare pentru sănătate .....</i>                            | <i>136</i> |
| 4.5.2 <i>Educație pentru sănătate.....</i>                               | <i>147</i> |
| <b>4.6 STRATEGIA DE REORIENTARE<br/>A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE.....</b>   | <b>149</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIE .....</b>  | <b>153</b> |

## CAPITOLUL V

|  |            |
|--|------------|
| <b>MARKETINGUL SOCIAL ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII.....</b>                                   | <b>159</b> |
| <b>5.1 CONCEPTUL DE MARKETING SOCIAL .....</b>   | <b>159</b> |
| 5.1.1 <i>Definire și particularități ale marketingului social.....</i>                   | <i>159</i> |
| 5.1.2 <i>Domenii de aplicare ale marketingului social .....</i>                          | <i>163</i> |
| 5.1.3 <i>Marketingul social în sănătate publică .....</i>                                | <i>164</i> |
| 5.1.4 <i>Marketingul social pentru schimbarea<br/>            comportamentului .....</i> | <i>167</i> |
| <b>5.2 COMPONENTELE MARKETINGULUI SOCIAL.....</b>  | <b>172</b> |
| <b>5.3 STRATEGIA DE MARKETING SOCIAL.....</b>  | <b>175</b> |

|            |  |            |
|------------|--|------------|
| <b>5.4</b> | <b>ROLUL COMPETIȚIEI ÎN MARKETINGUL SOCIAL .....</b>                             | <b>178</b> |
| <b>5.5</b> | <b>ANALIZA SITUAȚIEI CURENTE<br/>ȘI SELECTAREA GRUPULUI ȚINTĂ .....</b>          | <b>181</b> |
| <b>5.6</b> | <b>DEZVOLTAREA STRATEGIEI<br/>DE MARKETING MIXT ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII.....</b> | <b>187</b> |
| <b>5.7</b> | <b>IMPLEMENTAREA CAMPANIILOR DE MARKETING SOCIAL ..</b>                          | <b>196</b> |
|            | <b>BIBLIOGRAFIE .....</b>  | <b>200</b> |

## **ANEXE**

|   |            |
|---|------------|
| <b>ANEXA 1. CARTA DE LA OTTAWA.....</b> | <b>202</b> |
|---|------------|

## INTRODUCERE ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

### ***1.1. NOȚIUNI DE BAZĂ ȘI DEFINIȚII***

#### **Sănătate**

În anul 1946, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a definit sănătatea ca fiind „bunăstare fizică, mintală și socială, care nu constă doar în absența bolii sau a infirmității [1]. Mai târziu, în anul 1948, în această definiție a fost inclusă și „capacitatea de a duce o viață productivă, din punct de vedere social și economic”.

#### **Sănătate Publică**

În anul 1920, Charles-Edward A. Winslow, expert american în sănătate publică și fondatorul Școlii de Sănătate Publică din Yale a oferit definiția sănătății publice ca fiind: „știința și arta de prevenire a bolilor, prelungire a vieții și promovare a sănătății fizice și a eficienței umane prin eforturi comunitare organizate pentru igienizarea mediului, lupta împotriva bolilor transmisibile și controlul acestora, educația la nivel individual privind principiile de igienă personală, organizarea serviciilor medicale și de asistență medicală pentru diagnosticul precoce și tratamentul optim al maladiilor, precum și dezvoltarea de mecanisme sociale, care să asigure fiecărui individ din comunitate un nivel de trai adecvat pentru menținerea sănătății” [2].

În anul 1952 OMS prezintă o nouă definiție a sănătății publice, precum că aceasta este: „știința și arta de prevenire a bolilor, prelungirea vieții și îmbunătățirea sănătății fizice și mentale la nivel individual și colectiv. Domeniul de aplicare al sănătății publice cuprinde toate sistemele de promovare a sănătății, de prevenire a bolilor, de luptă împotriva bolii (medicină și îngrijiri medicale) și de readaptare” [3].

Donald Acheson, epidemiolog englez, în anul 1988 a definit sănătatea publică ca fiind: „știința și arta de prevenire a bolilor, de prelungire a vieții și de promovare, protejare și îmbunătățire a sănătății prin eforturile organizate ale societății. Acest domeniu acordă o atenție deosebită contextului social al bolii și al sănătății, concentrându-se pe îmbunătățirea sănătății prin măsuri globale, cum ar fi vaccinarea, fluorizarea apei potabile sau prin intermediul unor politici publice, cum ar fi, de exemplu: legea pentru purtarea centurilor de siguranță sau legea non-fumat” [4].

### **Biomedicină**

Biomedicina este un termen folosit pentru prima dată în anul 1923 și reprezintă o ramură a științelor medicale care aplică în practica clinică principiile științelor naturale, precum sunt: biologia, biochimia, biologia moleculară și genetica, în vederea înțelegerii, tratamentului și prevenției bolilor [5].

Biomedicina interpretează boala ca având o cauză fizică unică în interiorul corpului, indiferent dacă este vorba de o infecție cauzată de un microorganism, de dezvoltarea celulelor maligne sau de insuficiența unui organ din o cauza anume repetată (cum ar fi consumul de alcool). Biomedicina are un set de criterii de diagnostic bine dezvoltate și aplicabile pe scară largă, utilizate pentru a descrie un număr mare de stări de boală[6].

### **Promovarea sănătății**

În cadrul conferinței OMS la Ottawa, în anul 1986, au fost discutate obiectivele de sănătate pentru anii care urmau până în 2000. Anume aici a fost fixat conceptul de promovare a sănătății ca fiind: „procesul care conferă populațiilor mijloacele de a-și asigura un control cât mai mare asupra propriei lor stări de sănătate și de a o ameliora” [7].

### **Prevenție**

Alain Douiller oferă o încadrare complexă a conceptului de prevenție[8]. Prevenția, în concepția inițială, era legată de ansamblul acțiunilor și măsurilor puse în aplicare pentru a reduce frecvența

și consecințele bolilor și a accidentelor. Ceea ce a dus, conform clasificării OMS, la o separare centrată pe riscuri:

- *Prevenția primară*–intervine pentru reducerea incidenței unei maladii. Aceasta acționează, de exemplu, asupra consumului de zaharuri și grăsimi, în vederea diminuării riscului de obezitate sau asupra consumului de tutun pentru reducerea riscului de cancer pulmonar.
- *Prevenția secundară* – acționează în vederea scăderii prevalenței maladiilor. Astfel, aceasta grupează toate măsurile de diagnostic precoce, în faza asimptomatică, sau de depistare, în cazul primelor semne de boală.
- *Prevenția terțiară*–vizează diminuarea sechelelor post-terapeutice, în cazul persoanelor bolnave și reducerea nivelului mortalității.
- *Prevenția cuaternară*– se referă la măsurile luate pentru a identifica pacienții cu risc de supratratament, protejează împotriva noilor proceduri medicale [9].

O clasificare mai recentă este oferită de R.S. Gordon [10] care se concentrează pe necesitățile populațiilor și, astfel, distinge:

- *Prevenția generalizată* sau universală– se adresează întregii populații, indiferent de starea de sănătate a acesteia.
- *Prevenția selectivă* – are ca țintă principală sub-grupurile populaționale, care ar putea reprezenta vulnerabilități sau riscuri specifice (de exemplu: muncitorii din domeniul construcțiilor).
- *Prevenția direcționată sau indicată*–se adresează persoanelor care prezintă afecțiuni sau tulburări, maladii sau anumiți factori de risc (de exemplu: tinerii consumatori a unor cantități excesive de alcool).

### **Educație pentru sănătate**

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

Educația pentru sănătate este un proces de predare-învățare pentru dezvoltarea capacităților de adaptare ale indivizilor în mediul lor habitual și orientarea lor pentru transformarea acestui mediu, atunci când variațiile acestuia depășesc capacitățile lor. Educarea pentru sănătate înseamnă a lucra cu ceilalți pentru a găsi împreună o modalitate de a trăi mai sănătos. Această lucrare nu ar trebui să se limiteze la o simplă transmitere de cunoștințe. Ea trebuie să dezvolte o viziune mai critică asupra realității și să stimuleze comportamente mai eficiente în prevenirea problemelor de sănătate. Cu alte cuvinte, se dorește obținerea percepției din partea indivizilor asupra riscurile fizice, psihice și sociale existente în jurul lor și, totodată, capacitatea și voința din partea lor de a alege comportamentele cele mai eficiente și inteligente pentru a se putea confrunta cu aceste riscuri sau a le evita, atât pe plan individual, cât și pe plan colectiv [11].

Claude Michaud, specialist francez în sănătate publică, definește conceptul de educație pentru sănătate ca fiind: „procesul îndelungat de descoperire și învățare de noi cunoștințe, deprinderi de viață (atitudini, reprezentări, credințe) și noi competențe (aptitudini, abilități), care permite oferirea mijloacelor necesare unui individ sau a unui grup pentru exercitarea unei alegeri privind comportamentele de sănătate” [12].

## ***1.2. EVOLUȚIA CONCEPTULUI DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII***

Dacă ar fi să căutăm date în istoria umanității despre evoluția conceptului de promovare a sănătății, cu siguranță, nu l-am găsi sub această denumire, însă am putea identifica originile principiilor lui. Acestea coincid cu momentul în care omul și-a pus problema îmbătrânirii fiind într-o stare optimă de sănătate. Cel mai probabil, acesta se suprapune cu momentul conștientizării propriei stări de sănătate, pe care a dorit mai apoi să o mențină. Putem vorbi aici despre civilizațiile antice, unde se puneau problemele acoperirii nevoilor primare (apă, hrană, adăpost, siguranță etc.), care sunt legate de sănătate. Reguli cu privire la igienă și pentru înaintarea corectă în

vârstă au fost oferite încă de către medicul antic Hippocrates (460 î.Hr. - 370 î.Hr.), care se consideră că a pus bazele medicinei moderne, eliberând-o de superstiții și misticism [13].

Din scrierile vechilor egipteni, babilonieni și din Vechiul Testament aflăm că o serie de tehnici de promovare a sănătății erau aplicate chiar și în acele timpuri. Printre acestea se numără: existența unor sisteme de colectare a apei de ploaie sau, altfel spus, de furnizare a apei potabile în condiții de siguranță. Au existat și forme de eliminare a apelor uzate și instalații igienice făcute în pământ. Creștea accentul pus pe igiena personală. În ceea ce privește boala, cu toate că nu era pe deplin înțeleasă, se distingeau formele contagioase de boli și se utilizau primele forme de carantină. De asemenea, au apărut și restricțiile dietetice sau cele igienico-sanitare privind modul de aprovizionare sau preparare a hranei. Au evaluat reglementările privind menstruația la femei, sarcina și nașterile. În unele locuri deja existau reguli atât în ceea ce privea curățenia stradală, cât și îndepărtarea gunoiului în mod regulat. Sănătatea mintală și sănătatea spirituală (în sensul de armonie) începeau a fi susținute tot mai mult [14, pag. 1-3].

Odată cu descoperirea modului de transmitere al bolilor, apăreau tot mai multe modalități de control și prevenție, imunizarea fiind una dintre ele. Trebuie amintit și faptul că, în concepția civilizațiilor timpurii, sănătatea și religia se suprapuneau. Primele temple au reprezentat de multe ori și primele spitale. Astfel, indiferent de motivația misionarilor medicali de a contribui la redobândirea sănătății celor din jur, implicarea lor a însemnat o forță puternică în istoria medicinei, a educației pentru sănătate și a promovării sănătății.

Dezvoltarea promovării sănătății, așa cum o cunoaștem astăzi, constă în perioada revoluției industriale. Noile fabrici, noile orașe și condițiile din interiorul acestora, de cele mai multe ori fiind inumane, au condus la crearea legilor de protecție a angajaților și a programelor de lucru care să includă punctul de vedere al muncitorilor [14]. Preocuparea pentru sănătatea individuală, colectivă și publică devine vizibilă prin ascensiunea curbei speranței de viață a populației [13].

Puțin maitârziu, știința și tehnologia au avut un impact semnificativ asupra prevenției, oferind o înțelegere asupra cauzalității agenților patogeni și asupra modalităților de imunizare pentru populație. De asemenea, descoperirea efectelor dietei, a exercițiilor fizice și a efectelor abuzului de substanțe asupra dezvoltării bolilor cronice a dus la evoluția și dezvoltarea programelor de prevenție. Cu toate acestea, știința și tehnologia au contribuit mai mult la partea curativă a bolii și tulburărilor, prin diversitatea medicamentelor miraculoase specifice anumitor boli, a diferitelor terapii și intervenții chirurgicale, pe care le-au pus la dispoziție. Desigur, ascendența tehnologiei în domeniul sănătății a dus la escaladarea rapidă a costurilor. Mai apoi, menținerea costurilor accesibile pentru îngrijirile medicale pentru populație a devenit un scop pentru furnizorii acestora.

În perioada actuală, preocuparea pentru sănătate a devenit o prioritate mondială, fapt vizibil prin măsurile guvernamentale luate la nivel mondial, care au dus la coagularea eforturilor comune. Implicit, aceasta a dus la formarea Organizației Mondiale a Sănătății, preocupările căreia sunt atât managementul bolilor, cât și promovarea a sănătății prin măsuri preventive și educative. Astfel, prevenția și educația pentru sănătate devin dezideratele pentru viitorul sănătății la nivel mondial. Dacă preocupările secolelor trecute se orientau îndeosebi pe creșterea speranței de viață, ultimele decenii aduc în prim-plan îmbunătățirea calității vieții și dispersarea inegalităților sociale în materie de sănătate [13, 14].

Specialiștii în promovare și educație pentru sănătate trebuie să aibă permanent în vedere că se ocupă de prevenire a bolii și, implicit, a morții premature și, în aceeași măsură, de îmbunătățire a calității vieții. O astfel de responsabilitate necesită un angajament de a acționa în conformitate cu standardele profesiei exercitate. Totodată, pere a fi greu de spus cât de multă planificare și programare ar fi suficiente și, în mod similar, câtă implicare din partea guvernului ar fi necesară sau ar însemna prea mult. Finalitatea vieții este inevitabilă, iar prevenirea problemelor de sănătate, prin prelungirea vieții, dă naștere altor probleme asociate îmbătrânirii. Astfel, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să se concentreze asupra îmbunătățirii calității vieții, fiind tot mai frecvent promovat conceptul de a muri cu demnitate [14].

### ***1.2.1. Carta de la Ottawa***

Vorbind despre promovarea sănătății, nu putem să nu menționăm Carta de la Ottawa, semnată la 21 noiembrie 1986, în cadrul Primei Conferințe Internaționale de Promovare a Sănătății a OMS [15]. În Cartă sunt definite principiile acestui domeniu, care rămân actuale până în prezent. Scopul acestui document este de a contribui la atingerea obiectivului de sănătate pentru toți din momentul semnării până în anul 2000 și anii următori.

Această conferință a reprezentat, în primul rând, un răspuns la așteptările tot mai mari pentru o nouă mișcare de sănătate publică din întreaga lume. Discuțiile au fost focalizate pe nevoile din țările industrializate, dar au fost luate în considerare preocupările similare din toate celelalte regiuni.

În Cartă sunt definite noțiunile-cheie ale promovării sănătății. În vederea atingerii unei bunăstări fizice, mentale și sociale complete, un individ sau un grup trebuie să fie în măsură să-și identifice și să-și realizeze aspirațiile, pentru a-și satisface nevoile, și de a se adapta sau a schimba mediul său înconjurător. Sănătatea este, prin urmare, văzută ca o resursă pentru viața de zi cu zi, nu scopul vieții în sine. Aceasta reprezintă un concept pozitiv subliniind resursele sociale și personale, precum și aptitudinile fizice. Promovarea sănătății nu relevă doar domeniul sănătății: nu se limitează doar la a susține adoptarea unui stil de viață favorabil sănătății; ambiția sa fiind bunăstarea completă a individului.

În Cartă sunt descrise condițiile fundamentale și resursele pentru sănătate cum ar fi:

- ✓ condiția de pace,
- ✓ adăpostul,
- ✓ accesul la educație,
- ✓ hrană corespunzătoare,
- ✓ accesul la o sursă de venit,
- ✓ eco-sistemul stabil,
- ✓ accesul la resurse durabile,
- ✓ dreptul la justiție socială, precum și la tratament echitabil.

Toate acestea sunt indispensabile oricărui demers de ameliorare a stării de sănătate.

Carta de la Ottawa identifică trei strategii de bază pentru promovarea sănătății:

- *Pledoarie pentru sănătate*, care vizează totalitatea factorilor economici, politici, sociali, culturali, de mediu, comportamentali și biologici și are ca scop să asigure că influența acestora este în favoarea sănătății.
- *Împuternicirea persoanelor*, care să asigure egalitatea de șanse și resurse necesare pentru a le permite tuturor oamenilor să-și atingă potențialul maxim de sănătate.
- *Medierea* între diferite interese ale societății și coordonarea tuturor părților implicate în asigurarea condițiilor prealabile pentru sănătate.

În cartă sunt descrise cinci acțiuni pentru promovarea sănătății, și anume:

➤ *Elaborarea unor politici publice care favorizează sănătatea.*

Asigură includerea aspectelor de sănătate pe agenda de lucru a factorilor de decizie din toate sectoarele și de la toate nivelurile, direcționându-i spre conștientizarea consecințelor deciziilor lor asupra sănătății și spre acceptarea responsabilităților pentru sănătatea populației. Adoptarea politicilor publice care favorizează sănătatea, prin aplicarea măsurilor legislative, fiscale, de impozitare și schimbare organizațională, contribuie la asigurarea bunurilor și serviciilor mai sigure și mai sănătoase, servicii publice care favorizează sănătatea și medii mai curate și mai agreabile.

➤ *Crearea unor medii favorabile.*

Are la bază abordarea socio-ecologică a sănătății, care reflectă legătura indisolubilă între oameni și mediul lor de viață. Condițiile de viață, de muncă și de petrecere a timpului liber au un impact semnificativ asupra sănătății. Acțiunile de promovare a sănătății vizează crearea unor medii de trai și de muncă sigure, stimulante și plăcute.

➤ *Consolidarea acțiunilor comunitare.*

Promovarea sănătății presupune implicarea comunităților în stabilirea priorităților, luarea deciziilor, planificarea strategiilor și punerea lor în aplicare pentru obținerea unei stări optime de sănătate. În acest sens, este esențială împuternicirea comunităților, astfel ca acestea să fie capabile de a prelua controlul asupra deciziilor care vizează sănătatea publică și de a-și asuma responsabilitatea pentru acțiunile lor. Acest lucru necesită acces complet și continuu la informații, oportunități de acumulare de cunoștințe în materie de sănătate, precum și sprijin financiar.

➤ *Dezvoltarea abilităților individuale.*

Promovarea sănătății presupune dezvoltarea personală și socială, prin furnizarea de informații, educație pentru sănătate și îmbunătățirea abilităților de viață. În acest mod, persoanele devin mai capabile să exercite mai mult control asupra propriei lor stări de sănătate și asupra mediului lor, precum și de a face alegeri favorabile pentru sănătate. Acțiunile de dezvoltare abilităților individuale sunt facilitate și realizate în școală, familie, la locul de muncă și în comunitate.

➤ *Reorientarea serviciilor medicale.*

Sistemul de sănătate deține o responsabilitate majoră pentru promovarea sănătății. În vederea asigurării unui sistem de îngrijire care conduce spre o stare optimă de sănătate, rolul sectorului sănătății trebuie să depășească limitele de responsabilitate pentru furnizarea serviciilor clinice și curative. Serviciile de sănătate ar trebui să sprijine nevoile indivizilor și comunităților pentru o viață mai sănătoasă și să asigure cooperare eficientă între sectorul sănătății și componentele mai largi cum ar fi cele sociale, politice, economice, fizice și de mediu. Reorientarea serviciilor de sănătate necesită, de asemenea, o schimbare de atitudine și de organizare a serviciilor de sănătate, care se refocusează pe ansamblul nevoilor individului ca persoană privită din perspectivă holistică.

## *Angajamentul pentru Promovarea Sănătății*

Participanții la Conferința de la Ottawa și-au asumat un șir de angajamente printre care:

- să susțină un angajament politic clar pentru sănătate și echitate în toate sectoarele;
- să lupte împotriva presiunilor exercitate în favoarea produselor nocive, împotriva epuizării resurselor, a condițiilor și a mediilor de viață nesănătoase, a nutriției dezechilibrate;
- să-și îndrepte atenția asupra problemelor de sănătate publică, cum ar fi poluarea, riscurile profesionale, căminele și așezările;
- să combată diferențele de nivel în sănătate dintre societăți și să lupte împotriva inegalităților cauzate de normele și practicile acestor societăți;
- să recunoască oamenii ca fiind principala resursă a sănătății, să-i sprijine și să le permită să se mențină atât ei înșiși, cât și familiile și prietenii lor, sănătoși, prin mijloace financiare și alte modalități, și să accepte comunitatea ca purtător-de-cuvânt privind starea proprie de sănătate, condițiile de trai și propria bunăstare;
- să reorienteze serviciile de sănătate și resursele acestora în vederea promovării sănătății și să împartă puterea cu alte sectoare, alte discipline și, cel mai important, cu populația însăși;
- să recunoască sănătatea și menținerea acesteia ca o investiție socială și o provocare majoră și să abordeze problema ecologică globală a modurilor noastre de viață.

Conferința a lansat un îndemn către toate părțile implicate să i se alăture în acest demers, în vederea creării unei puternice alianțe în sănătate publică.

La finalul său, Conferința a adresat un apel către Organizația Mondială a Sănătății și la alte organizații internaționale pentru ca să susțină promovarea sănătății în toate forurile corespunzătoare și să

sprijine țările în stabilirea unor strategii și programe de promovare a sănătății. Conferința a susținut cu fermitate faptul că dacă oamenii din toate categoriile sociale, organizațiile non-guvernamentale și voluntare, guvernele, Organizația Mondială a Sănătății și toate celelalte organisme implicate își unesc forțele în introducerea unor strategii de promovare a sănătății, în conformitate cu valorile morale și sociale, care formează baza Cartei de la Ottawa, „Strategia de Sănătate pentru toți până în anul 2000” va deveni o realitate.

Carta de la Ottawa este expusă în integralitate în Anexa 1.

### ***1.2.2. Principiile de bază și activitățile principale în promovarea sănătății***

După conferința de la Ottawa, mulți autori s-au angajat să-i urmeze demersurile, printre care și Ashton și Seymour [16], care scot în evidență cele 5 principii de bază a promovării sănătății, evidențiate și de Carta de la Ottawa. Acestea sunt:

a) Implicarea activă a populației ca ansamblu în planificarea unor programe care favorizează zilnic sănătatea, ceea ce determină ca aceasta să fie informată. De asemenea, să se folosească strategiile preventive ecologice, prin care se dorește scăderea incidenței bolilor prin acțiunea asupra factorilor de risc.

b) Orientarea asupra cauzelor sau factorilor care influențează sănătatea: biologici, ambientali, modul de viață, serviciile de sănătate – adică asupra determinantilor sănătății.

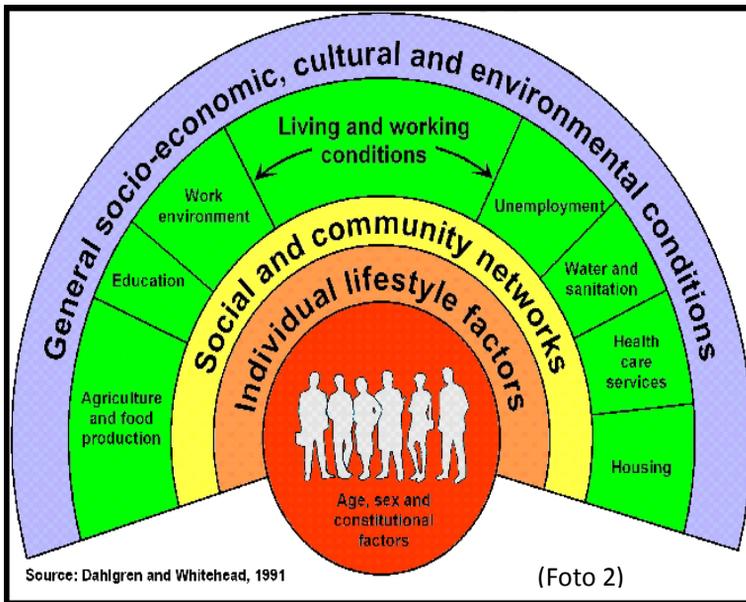
c) Folosirea unor abordări diferite, dar complementare, fiindcă doar sectorul medical nu poate să promoveze sănătatea. Acesta din urmă, fiind un domeniu multidisciplinar, cuprinde atât informarea și educarea, dezvoltarea, organizarea comunității, cât și pledoaria pentru sănătate și legislația.

d) Urmărirea participării publice, fiindcă promovarea sănătății devine posibilă doar dacă cunoștințele dobândite de către indivizi se regăsesc în comportamentele lor, astfel, contribuind la promovarea sănătății.

e) Implicarea cadrelor medicale în promovarea sănătății, îndeosebi la nivelul asistenței medicale primare.

Promovarea sănătății se adresează factorilor determinanți ai sănătății, care influențează comportamentele modificabile de risc. Acești factori sunt descriși de către autorii Dahlgren și Whitehead în 1991 [17]:

- o factorii individuali: vârsta, sexul, constituția;
- o stilul de viață;
- o factorii sociali și rețelele comunitare;
- o factorii socio-economici, culturali și condițiile legate de mediu: agricultura și producerea hranei, educația, mediul de muncă, șomajul, apa și serviciile sanitare, serviciile medicale, chestiunile legate de habitat.



**Fig. 1. Factorii determinanți ai sănătății.**

Comportamente modificabile de risc includ, de exemplu, consumul de tutun, obiceiurile alimentare nesănătoase și inactivitatea fizică, care contribuie la dezvoltarea bolilor cronice. Astfel, activitățile tipice pentru programele de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor includ următoarele [18]:

*Comunicarea:* creșterea gradului de conștientizare cu privire la comportamente sănătoase pentru publicul larg. Drept exemple de strategii de comunicare sunt anunțurile publice de servicii, târguri de sănătate, campanii mass-media și buletine informative.

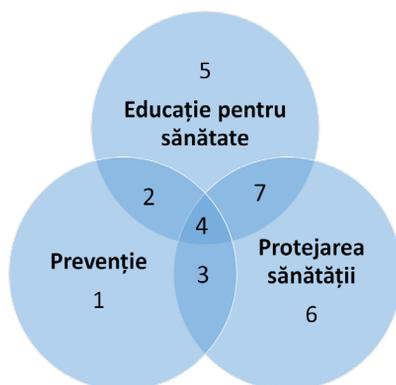
*Educația:* permite schimbarea comportamentului și a acțiunilor indivizilor prin acumularea de cunoștințe. Ca exemple de strategii educaționale sunt cursuri, training-uri și grupuri de suport.

*Politica:* reglementarea sau mandatarea activităților de către organizații sau agenții publice, care încurajează procesul de luare a deciziilor favorabile sănătății.

*Mediu:* schimbarea structurilor sau mediilor pentru a lua mai ușor decizii favorabile sănătății și accesibile populațiilor mari.

### **1.2.3. Modelul lui Downie și Tannahill**

În urma Conferinței de la Ottawa promovarea sănătății a fost recunoscută ca fiind un pilon de bază al sănătății publice și a devenit o preocupare pentru mulți autori, printre aceștia Downie și Tannahill [19], care au dezvoltat un model după care, până în prezent, se ghidează profesioniștii în promovarea sănătății.



**Fig. 2. Modelul Downie & Tannahill.**

Sursa: Adaptare după Downie, Fyfe&Tannahill [20].

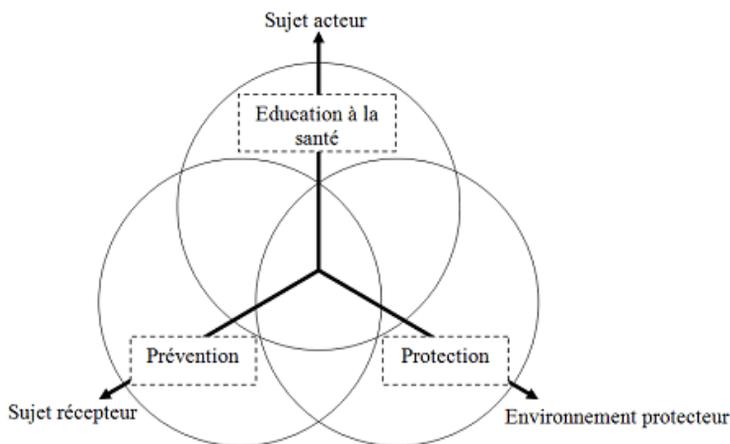
În viziunea acestor autori, promovarea sănătății cuprinde 3 domenii distincte, reprezentate sub forma unor sfere, care se întrepătrund, și anume:

- ✓ Prevenția,
- ✓ Protejarea sănătății,
- ✓ Educația pentru sănătate.

La întretăierea lor sunt diferite măsuri care sprijină domeniile principale, precum:

1. **Servicii preventive** – de exemplu: imunizările, screening-ul cervical, folosirea gumei de mestecat cu nicotină pentru renunțarea la fumat.
2. **Educație pentru sănătate preventivă** – de exemplu: informații și sfaturi referitoare la renunțarea la fumat.
3. **Protejarea sănătății prin metode preventive** – de exemplu: fluorizarea apei;
4. **Educație pentru protejarea stării de sănătate prin metode preventive** – de exemplu: grup de presiune în vederea adoptării legii pentru obligativitatea purtării centurii de siguranță.
5. **Educație pentru sănătate în manieră pozitivă** – de exemplu: dezvoltarea în rândul tinerilor a unor deprinderi de viață (abilități și comportamente) favorabile sănătății.
6. **Protejarea sănătății în manieră pozitivă** – de exemplu: politicile legate de fumat la locul de muncă.
7. **Educația pentru sănătate orientată pe protejarea sănătății în manieră pozitivă** – de exemplu: grup de presiune în vederea adoptării unor legi de interzicere a publicității pentru produsele pe bază de tutun.

În 2008, Jeanine Pommier și Didier Jourdan, experți francezi în promovarea sănătății, readaptează modelul lui Downie și Tannahill, în sensul în care în sfera *Prevenției* și în cea a *Protecției sănătății*, subiectul este *receptor*, iar sfera *Educației pentru sănătate*, subiectul devine *actor* [20].



**Fig. 3. Domeniile promovării sănătății.**

### ***1.2.4. Educație pentru sănătate versus Promovarea sănătății***

După modelul lui Downie&Tannahill, educația pentru sănătate este unul dintre pilonii de bază ai promovării sănătății și nu poate fi pusă în antiteză cu aceasta. Totuși, cele două concepte presupun activități distincte și nu pot fi văzute ca fiind interschimbabile [21].

Comitetul francez de educație pentru sănătate în februarie 2001 a prezentat publicului larg, într-o manieră foarte accesibilă, *Planul național de educație pentru sănătate*, prin care a conturat principalele misiuni ale acestuia, și anume[22]: „Educația pentru sănătate se înscrie într-o politică de promovare a sănătății, după cum este definită în Carta de la Ottawa, și reprezintă una din condițiile de reușită a măsurilor de sănătate publică: campanii de depistare, protecția mediului, ameliorarea calității și a accesibilității la îngrijire, etc. Misiunea ei constă în adresarea sa ansamblului populației în diversitatea sa. Ea îi informează și îi interpelează pe toți cei care, prin profesia lor, exercită o influență asupra sănătății la nivelul populației, datorită deciziilor pe care aceștia le iau sau a conduitelor pe care le adoptă”.

Astfel, privilegiind întotdeauna o abordare globală a chestiunilor legate de sănătate, educația pentru sănătate se realizează prin:

- *Teme diverse*: nutriția, consumul de tutun, contracepția, accidentele, vaccinurile, accesul la servicii medicale, infecțiile cu HIV, cancerul, alergiile etc.
- *Categorii populaționale*: tineri, femei însărcinate, vârstnici, persoane în situații precare etc.
- *Diverse locații*: familia, școala, cartierele, întreprinderile, spitale, închisori etc.

Programele de educație pentru sănătate cuprind 3 tipuri de acțiuni distincte, care se corelează într-o manieră coerentă și complementară, și anume:

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

Trăind într-o lume care este în permanentă mișcare, în care totul trebuie să se adapteze unor noi ordini, domeniul educației pentru sănătate trebuie adaptat noilor cerințe și acesta continuă să evolueze. Pornind de la practica centrată la nivel individual, educația pentru sănătate evoluează treptat, după modelul promovării sănătății, orientându-se spre intervențiile care vizează întregul mediu de viață al indivizilor [23].

## ***Bibliografie:***

1. *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946.* Preluat de pe Organizația Mondială a Sănătății: <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
2. Winslow, C.-E. A. *Yale School of Public Health*, 1920. Preluat de pe History of Yale School of Public Health: <http://bulletin.printer.yale.edu/htmlfiles/publichealth/history-of-the-yale-school-of-public-health.html>
3. Preluat de pe Larousse: [http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sant%C3%A9\\_publique/90008](http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sant%C3%A9_publique/90008)
4. Acheson, D. *Donald Acheson Report*. UK, 1988.
5. The American Heritage® Medical Dictionary. *Biomedicine*. 2007. Retrieved from The Free Dictionary by Farlex: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/biomedicine>
6. <https://medanth.wikispaces.com/Biomedicine>
7. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. 1986, November 21. Accesat pe: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
8. Douiller, A., & coll. *Outils pour la santé publique - 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé*. Paris: Le Coudrier, 2015.
9. Jamouille, M. (). *Les quatres secteurs de la prévention*. Universite Libre de Bruxelles, 1998, janvier: <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/prev4-fr.html>
10. Gordon, R. S. An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 1983,98(2), 107-109.
11. Coppé, M., & Schoonbroodt, C. *Guide pratique d'éducation pour la santé*. Bruxelles: De Boeck Université, 1992.
12. Michaud, C. *Rapport d'activité 2004 - CODES du Doubs*, 2005.
13. Bourdelais, P. L'histoire de la prévention: hygiénisme et promotion de la santé. În F. Bourdillon, *Traité de prévention* (pg. 9-13). Paris: Flammarion - Médecine-sciences, 2009. Preluat de pe IREPS: <http://www.irepspd.org/docs/Fichier/2015/4-150319033544.pdf>
14. Johnson, J. A., & Breckon, D. J. *Managing Health Education and Promotion Programs*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2007.
15. (). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO. 1986, November 21. Accesat la: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
16. Ashton, J., & Seymour, H. *The New Public Health: The Liverpool experience*. Milton Keynes: Open University Press, 1988.
17. Dahlgren G, Whitehead M.. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies, 1991.

18. Centers for Disease Control and Prevention. *Defining Health Promotion and Disease Prevention* . 2009. Preuat de pe *Rural Health Information Hub*: <https://www.ruralhealthinfo.org/community-health/health-promotion/1/definition>
19. Downie, R., Fyfe, C., & Tannahill, A. *Health promotion: models and values. Oxford University Press*, 1990.
20. Pommier, J., & Jourdan, D. (). *La promotion de la santé selon le modèle de Downie &Tannahill*. Preuat de pe Recherche Education: [rechercheseducations.revues.org/558?file=1](http://rechercheseducations.revues.org/558?file=1)
21. Whitehead, D. An international Delphi study examining health promotion and health education in nursing practice, education and policy. *Journal of clinical nursing*, 2008, pp.891-900.
22. L'éducation pour la sante : un enjeu de santé publique. Comité français d'éducation à la santé, 2001. Accesat la: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf>
23. Douiller, A., & coll. *Outils pour la santé publique - 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé*.Paris: Le Coudrier, 2015.

# TEORII ȘI MODELE CONCEPTUALE DE SCHIMBARE COMPORTAMENTALĂ

### 2.1. NOȚIUNI GENERALE

În acest capitol vom da o explicație conceptului de comportament uman și modului în care acesta poate fi modificat sau influențat. Pentru a înțelege mai bine cum funcționează acest proces în întregime trebuie, mai întâi, să oferim o definiție noțiunii de comportament.

**Comportamentul** este un ansamblu de nevoi, dorințe, convingeri și reprezintă o modalitate de a acționa și de a reacționa în anumite împrejurări sau situații [1]. Comportamentul se referă la acțiunile pe care le realizează un organism sau sistem, de obicei, în raport cu mediul său. Este orice tip de activitate manifestată de către un organism ca răspuns la diverși stimuli, fie de natură exterioară sau interioară.

Pentru a reuși să schimbăm comportamentele unor ființe, este nevoie să cunoaștem anumite modele teoretice, pentru a structura mai bine modalitatea prin care se va produce schimbarea.

Conform definiției lui Glanz, Lewis și Rimer, **teoria** este "un set de concepte și definiții intercorelate, care oferă o privire sistematică asupra unor evenimente sau situații prin specificarea relațiilor dintre variabile, cu scopul de a facilita înțelegerea unor evenimente sau situații" [2]. Conform autorilor, rolul teoriilor este de a simplifica și de a explica fenomenele, astfel încât acestea să capete o formă inteligibilă.

O teorie trebuie să aibă trei caracteristici principale [3]:

(1) să explice factorii majori care influențează fenomenul în discuție (ex: motivele pentru care unii oameni fac mișcare regulat și alții - nu),

(2) să explice relațiile dintre anumiți factori (ex: relațiile dintre opinii, cunoștințe, norme sociale, și comportamente, și

(3) să explice împrejurările în care aceste relații apar sau nu apar (cum, când, unde și de ce).

Termenul de **model** este o subclasă a teoriei și este definit ca fiind "o descriere ipotetică, generalizată, bazată de cele mai multe ori pe o analogie și este folosită de cele mai multe ori pentru a analiza și a explica un fenomen" [2]. Modelul poate împrumuta elemente din mai multe teorii, combinându-le pentru a înțelege o problemă particulară sau un context specific. Pe lângă teorie și model, mai avem noțiunea de **concept**.

**Conceptele** sunt principalele elemente care alcătuiesc o teorie. Atunci când multiple concepte sunt folosite pentru a construi o teorie, ele capătă denumirea de **constructe** [2]. Un exemplu practic pentru a înțelege mai bine acest fenomen este oferit de către Cotrell, care explică următoarele: "o credință personală este un concept care relaționează cu anumite comportamente de sănătate. Dacă o să folosim o teorie care să includă și conceptul credințelor personale ne va ajuta să înțelegem de ce unele persoane se tem să fie blocate într-un vehicul în flăcări în timp ce folosesc centura de siguranță. Această opinie personală este privită ca o barieră pentru folosirea centurii de siguranță. Deoarece bariera respectivă este parte a unei teorii, ea capătă caracterul de construct. Însă acest construct nu este singura barieră care îi face pe oameni să nu poarte centura de siguranță și, astfel, se vor căuta și alte constructe care pot face parte din alte teorii. Când aceste teorii sunt folosite simultan, se va naște *modelul*" [4]. Modelul va conține toate conceptele și teoriile aferente motivelor pentru care oamenii nu folosesc centura de siguranță atunci când conduc și, astfel, va oferi o imagine de ansamblu comprehensivă pentru cei care doresc schimbarea acestui comportament.

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

Importanța majoră a teoriilor și modelelor teoretice pentru domeniul de promovare a sănătății reiese din faptul că acestea oferă un cadru pentru respectarea rigorilor conceptuale. Totodată, o teorie este elementul de referință care fundamentează deciziile la toate etapele de elaborare și implementare a unui program de promovare a sănătății. Abordând aplicabilitatea practică a teoriilor în domeniul de promovare a sănătății, Rimer și Glanz au evidențiat mai multe modalități de operaționalizare a modelelor teoretice [5]. Astfel, perspectiva teoretică poate contribui la elaborarea unor programe eficiente în următorul mod:

- Teoria servește în calitate de **instrument** pentru a "depăși limitele intuiției în procesul de elaborare și evaluare a intervențiilor de promovare a sănătății", bazate pe înțelegerea comportamentului uman;
- Teoria oferă **fundamentare** pentru elaborarea și planificarea programelor, în corespundere cu imperativul actual de utilizare a intervențiilor bazate pe dovezi;
- Modele teoretice sunt utilizată în calitate de **foaie de parcurs** pentru analiza problemelor, elaborarea intervențiilor adecvate, precum și identificarea indicatorilor și evaluarea impactului;
- Perspectiva teoretică prezintă o **platformă explicativă** pentru descrierea proceselor de schimbare a comportamentelor de sănătate, precum și influența multor factori asupra acestor procese, inclusiv celor de mediu social și fizic;
- Teoria poate servi în calitate de **busolă** pentru identificarea populației-țintă, a metodelor capabile să producă schimbare și a rezultatelor care pot fi apreciate prin evaluare.

O clasificare importantă care trebuie efectuată, înainte de prezentarea teoriilor, este cea a abordărilor diferite, pe care le poate utiliza un program, menit să promoveze sănătatea și să modifice un comportament.

## 2.2. NIVELURI DE INFLUENȚĂ ASUPRA COMPORAMENTULUI UMAN

Pornind de la conceptul fundamental, precum că comportamentul persoanelor este rezultatul interacțiunii individului și a unor factori multipli de context, McLeroy [3] a identificat **cinci niveluri de influență** asupra comportamentelor de sănătate. Aceste niveluri includ:

- o factori intrapersonali sau individuali,
- o factori interpersonali,
- o factori instituționali sau organizaționali,
- o factori comunitari,
- o politici publice.

**Tabel 1. Niveluri de influență asupra comportamentelor de sănătate după McLeroy.**

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

*Sursa:* Rimer & Glanz, 2005 [5].

Deși există cinci niveluri distincte de influență asupra comportamentului, în contextul planificării programelor de promovare a sănătății acestea sunt deseori comprimate la trei niveluri – intrapersonal, interpersonal și populațional.

*Nivelul intrapersonal* reprezintă caracteristicile individuale care pot influența comportamentul uman (ex: atitudini, cunoștințe, trăsături de personalitate etc.). Nivelul intrapersonal este unul de bază în practica de promovare a sănătății și presupune explicarea și influențarea comportamentului la nivel de individ. Unitatea de schimbare este persoana, iar elementele de analiză sunt factorii intrapersonali, în special cunoștințe, atitudini, convingeri, motivație, auto-percepție, experiențe anterioare, deprinderi. Pentru teoriile nivelului intrapersonal sunt caracteristice trei aspecte transversale [5]:

- Comportamentul este mediat de caracteristici cognitive; astfel, ceea ce persoanele cunosc și gândesc influențează modul în care ele acționează.
- Cunoștințe sunt necesare, însă nu suficiente pentru a produce schimbarea de comportament;
- Percepții, motivații, deprinderi și mediul social sunt principalii factori de influență asupra comportamentului.

*Nivelul interpersonal* reprezintă grupurile de indivizi, la care persoana are acces și care îi oferă sprijin social, identitate socială și îl ajută în definirea rolurilor în care se încadrează în societate. Opiniile, comportamentul, suportul indivizilor din mediul social al unei persoane influențează percepțiile și comportamentul acesteia. La rândul său, persoana are o influență reciprocă asupra grupului de indivizi cu care comunică. Persoanele cu cea mai mare influență asupra altora sunt partenerul/partenera de cuplu, alți membrii de familie, prieteni, colegi, membrii clubului sau grupului social la care este afiliată persoana, lucrători medicali, lideri religioși.

*Nivelul populațional* se referă la procesele sau fenomenele care relaționează și produc schimbări la nivel populațional. În acest caz, comportamentul persoanelor este privit prin prisma influențelor realizate de modul în care funcționează sistemele sociale.

Fiecare nivel de influență poate determina anumite manifestări a comportamentelor de sănătate. De exemplu, în cazul unei femei care nu a efectuat mamografia pentru screening de cancer mamar [5]:

- *La nivel individual* – inacțiunea respectivă poate fi determinată de sentimentul de frică de o eventuală depistare a cancerului.
- *La nivel interpersonal* – posibil medicul de familie a neglijat să recomande efectuarea acestei investigații sau decizia persoanei a fost influențată de anumiți prieteni, care consideră că efectuarea mamografiei nu este importantă.
- *La nivel populațional* – ar putea exista anumite bariere la nivelul centrului medical, precum dificultăți la programare, din considerentul că în clinică activează doar un singur specialist, care are un program redus. Totodată, persoana poate fi din categoria celor neasigurați și nu își permite să suporte costuri pentru această investigație.

Astfel, ca o manifestare de comportament, în cazul respectiv, eșecul de a efectua mamografia poate fi rezultatul acțiunii și interacțiunii a unor factori multipli la diferite niveluri.

## **2.3. TEORIILE NIVELULUI INTRAPERSONAL**

### **2.3.1. Modelul convingerilor despre sănătate**

*Modelul convingerilor despre sănătate* sau *Modelul credințelor despre sănătate* (*Health Belief Model – eng.*) este un model creat de Victor Stretcher și Irwin Rosenstck și se bazează pe condițiile și factorii necesari pentru ca o schimbare să aibă loc [6].

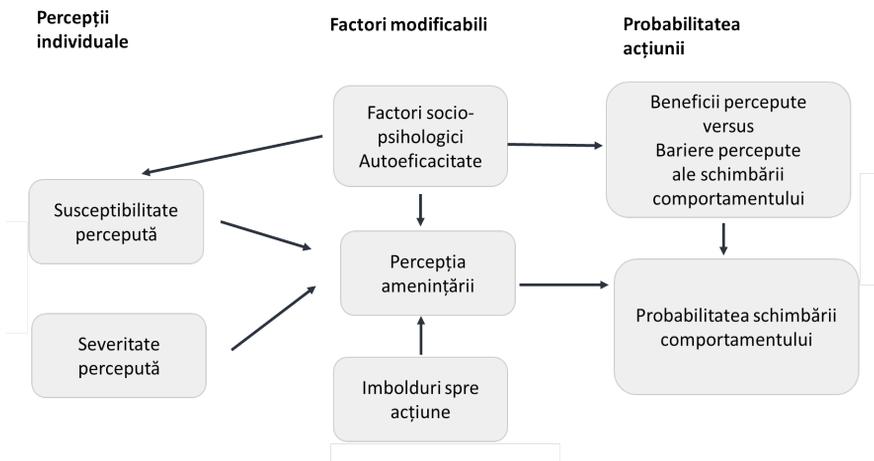
O schimbare la nivel comportamental se va produce cu condiția următorilor factori:

- *susceptibilitatea percepută* – percepția individului asupra amenințării bolii sau în legătură cu posibilitatea de a se afla în respectiva stare de sănătate;

- *severitatea percepută* – percepția individului asupra posibilelor consecințe, pe care afecțiunea respectivă le poate avea asupra sa, precum și gravitatea acestor consecințe;
- *beneficiile percepute* – conștientizarea beneficiilor pe care adoptarea comportamentului promovat le va avea asupra sănătății și a vieții individului;
- *barierele percepute* – conștientizarea barierelor existente care pot împiedica adoptarea comportamentului promovat;
- *îmbolduri spre acțiune* – presupun o serie de impulsuri care vor convinge individul să adopte comportamentul promovat;
- *autoeficacitate* – încrederea pe care individul o are în sine pentru a adopta și desfășura comportamentul promovat.

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

#### MODELUL CONVINGERILOR DESPRE SĂNĂTATE



**Fig. 4. Modelul convingerilor despre sănătate.**  
Sursa: Glanz, Rimer & Lewis, 2002 [7].

*Exemplu:*

Pentru a înțelege mai bine acest model vom oferi exemplul lui Paul, un tânăr fumător de 30 de ani, pasionat de practicarea diverselor activități sportive și care consideră că este încă prea tânăr ca să dezvolte cancer pulmonar, neavând exemple de persoane în jurul lui care suferă de așa afecțiune. Astfel, folosind modelul convingerilor despre sănătate, o intervenție menită să îl ajute pe Paul să renunțe la fumat ar trebui să îndeplinească toate condițiile enumerate mai sus.

- *susceptibilitatea percepută* – acțiunile intervenției trebuie să îl determine pe Paul să conștientizeze că și el este în pericol să dezvolte cancer pulmonar, deși nu are o vârstă înaintată;
- *severitate percepută* – acțiunile intervenției trebuie să îl convingă pe Paul de severitatea cancerului pulmonar și să îi arate cazuri de persoane diagnosticate cu cancer pulmonar în stadii diverse ale evoluției bolii;
- *beneficiile percepute* – acțiunile intervenției trebuie să îl facă pe Paul să conștientizeze că renunțarea la fumat îi va aduce beneficii pe termen lung (respirație mai ușoară, capacitate pulmonară crescută, circulația sanguină îmbunătățită, care îl vor ajuta la practicarea sporturilor preferate pentru o durată mai lungă de timp, decât în mod obișnuit);
- *barierele percepute* – acțiunile intervenției trebuie să îl informeze pe Paul că beneficiile renunțării la fumat (cele enumerate mai sus) depășesc costurile percepute (lipsa plăcerii fumatului);
- *îmbolduri spre acțiune* – intervenția propusă trebuie să creeze condițiile adoptării comportamentului de renunțare la fumat, cum ar fi enumerarea de servicii disponibile, menite să îl ajute să adopte comportamentul corect (linia *Stop Fumat*, diverse grupuri de suport etc.);
- *autoeficacitate* – acțiunile intervenției trebuie să îl convingă pe Paul că el este, în cele din urmă, responsabil pentru adoptarea comportamentului și că sănătatea lui depinde de acțiunile pe care el însuși este capabil să le întreprindă.

## 2.3.2. Teoria acțiunii motivate

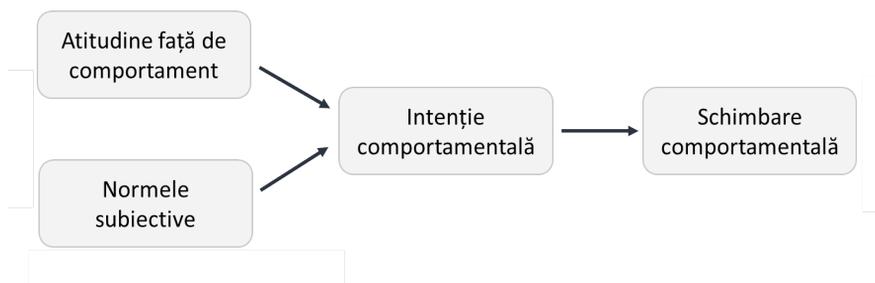
Teoria acțiunii motivate (*The Theory of Reasoned Action* – eng.) a fost dezvoltată de către Martin Fishbein și Icek Ajzen [8] și a pornit ca o teorie care dorea să explice relația dintre atitudinile persoanelor și comportamentele acestora. Această teorie este folosită pentru a explica cum oamenii vor acționa, în baza atitudinilor pre-existente și intențiilor comportamentale pe care le posedă deja. Decizia unei persoane, de a adopta sau nu un comportament, va fi bazată pe rezultatele pe care individul se va aștepta să le aibă după adoptarea comportamentului.

Teoria acțiunii motivate este folosită pentru a înțelege comportamentul voluntar al unui individ. Conform acestei teorii, intenția de a efectua un anumit comportament precede comportamentul real. Această intenție este cunoscută ca intenție comportamentală. Intenția comportamentală este un element important, deoarece această intenție are două componente:

- atitudinile față de comportament și
- normele subiective.

O atitudine este opinia unei persoane dacă un comportament este pozitiv sau negativ, în timp ce o normă subiectivă este reprezentată de o presiune socială percepută de către individ pentru a efectua sau de a nu efectua comportamentul respectiv [9].

### TEORIA ACȚIUNII MOTIVATE



**Fig. 5. Teoria acțiunii motivate.**

Sursa: Adaptată din Rimer & Glanz, 2005 [5].

*Exemplu:*

Ca să înțelegem mai bine acest model, vom aplica din nou exemplul lui Paul, un tânăr fumător de 30 de ani. Știm despre Paul că îi place mult să practice sportul. Astfel, folosind teoria acțiunii motivate, un program menit să îl facă pe Paul să renunțe la fumat trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- să creeze o atitudine pozitivă despre comportament, respectiv încetarea fumatului. Paul trebuie să perceapă beneficiile pe care abandonatul fumatului i le poate aduce (ex. faptul că va putea practica sport mai ușor) și trebuie să aibă o părere că acest comportament îi este benefic – *atitudinea față de comportament*.
- să pună accent pe persoanele din viața lui Paul, pe care acesta le respectă și care consideră că este sănătos să se lase de fumat (ceea ce îl va face pe el însuși să își asume această supoziție) – *norme subiective*.

La câțiva ani după apariția Teoriei Acțiunii Motivate, autorii au mai adăugat încă un element important și astfel a apărut *Teoria Comportamentului Planificat (Theory of Planned Behavior – eng.)* [9].

Astfel, pe lângă atitudinea față de comportament și normele subiective percepute, teoria comportamentului planificat mai include și al treilea element: *controlul comportamental perceput*. Teoria comportamentului planificat adaugă un plus valorii predictive a teoriei anterioare, cea a acțiunii motivate, pentru că include dimensiunea de control perceput asupra propriului comportament (credințele că persoana are control asupra propriului comportament).

*Exemplu:*

Luând exemplul lui Paul, pentru a ne asigura că acesta renunță la fumat, pe lângă elementele din cadrul teoriei acțiunii motivate și conform teoriei comportamentului planificat, programul nostru trebuie să mai adauge și elementul de control comportamental perceput. Astfel, programul trebuie să se asigure că Paul știe de unde poate primi ajutor pentru a se lăsa de fumat și este conștient de impactul pe care îl are personal asupra adoptării comportamentului nou.

### 2.3.3. Teoria autodeterminării

Teoria autodeterminării (*Self-Determination Theory – eng.*) este o teorie a motivației dezvoltată de către Edward Deci și Richard Ryan [10]. Conform teoriei autodeterminării oamenii sunt ghidați de motivație în acțiunile pe care le întreprind, motivație care poate să fie de două feluri: *intrinsecă* sau *extrinsecă*.

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

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

Din interacțiunea celor 2 tipuri de motivații, Deci și Ryan au descoperit că există trei nevoi de bază:

1. nevoia de autonomie,
2. nevoia de competență,
3. nevoia de relaționare.

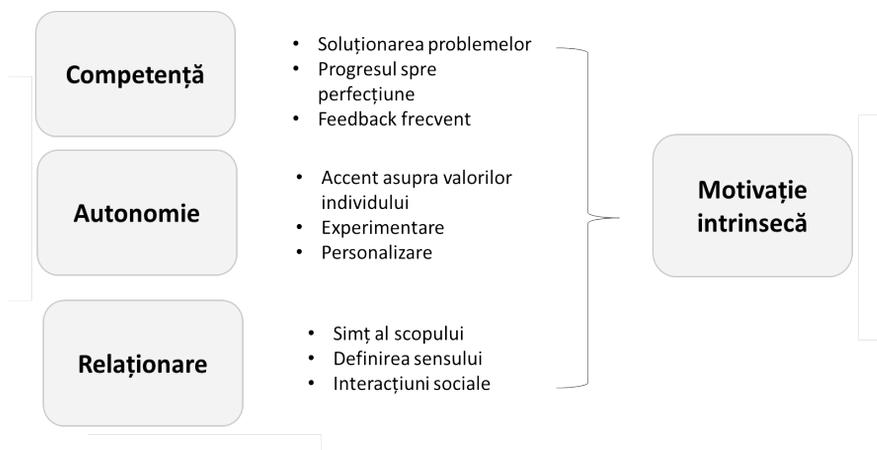
*Nevoia de autonomie* reprezintă nevoia individului de a experimenta și de acționa în conformitate cu propriile valori și interese.

*Nevoia de competență* reprezintă nevoia individului de a fi eficient, atunci când intră în interacțiune cu mediul.

*Nevoia de relaționare* reprezintă nevoia individului de a relaționa cu ceilalți indivizi din mediul său, de a fi conectat cu ei și de a avea scopuri comune.

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

## TEORIA AUTODETERMINĂRII



**Fig. 6. Teoria autodeterminării.**

Sursa: Markland & Hardy, 1997 [11].

### *Exemplu:*

Pentru a ilustra mai bine cum funcționează această teorie, vom lua din nou exemplul lui Paul. Astfel, un program menit să îl facă pe Paul să renunțe la fumat și care este bazat pe teoria auto-determinării trebuie să se asigure că:

- nevoia de autonomie este satisfăcută: programul propus trebuie să îi ofere lui Paul libertatea de a lua propriile decizii pentru a adopta comportamentul dorit (renunțarea la fumat), fără a-i încălca propriile nevoi și valori. Astfel, programul trebuie să îi ofere informații care să aibă valori împărtășite cu valorile lui Paul.
- nevoia de competență este asigurată: programul propus trebuie să îi arate lui Paul că renunțarea la fumat îi va aduce o competență mai mare în mediul său (de ex: faptul că nu mai fumează îl va face să fie mai bun la practicarea de sport și va putea participa la mai multe maratoane sau competiții).
- nevoia de relaționare este considerată: programul propus trebuie să îi arate lui Paul că renunțarea la fumat îi va

aduce beneficii în relaționarea cu ceilalți (ex: faptul că în pauzele de la muncă nu va mai ieși să fumeze, în schimb, va putea să se alăture colegilor care joacă ping-pong pentru a se relaxa).

### **2.3.4. Modelul transteoretic**

Modelul transteoretic este diferit de teoriile prezentate anterior, care se bazează pe identificarea anumitor variabile ce influențează comportamentul. Astfel, indivizii sunt plasați pe o axă a probabilității de a efectua un anumit comportament. Spre deosebire de aceste teorii, modelul transteoretic presupune mai multe stadii, în care indivizii sunt categorisiți, și o serie de condiții prin care unii indivizi pot trece de la un stadiu la altul. Astfel, sunt identificate patru caracteristici principale ale stadiilor schimbării [12]:

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

Modelul transteoretic sau *Modelul stadiilor schimbării (Stages of Change Model - eng.)* este un model elaborat de către James Prochaska [13]. Acest model separă procesul, prin care o persoană decide să acționeze, în șase stadii. Acestea sunt definite de comportamentul anterior al persoanei și de planurile de viitor cu privire la comportament.

Aceste stadii sunt:

1. *Precontemplarea* – persoana nu are nici o intenție să adopte comportamentul nou respectiv;
2. *Contemplarea* – persoana începe să se gândească la posibilitatea de a adopta/schimba comportamentul respectiv;
3. *Pregătirea* – persoana se pregătește pentru schimbarea comportamentului în viitorul apropiat;

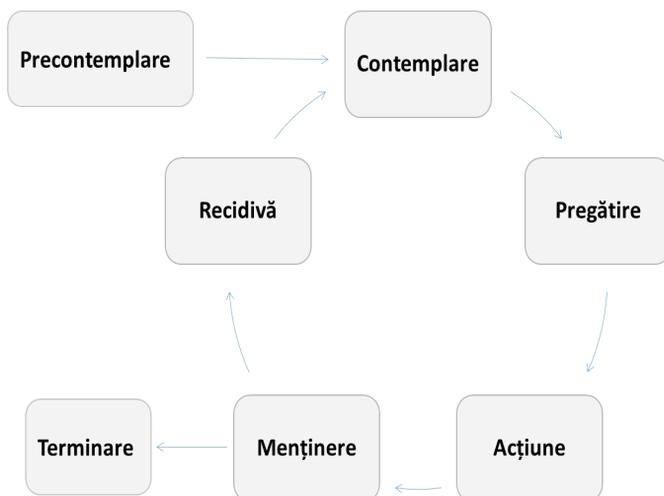
4. *Acțiunea* – persoana realizează comportamentul respectiv;
5. *Menținerea* – atingerea stabilității comportamentului și prevenirea recăderilor;
6. *Terminarea* – comportamentul dorit este adoptat în totalitate, nu există șansa recidivei.

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

- Creșterea conștiinței (*Consciousness-Raising* - eng.) – descoperirea mai multor date, informații și idei despre problemă și care să sprijine modificarea comportamentală;
- Descărcare dramatică (*Dramatic Relief* - eng.) – explorarea sau experimentarea emoțiilor negative asociate cu refuzul de a schimba comportamentul;
- Auto-reevaluare (*Self-Reevaluation* - eng.) – concluzionarea că schimbarea este o parte importantă din identitatea unei persoane;
- Reevaluarea de mediu – conștientizarea impactului negativ pe care comportamentul vizat îl are asupra mediului în care individul trăiește și a impactului pozitiv pe care comportamentul dorit l-ar avea asupra mediului;
- Eliberare socială (*Social Liberation* - eng.) – conștientizarea că societatea susține comportamentul vizat;
- Auto-eliberarea (*Self-Liberation* - eng.) – declararea unei intenții ferme de a efectua o schimbare;
- Relații de ajutor (*Helping Relationships* - eng.) – căutarea și utilizarea suportului social pentru a efectua modificarea comportamentală;
- Contra-condiționarea (*Counter-Conditioning* - eng.) – cunoașterea comportamentelor nesănătoase și căutarea de alternative pentru comportamente sănătoase;
- Management al întăririlor (*Reinforcement Management* - eng.) – întărirea recompenselor oferite pentru comportamentul vizat și reducerea întăririlor oferite pentru comportamentul negativ;

- Controlul stimulilor (*Stimulus Control* - eng.) – folosirea de memento-uri sau diverse imbolduri care să promoveze comportamentul dorit și să descurajeze comportamentul nedorit;

Studiile efectuate în domeniu arată că fiecare din procesele enumerate mai sus sunt eficiente dacă sunt folosite în anumite stadii ale schimbării [13]. Astfel, primele cinci procese, sunt folosite mai mult în stadiile de precontemplare, contemplare și pregătire, iar următoarele șase sunt folosite în stadiile acțiune și menținere.



**Fig.7. Modelul transteoretic.**

Sursa: Adaptată după Goldstain et al., în McKenzie, Neiger & Thackeray, 2009 [14].

*Exemplu:*

Vom aplica din nou exemplul utilizat până acum, cel al lui Paul, un tânăr fumător de 30 de ani, pasionat de practicarea diverselor activități sportive și care consideră că este încă prea tânăr să dezvolte cancer pulmonar, neavând exemple de persoane în jurul lui care suferă de această afecțiune. Conform modelului transteoretic, Paul se află în stadiul de precontemplare, deoarece nu are nici o intenție să adopte comportamentul respectiv (adică renunțarea la

fumat). Astfel, programul nostru de renunțare la fumat ar trebui să folosească procesele de schimbare necesare pentru ca să îl convingă pe Paul să treacă din stadiul de precontemplare în cel de contemplare (adică să îi ofere informații pentru ca să îl convingă să renunțe la fumat). În momentul în care Paul se va afla în stadiul contemplării, adică se va gândi că trebuie să renunțe la fumat, intervenția noastră trebuie să îl ducă în stadiul de pregătire (ex: să îi arate modalități prin care poate face asta, cu ce să înlocuiască comportamentul de fumat etc.). Când Paul va fi pregătit să renunțe la fumat, se va trece în stadiul acțiunii, adică Paul va renunța treptat la fumat și va înlocui comportamentul cu alte comportamente pe care le-a identificat în stadiul de pregătire. Mai apoi, programul nostru trebuie să se asigure că Paul își menține noul comportament adoptat. Modul în care programul de promovare a sănătății este construit va varia în funcție de stadiul schimbării în care persoanele vizate se află. Ultimul stadiu, cel al terminării va fi atins în momentul în care Paul nu se va mai întoarce la comportamentul de fumat și nu va exista posibilitatea pentru el de a recidiva.

## **2.4. TEORIILE NIVELULUI INTERPERSONAL**

La nivel interpersonal, teoriile comportamentale pornesc de la premisa că persoanele există în interiorul unui mediu social și sunt influențate de acesta. Mediul social include membrii de familie, colegii de lucru, prieteni, lucrători medicali, etc. Prin acțiunea sa asupra comportamentului, mediul social are impact asupra sănătății[5]. În continuare sunt prezentate teoriile axate asupra nivelului interpersonal.

### **2.4.1. Teoria social-cognitivă**

*Teoria învățării sociale* a fost dezvoltată de către Rotter și Bandura, iar în 1986 Bandura a redenumit-o ca *teoria social cognitivă*, considerând că cognițiile joacă un rol important în schimbarea

comportamentului uman [15]. Teoria social cognitivă are la bază *teoria stimul-răspuns*, însă această teorie consideră că impulsul primit de feedback nu este suficient pentru a explica întregul comportament uman. Astfel, teoria susține că întăririle sunt foarte importante în procesul de schimbare. Bandura afirmă că "factorii interni de natură personală sub forma evenimentelor cognitive, afective și biologice, tipare comportamentale și influențe ale mediului operează sub forma unor factori care se influențează reciproc"[15]. Astfel, teoria social-cognitivă pune accent pe o concepție conform căreia persoana este activă, respingând concepția ca indivizii sunt exclusiv conduși de forțe interne. Teoria afirmă că întăririle sunt ajutate în modelarea comportamentului uman de așteptările pe care individul le are despre consecințele răspunsului la stimul. Acest concept este definit de către Bandura ca fiind numit determinism reciproc.

Accentul în teoria social cognitivă este pus, în principal, pe procesele cognitive. Conceptele de competențe, scopuri și întăriri sunt elementele care stau la baza modelării comportamentale.

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

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

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

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

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

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

*Auto-întăririle* se mai regăsesc și sub numele de *autoreglare* și reprezintă alternativa în care indivizilor li se cere să își supravegheze propriul progres. Acest tip de întărire nu este neapărat necesar celor care promovează comportamentul, dar este foarte important pentru indivizi în sine, deoarece reușesc să observe singuri progresul pe care l-au făcut.

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

*Întăririle pozitive* se referă la motivarea individului după ce a efectuat un comportament, pentru a-l convinge să adopte modificarea comportamentală (ex. mama îl felicită pe fiu pentru că mănâncă sănătos).

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

Alte concepte importante în teoria social cognitivă sunt:

- o așteptările,
- o autocontrolul,
- o autoeficacitatea.

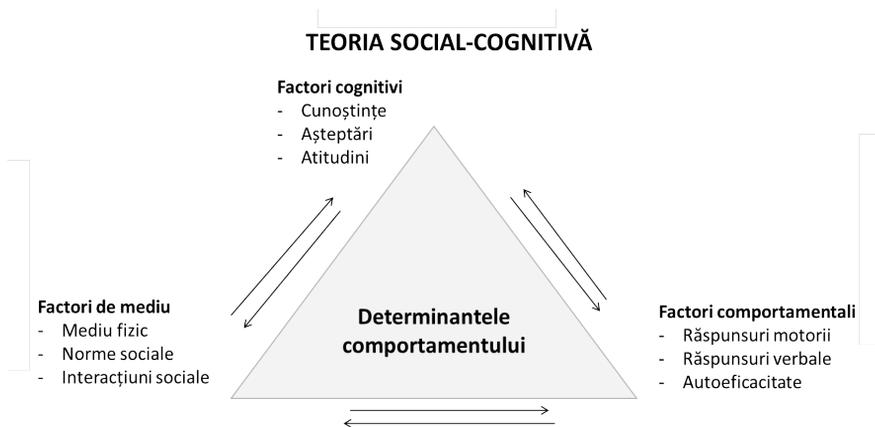
*Așteptările* sunt motorul modificării comportamentale și pe durata modificării comportamentale ocupă locul beneficiilor. Astfel, modificarea comportamentală trebuie să țină cont și de așteptările indivizilor, pentru că altfel nu poate avea loc.

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

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

Conform teoriei social cognitive, comportamentul este menținut prin experiență sau consecințe anticipate mai mult decât prin consecințele imediate. Comportamentul îndreptat către un anumit scop poate fi explicat prin standardele de performanță impuse și prin consecințele anticipate. Așadar, o persoană își stabilește mai

întâi scopuri și obiective, iar apoi recurge la judecăți evaluative relaționate cu abilitățile sale.



**Fig.8. Teoria social-cognitivă.**

Sursa: Adaptat din Wood& Bandura, 1989 [16].

*Exemplu:*

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

- *Observarea altor persoane:* Paul poate învăța un nou comportament prin observarea altor persoane, care au făcut acest lucru. Așadar, Paul trebuie expus la oameni care au renunțat la fumat și la comportamentele acestora.

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

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

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

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

## **2.4.2. Suportul social**

În cadrul promovării sănătății, un rol important îl joacă suportul social. Suportul social este definit ca o rețea de relații interpersonale care oferă persoanei sentimente de acceptare și iubire, stimă de sine și apreciere crescută, comunicare și apartenență și ajutor reciproc [17]. Sursele care pot oferi suport social sunt diverse: familia, rude, prieteni, colegi și comunitatea profesională, vecini și comunitatea de cartier, grupuri neformale (cluburi, biserică), specialiști (medici, psihologi, centre de informare etc.).

Există mai multe tipuri de suport social:

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

De asemenea, o altă distincție a fost făcută de către cercetători în ceea ce privește suportul social *perceput* și suportul social *primit* [18].

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

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

Mai mult decât atât, suportul social poate fi măsurat în termeni de *suport structural* sau *suport funcțional* [18].

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

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

Suportul social are rol protector în prevenirea îmbolnăvirilor, în recuperarea din boală, în efectul tratamentului, în reducerea mortalității și în creșterea aderenței la tratament[19].

*Exemplu:*

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

### ***2.4.3. Influența socială***

Influența socială este reprezentată de modalitățile prin care oamenii sunt afectați de presiunea reală sau imaginară pe care ceilalți o exercită asupra lor [20]. Influența socială se manifestă în toate sferele vieții cotidiene și se poate realiza de către o persoană, un grup sau o instituție. Comportamentul obținut din partea celui influențat poate fi:

- constructiv,
- distructiv sau
- neutru.

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

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

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

Paradigma co-acțiunii implică efectele celorlalți care efectuează, simultan și independent, aceeași sarcină împreună cu individul.

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

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

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

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

membrii grupului vor ajunge la un compromis, care este mai aproape de media a tuturor credințelor grupului.

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

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

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

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

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

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

## **2.5. TEORIILE NIVELULUI POPULAȚIONAL**

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

### **2.5.1. Teoria difuzării inovației**

*Teoria difuzării inovației* (*The theory of diffusion of innovations* – eng.) este o teorie dezvoltată de către Everett Rogers în 1962 prin care se încearcă să se explice cum, de ce, și cu ce viteză, ideile noi și tehnologia se răspândesc într-un sistem social [21]. Conform acesteia, orice inovație va trece printr-un proces de propagare în rândul populației, într-o anumită perioadă de timp.

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

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

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

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

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

Pentru a o inovație să fie adoptată, ea trebuie să îndeplinească anumite caracteristici. Potențialii adoptatori evaluează o inovație după:

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

În procesul de decizie asupra adoptării unei inovații există mai multe faze, și anume:

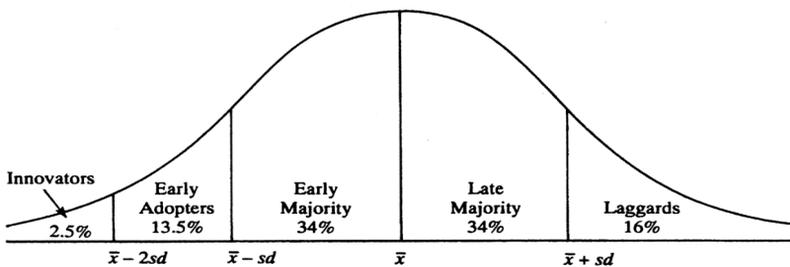
1. *Cunoașterea* – individul devine conștient că există o anumită inovație și are informații despre ea;
2. *Convingerea* – persoana își formează o atitudine favorabilă sau nefavorabilă asupra inovației;
3. *Decizia* – individul se angajează în activități care conduc la opțiunea de a adopta sau, dimpotrivă, de a respinge inovația;
4. *Implementarea* – în această fază individul utilizează inovația;
5. *Confirmarea* – individul evaluează rezultatele deciziei luate asupra inovației.

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

- *Inovatori* – sunt primii care aduc inovația în sistemul social, acceptă riscurile noii inovații, au un contact strâns cu sursele științifice și interacționează cu alți inovatori.
- *Adoptatorii timpurii*– sunt următorii care adoptă inovația, după ce o evaluează, aceștia difuzează inovația în sistem. Adoptatorii timpurii iau decizia de a adopta inovația pe baza feedback-ului oferit de inovator.
- *Majoritatea timpurie*– sunt mai lenți în procesul de adoptare și utilizează inovația după o perioadă variabilă de timp.
- *Majoritatea târzie* – sunt cei care adoptă inovația după ce majoritatea societății au adoptat deja și o fac din necesitate economică sau sub presiunea rivalilor.
- *Adoptatorii lenți*– sunt ultimii care adoptă inovația și o fac uneori cu câțiva ani după introducerea inițială, pentru a fi siguri că inovația nu va fi un eșec.

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

**Figure 7-3.** Adopter Categorization on the Basis of Innovativeness



The innovativeness dimension, as measured by the time at which an individual adopts an innovation or innovations, is continuous. The innovativeness variable is partitioned into five adopter categories by laying off standard deviations (sd) from the average time of adoption ( $\bar{x}$ ).

**Fig.9. Teoria difuzării inovației.**

Sursa: Koelen & van den Ban, 2004 [22].

*Exemplu:*

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

### ***2.5.2. Teoria capitalului social***

Termenul de capital social este folosit în mai multe domenii și are o mulțime de definiții, însă toate definițiile recunosc importanța rețelelor sociale, a reciprocității dintre ele și a modului în care aceste rețele ating scopuri comune [23].

Coleman (1988) definește capitalul social ca o formă de organizare socială, ce facilitează realizarea unor obiective care nu s-ar putea realiza în absența lui sau s-a realiza la costuri mai ridicate [24]. Capitalul social este dependent de context și ia multe forme interdependente diferite, inclusiv obligații (în cadrul unui grup), încredere, norme și sancțiuni cu presupunerea de bază că relațiile dintre indivizi sunt durabile și subiective.

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

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

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

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

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

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

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

*Exemplu:*

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

În tabelul 2 este redată sinteza teoriilor de schimbare comportamentală prezentate în acest capitol, care sunt aplicate la fundamentarea programelor de promovare a sănătății.

**Tabelul 2. Teorii de schimbare comportamentală:  
conceptele principale**

| Nivelul acțiunii      | Teorie                                | Conceptele și constructele principale   |
|-----------------------|---------------------------------------|---|
| Nivelul intrapersonal | Modelul convingerilor despre sănătate | Susceptibilitatea percepută<br>Severitatea percepută<br>Beneficiile percepute<br>Barierele percepute<br>Imbolduri spre acțiune<br>Autoeficacitate |

|                              |                            |  |
|------------------------------|----------------------------|--|
|                              | Teoria acțiunii motivate   | Atitudine<br>Norme subiective<br>Intenție comportamentală  |
|                              | Teoria autodeterminării    | Nevoia de autonomie<br>Nevoia de competență<br>Nevoia de relaționare                                       |
|                              | Modelul transteoretic      | Stadiile schimbării<br>Procese de schimbare<br>Autoeficacitate   |
| <b>Nivelul interpersonal</b> | Teoria social-cognitivă    | Determinism reciproc<br>Competențe<br>Scopuri<br>Întăriri<br>Așteptări<br>Autocontrolul<br>Autoeficacitate |
|                              | Suportul social            | Suport emoțional<br>Suport apreciativ<br>Suport informațional<br>Suport instrumental                       |
|                              | Influența socială          | Presiunea socială reală<br>Presiunea socială imaginară   |
| <b>Nivelul populațional</b>  | Teoria difuzării inovației | Avantaj relativ<br>Compatibilitate<br>Complexitate<br>Posibilitate de a testa<br>Vizibilitate              |
|                              | Teoria capitalului social  | Rețele sociale<br>Reciprocitate<br>Încredere<br>Norme sociale<br>Eficacitate                               |

Sursa: Adaptată din Fertman și Allensworth, 2010 [25].

După cum a fost menționat în deschiderea acestui capitol, modelele teoretice constituie baza conceptuală a intervențiilor de promovare a sănătății, iar importanța majoră al acestora se valorifică atunci când sunt aplicate la elaborarea și implementarea programelor. Toate conceptele teoretice sunt fezabile pentru fundamentarea proceselor

de planificare, implementare și evaluare a programelor de promovare a sănătății bazate pe dovezi. Nici una din teoriile existente nu domină și nu ar trebui să domine practicile de promovare a sănătății [5].

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

### **Bibliografie:**

1. Doron, R., & Parot, F. *Dicționar de psihologie*. București: Editura Humanitas, 2006.
2. Glanz, K., Lewis, F., & Rimer, B. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.
3. McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. An ecological perspective on health promotion programs. *History and Health Sciences*, 1988.
4. Cottrell, R., Girvan, J., & McKenzie, J. *Principles and Foundations of Health Promotion & Education*. Pearson, 2009.
5. Rimer, B. & Glanz, K. *Theory at a glance. A guide for health promotion practice*, 2nd ed. Bethesda, Maryland, US Department of Health and Human Services, 2005.
6. Strecher, V., & Reosenstock, I. The Health Belief Model. În A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus, *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pg. 113-120). Edimburgh: Cambridge University Press, 1997.
7. Glanz, K., Rimer B., Lewis, F., (Eds.). *Health behaviour and health education: Theory, research and practice*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2002.
8. Fishbein, M. A theory of reasoned action: Some applications and implications. *Nebraska Symposium on Motivation*, 1979, pp. 65-116.
9. Ajzen, I., & Fishbein, M. From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. În J. Kuhl, & J. Beckmann, *Action Control: From Cognition to Behavior*. Springer, 1985, pp. 11-39.
10. Deci, E., & Ryan, R. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press, 1985.

11. Markland, D., Hardy, L. On the factorial and construct validity of the Intrinsic Motivation Inventory: Conceptual and operational concerns. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 1997, pp. 20-32.
12. Weinstein, N., Rothman, A., & Sutton, S. Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 1998, pp.290-299.
13. Prochaska, J. Transtheoretical Model of Behavior Change. In: M. Gellman, & B. Turner, *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer, 2013, pp. 1997-2000.
14. McKenzie, J.F., Neiger, B.L., & Thackeray, R. Planning, implementing, and evaluating health promotion programs: A primer (5th ed.). San Francisco: Benjamin Cummings, 2009.
15. Bandura, A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 2001, pp.1-26.
16. Wood, R., & Bandura, A. Social cognitive theory of organizational management. *Academy of Management Review*, 14, 1989, pp.361-384.
17. Pierce, G., Lakey B., Sarason, I., & Sarason, B. *Sourcebook of Social Support and Personality*. Seattle: Springer, 1997.
18. Taylor, S. Social Support: A Review. In H. Friedman, *The Oxford Handbook of Health Psychology*. Oxford Press, 2011.
19. Coehn, S., Underwood, L., & Gottlieb, B. *Social Support Measurement and Intervention: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford, 2000.
20. Boncu, S. *Psihologia influentei sociale*. Iasi: Polirom, 2002.
21. Rogers, E. *Diffusion of Innovations, 4th Edition*. New York: The Free Press, 2010.
22. Koelen, M.A., van den Ban, A.W. Health education and health promotion. Wageningen Academic Publishers, 2004.
23. Eriksson, M. Social capital and health – implications for health promotion. *Global Health Action*, 2011.
24. Coleman, J. Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 1988.
25. Fertman, C. & Allensworth, D. (Eds.) Society for Public Health Education (SOPHE). *Health promotion programs: From theory to practice*. San Francisco, Jossey-Bass/Wiley, 2010.

# PROGRAME DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII

### 3.1. INTRODUCERE

*Programul* este un efort sistematic care își propune atingerea unui obiectiv strategic pentru soluționarea unei probleme într-un anumit domeniu [1]. Câteva elemente specifice trebuie evidențiate în această definiție. În primul rând, programul presupune eforturi sistematice și integrate. În acest sens, un amalgam de activități care se întâmplă să existe în aceleași spațiu și în același timp nu constituie neapărat un program; pentru a fi un program, aceste activități trebuie să fie legate una de alta și integrate într-un singur cadru. Totodată, un program presupune că toate elementele acestuia sunt aranjate într-un mod planificat și coerent. Programul implică atât activitățile, cât și resursele corespunzătoare pentru realizarea acestora. De asemenea, un program are o direcție bine stabilită și își propune atingerea unor obiective axate asupra problemelor identificate.

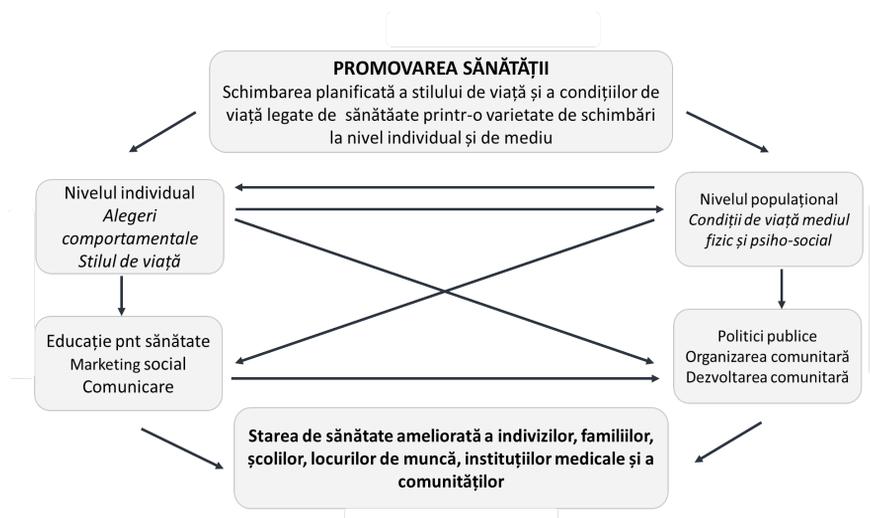
#### *Program de promovare a sănătății*

Un program de promovare a sănătății poate fi descris ca o serie de activități cu obiective fixate, care urmăresc să producă o schimbare a comportamentelor legate de sănătate și a condițiilor de viață, printr-o varietate de schimbări individuale și la nivel de mediu, într-un cadru de timp delimitat și în baza unor costuri determinate [2, 3]. Astfel, programele de promovare a sănătății reprezintă un răspuns la nivel instituțional sau de comunitate la o problemă de sănătate publică.

Programele de promovare a sănătății sunt elaborate cu scopul de a reduce proporția de populație care practică comportamente cu risc pentru sănătate sau este expusă la condiții de risc pentru sănătate și,

în mod invers, de a spori rata celor care manifestă comportamente de sănătate pozitive sau sunt expuși la condiții favorabile sănătății [2].

În acest sens, programele de promovare a sănătății presupun realizarea unor activități bine structurate și planificate care sprijină *persoanele să-și dezvolte capacitatea* de a lua decizii responsabile privind propria stare de sănătate. Totodată, programele de promovare a sănătății promovează *schimbări organizaționale, legislative, regulatorii și de mediu* la diferite niveluri administrative. Aceste două tipuri de intervenții complementare – intervenții la nivel individual și intervenții la nivel populațional – urmăresc realizarea obiectivelor specifice în relație cu ameliorarea și menținerea unei stări bune de sănătate [3]. Interacțiunea complexă dintre strategii axate asupra persoanelor și strategii care vizează nivelul populațional este redată în figura 10.



**Fig.10. Interacțiune dintre individ și mediul în contextul promovării sănătății.**

Sursa: Fertman &Allensworth, 2010 [2].

O serie de programe de promovare a sănătății sunt elaborate ținând cont de avantajele oferite de anumite contexte și medii, precum

școli, instituții medicale, locuri de muncă, comunități de a influența diferite grupuri prioritare, cum sunt copiii și tineri, persoanele din grupe de risc sau adulții.

**Boxa 1. Domenii prioritare pentru intervenții în cadrul programelor de promovare a sănătății** (prezentate în ordinea alfabetică)

Rezultatele reviuirilor sistematice realizate de *Task Force* instituit în cadrul Departamentului pentru Sănătate și Servicii Umane al SUA, au stabilit evidențe privind eficacitatea și beneficii economice a serviciilor de prevenire pentru un șir de condiții listate mai jos. Respectivul *Task Force* elaborează *Ghidul pentru serviciile de prevenire la nivel de comunitate*, care include recomandările practice bazate pe evidențe științifice, de care se conduc specialiștii din sănătate publică. Ghidul din 2015 conține 218 recomandări pentru următoarele domenii prioritare [4]:

- Activitate fizică: creștere;
- Alcool: prevenirea consumului excesiv;
- Astma: controlul;
- Bolile cardiovasculare: prevenire și control;
- Cancer: prevenire și control;
- Comunicare pentru sănătate și marketing social;
- Diabetul: prevenire și control;
- Inechitățile în sănătate;
- Malformații congenitale: prevenire;
- Nutriție: promovare;
- Obezitate: prevenire și control;
- Sănătatea adolescenților: ameliorare;
- Sănătate la locul de muncă: promovare;
- Sănătatea mentală: ameliorare;
- Sănătatea orală: ameliorare;
- SIDA, IST și graviditate la adolescențe: prevenire;
- Traumatisme rutiere: prevenire;
- Tutunul: reducerea consumului și expunerii la fumul de tutun;
- Urgențe: pregătire și răspuns;
- Vaccinare: creșterea;
- Violență: prevenire.

Reieșind din complexitatea domeniului de promovare a sănătății și numeroase opțiuni pentru intervenții, selectarea unui curs de acțiune adecvat poate fi destul de complicată și este frecvent influențată fie de considerații ideologice, fie de practici tradiționale. În același timp, există un șir de modele care pot fi folosite ca matrice pentru a ghida deciziile prin această complexitate.

Capitolul dat prezintă, într-o modalitate structurată, principalele etape în realizarea unui program de promovare a sănătății, pornind de la modele de **planificare** și o descriere detaliată a pașilor esențiali la conceperea programului. Vor fi descrise fazele de **implementare** și aspectele-cheie care pot influența succesul unui program. Totodată, vor fi prezentate tipuri și modalități de **evaluare** pentru ameliorarea performanțelor programului.

### **3.2. PLANIFICAREA PROGRAMELOR DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII**

Este o axiomă faptul că, orice intervenție are o probabilitate mai mare ca să fie eficientă atunci când este bine planificată. Planificarea presupune o serie de decizii bazate pe colectarea și analiza unui ansamblu vast de informații. Cu referire la programele de promovare a sănătății, componenta de planificare comportă mai multe semnificații. În primul rând planificare, alături de componentele de gestionare și monitorizare a programului, este de importanță majoră pentru *asigurarea calității* [5]. Dincolo de acest aspect, un șir de evoluții recente au pus în evidență importanța planificării în contextul promovării sănătății. În particular, acestea se referă la:

- o mai mare responsabilitate economică,
- o aplicarea unor abordări axate pe indicatori țintă,
- o o tendință generală pentru practica bazată pe dovezi.

Totodată, există un imperativ etic de a prezenta explicit raționamentul pentru intervenții, precum și valorile și principiile pe care acestea se bazează [6].

### ***3.2.1. Modele de planificare a programelor de promovare a sănătății***

Planificare este componenta indispensabilă a unui program de calitate în domeniul de promovare a sănătății, care asigură buna desfășurare a întregului proces de elaborare și implementare al acestuia. Planificare oferă imaginea de ansamblu a ceea ce urmează de realizat și unde se intenționează să se ajungă. Ea oferă o claritate despre *rezultatul* care se dorește și *calea* care va fi urmată pentru a-l obține.

În toate cazurile, indiferent de amploarea programului, este necesar a lua decizii privind obiectivele programului, actorii care trebuie implicați, persoanele care vor fi ținta intervențiilor, strategiile pentru acțiuni, modalitatea de organizare a activităților și planul de evaluare [7]. Elementele respective sunt structurate prin aplicarea modelelor de planificare.

*Modele de planificare* reprezintă o matrice care oferă structura și organizarea întregului proces de elaborare a programului. În domeniul de promovare a sănătății sunt cunoscute și descrise mai multe modele de planificare, care se deosebesc sub aspect de conceptualizare a componentelor de bază, selectarea elementelor centrale, gradul de complexitate a modelului și relevanță pentru anumite scopuri [3, 7].

Nici unul din modele nu este perfect; de obicei, la elaborarea unui program se combină elemente din diferite modele.

În esență, principiile fundamentale aplicate la elaborarea diverselor modele sunt foarte similare. Deși aplică terminologie diferită, majoritatea modelelor au în structură cinci elemente de bază, care au fost sintetizate de James F. McKenzie în ***Modelul generalizat de planificare a unui program*** [8]:

- 1) *Evaluarea necesităților* – sunt diagnosticate și analizate problemele majore în populația de interes și relația acestora cu sănătate.
- 2) *Stabilirea scopurilor și a obiectivelor* – formularea rezultatelor care urmează să fie atinse în cadrul programului.

- 3) *Elaborarea intervențiilor* – selectarea activităților care urmează să fie realizate.
- 4) *Implementarea intervențiilor* – punerea în aplicare a activităților planificate.
- 5) *Evaluarea rezultatelor* – aprecierea succesului activităților implementate.

Înainte de a descrie fiecare fază a procesului de planificare, prezentăm criteriile generale aplicate la selectarea modelelor de planificare, precum și cele mai cunoscute modele de planificare folosite mai frecvent de specialiștii în promovarea sănătății.

#### Modelul generalizat pentru planificarea programelor



**Fig. 11. Modelul generalizat pentru planificarea programelor.**

*Sursa:* McKenzie, Neiger & Thackeray, 2009 [8].

James F. McKenzie a definit trei criterii care caracterizează procesul de planificare a programelor [8], cunoscute ca **Trei F:**

- *Fluiditate,*
- *Flexibilitate,*
- *Funcționalitate.*

Aceste trei criterii au fost propuse pentru a servi ca repere la selectarea modelului adecvat pentru un anumit program, precum și la aplicarea modelelor în practică.

*Fluiditatea* caracterizează aspectul succesiv al procesului de planificare și sugerează că etapele de planificare a unui program reiese una din alta. Nu este critic cazul când unul din elementele

lanțului se omite, însă întregul proces poate eșua atunci, când o serie de etape sunt realizate fără respectarea succesiunii. Succesiunea logică a etapelor este reprezentată de *modelul generalizat* pentru planificarea programelor. De exemplu, un grup de lucru care planifică un program de promovare a sănătății nu poate elabora scopul și obiectivele, înainte de a realiza o analiză situațională și a identifica problema prioritară de sănătate existentă în populația respectivă.

*Flexibilitatea* semnifică faptul că procesul de planificare a programului se ajustează în conformitate cu nevoile părților interesate. De obicei, planificarea suferă anumite modificări, pe măsura desfășurării procesului, fiind influențată de diverse circumstanțe. De exemplu, în cazul unei epidemii de gripă, se impune o analiză foarte rapidă a situației și toate etapele de evaluare sunt realizate în varianta expres. În anumite circumstanțe, respectarea strictă a modelului poate genera frustrare din partea partenerilor și determină obținerea unor rezultate sub limita așteptărilor.

*Funcționalitatea* se referă la faptul că rezultatul planificării sunt indicatorii mai buni de sănătate și nu elaborarea planului în sine. Orice model este doar un instrument pentru a servi specialiștilor din sănătatea publică în realizarea sarcinilor – de a fortifica sănătatea și a reduce nivelul de morbiditate și mortalitate în populație.

În continuare, sunt prezentate câteva modele proeminente, care sunt mai acceptate și utilizate mai frecvent la elaborarea programelor de promovare a sănătății.

### **Modelul PRECEDE/PROCEED**

Modelul PRECEDE/PROCEED este un instrument pentru elaborarea programelor de sănătate publică dezvoltat de Green și Kreuter [2]. Este un model de planificare, nu este o teorie. Respectiv, acesta nu prezice, nici nu explică factorii asociați anumitor probleme de sănătate, dar oferă un cadru pentru identificarea strategiilor de intervenție pentru abordarea acestor factori. Modelul PRECEDE/PROCEED este orientat în mare parte asupra comportamentului și scoate în evidență trei categorii de factori, care influențează comportamente de sănătate:

- factori predispozanți,

- factori favorizanți,
- factori de consolidare.

Un alt aspect distinctiv al modelului PRECEDE/PROCEED este implicarea activă a comunității în procesul de planificare. Aceasta asigură obținerea suportului pentru deciziile ulterioare, privind implementarea programului, și determină succesul în obținerea schimbărilor propuse.

Modelul PRECEDE/PROCEED include opt faze care ghidează specialiștii în procesul de planificare a programului [9].

Partea de **PRECEDE** a modelului (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructus in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation* – eng.) se axează asupra componentei de diagnostic și este bazată pe premisa că, similar unui diagnostic clinic care precedă un tratament, un diagnostic educațional și de mediu ar trebui să precedă planul intervențional în cazul programului de promovare a sănătății.

Partea **PROCEED** (*Policy, Regulatory, and Organizational Constructus in Education and Environmental Development* – eng.) se referă la implementare și evaluare, fiind axată asupra factorilor de mediu ca determinanți ai sănătății și a comportamentelor legate de sănătate.

**PRECEDE** include 4 faze consecutive:

**Faza 1: Diagnostic social** – presupune identificarea problemelor sociale, care afectează calitatea vieții persoanelor din comunitate, identificarea priorităților percepute la nivel de comunitate. Este realizat, de obicei, prin organizarea discuțiilor de grup, focus grupuri, interviuri informative, observație participativă, sondaje de opinie.

**Faza 2: Diagnostic epidemiologic** – include identificarea unor probleme de sănătate care contribuie, în modul cel mai direct, la schimbarea dorită de comunitate, identificarea priorităților și stabilirea scopurilor și a obiectivelor programului. Se realizează prin analiza secundară a datelor sau colectarea anumitor indicatori epidemiologici din comunitatea respectivă (indicatori de mortalitate, morbiditate, dizabilitate, etc.).

**Faza 3: Diagnostic educațional și de mediu** – identifică trei grupuri de factori, care influențează comportamentul: factori predispozanți, factori de consolidare și factori favorizanți.

*Factori predispozanți*, care motivează sau oferă un motiv pentru comportament, se referă la: variabile demografice (vârsta, sexul, grupul etnic, stare civilă), nivelul de cunoștințe (de ex., cunoștințe privind modul de transmitere a infecției HIV/SIDA; importanța alăptării pentru sănătatea copilului și a mamei; efectele activității fizice asupra nivelului glicemiei) și atitudini și convingeri (riscul perceput, stereotipuri, severitate percepută, barierele percepute).

*Factori (de)favorizanți*, care permit persoanelor să acționeze în conformitate cu predispozițiile acestora, pot influența comportamentul prin disponibilitatea resurselor (disponibilitatea zonelor de recreere, distribuirea prezervativelor, amplasarea punctelor de alimentare de genul *fast food*), accesibilitatea resurselor (accesul la servicii medicale, la surse de apă și sanitație, la transport) și costuri (prețul la țigări, plata pentru servicii medicale).

*Factori de consolidare*, care devin importanți după ce schimbarea de comportament a fost inițiată, influențează anumite comportamente prin recompensă sau descurajare (influența din partea semenilor, a părinților, persoanelor cu autoritate, norme sociale și valori culturale).

În faza 3 a modelului PRECED/PROCEEDE, specialiștii aplică teoriile de nivel intrapersonal, interpersonal sau comunitar (vezi capitolul II), pentru a atribui determinantele de comportament la un anumit grup de factori și să selecteze acei factori, asupra cărora se va axa programul. Deoarece fiecare categorie de factori necesită intervenții diferite, clasificarea acestora ajută specialiștii să determine cum să abordeze nevoile comunității.

**Faza 4: Diagnostic administrativ și de politici** – presupune identificarea de politici, resurse și context organizațional, care pot împiedica sau facilita implementarea programului. La această etapă este evaluată disponibilitatea resurselor, inclusiv celor de personal și timp, necesare pentru punerea în aplicare a programului. Totodată, este elaborat bugetul estimativ al programului și cadrul de timp pentru implementare.

**PORCEED** include 4 faze consecutive:

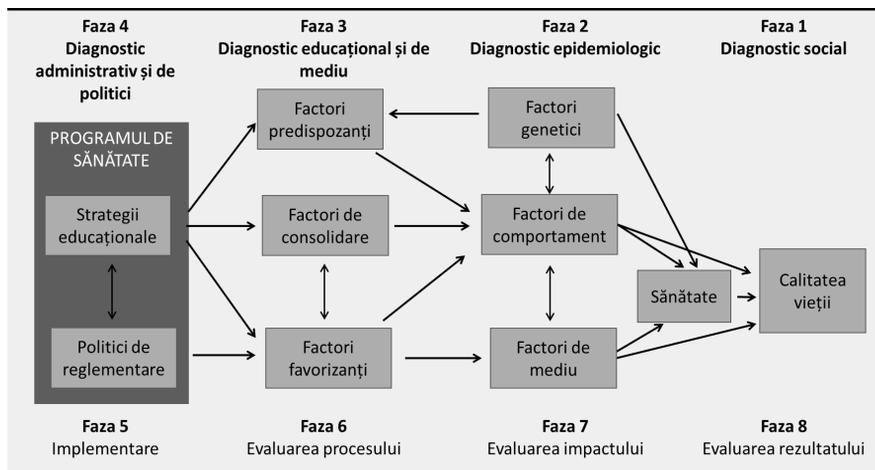
**Faza 5: Implementarea programului** – este realizată în conformitate cu planul stabilit în faza precedentă.

**Faza 6: Evaluarea procesului** – determină în ce măsură punerea în aplicare a programului a fost în conformitate cu plan. Se evaluează:

- nivelul de acoperire (dacă programul a ajuns la populație țintă),
- prestarea serviciului (dacă activitățile programului au fost desfășurate, precum a fost planificat),
- folosirea resurselor (resursele umane și financiare cheltuite la realizarea programului),
- nivelul de satisfacție ca urmare a activităților programului.

**Faza 7: Evaluarea impactului** – se realizează îndată după finisarea programului și determină schimbarea factorilor care influențează probabilitatea producerii schimbării la nivel de comportament sau de mediu (se apreciază schimbarea nivelului de cunoștințe, atitudinii, comportamentului, precum și a mediului).

**Faza 8: Evaluarea rezultatului** – este efectuată la o distanță de timp, după finisarea programului. Se determină dacă intervenția a influențat starea de sănătate și indicatorii de calitate a vieții.



**Fig.12. Modelul de planificare PRECEDE/PROCEED.**

Sursa: Green&Kreuter, 1991 [2].

**Modelul MATCH ( Multilevel Approach to Community Health / Abordare Multinivel a Sănătății în Comunitate)**

Modelul MATCH prezintă o perspectivă ecologică de planificare, care recunoaște că strategiile de intervenție trebuie să abordeze mai multe niveluri de influență. Este un model care pune în evidență implementarea programului [10]. Autorii modelului recomandă aplicarea acestuia în situațiile în care factorii de risc comportamentali și de mediu sunt, în general, cunoscuți și atunci când au fost stabilite prioritățile pentru acțiune. Modelul MATCH este compus din cinci faze, care sunt subdivizate în mai mulți pași.

**Tabelul 3. Fazele Modelului de planificare MATCH**

| Faza                                  | Pașii  |
|---------------------------------------|--|
| <b>1. Selectarea scopului</b>         | <p>1. Indicatorii de sănătate sunt selectați și prioritizați, reieșind din importanța lor (prevalența problemei de sănătate, severitatea problemei de sănătate), potențialul de schimbare, disponibilitatea resurselor. Sunt stabilite obiectivele de sănătate.</p> <p>2. Populația cu cel mai înalt nivel de risc este identificată.</p> <p>3. Sunt selectate comportamentele relevante pentru obiectivele de sănătate; sunt stabilite obiectivele de comportament.</p> <p>4. Sunt identificați factori de mediu relevanți pentru obiectivele de sănătate, obiectivele de mediu sunt stabilite.</p> |
| <b>2. Planificarea intervențiilor</b> | <p>1. Sunt identificate țintele principale pentru intervenție – persoanele care dețin un anumit nivel de control asupra comportamentelor sau factorilor de mediu în relație cu obiectivele de sănătate.</p> <p>2. Obiectivele pentru intervenție sunt stabilite.</p> <p>3. Este creat cadrul de intervenție, inclusiv variabilele și constructele teoretice.</p> <p>4. Sunt identificate strategiile de intervenție, de ex.: pledoarie, comunicare, sesiuni educaționale.</p>  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>3. Elaborarea programului</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Componentele programatice majore sunt identificate.</li> <li>2. Curricule sunt create.</li> <li>3. Planurile pentru lecții sunt elaborate.</li> <li>4. Resursele și materialele sunt colectate.</li> </ol>   |
| <b>4. Pregătirea implementării</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Este stabilită o structură de suport, inclusiv pledoarie la nivel de comunitate, suport din partea părților interesate, promovarea programului către populație.</li> <li>2. Personalul care va implementa programul este instruit.</li> </ol>  |
| <b>5. Evaluare</b>                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Este realizată evaluarea de proces, inclusiv fezabilitatea, acceptabilitatea, impactul asupra rezultatelor.</li> <li>2. Este realizată evaluarea de impact, inclusiv schimbări la nivel de mediu, comportament, variabile teoretice, variabile cognitive, precum cunoștințe și atitudini.</li> <li>3. Este realizată evaluarea rezultatelor, cu aprecierea schimbărilor în starea de sănătate..</li> </ol> |

*Sursa:* Adaptat din Fertman& Allensworth, 2010 [3].

### ***3.2.2. Evaluarea necesităților în elaborarea unui program***

După cum a fost menționat mai sus, majoritatea modelelor de planificare includ în structura sa elementele comune care sunt aplicate în mod obligatoriu, într-o modalitate sau alta, la elaborarea unui program de promovare a sănătății (vezi Modelul generalizat de planificare). În continuare, prezentăm descrierea acestor componente generice a unui proces de planificare.

*Evaluarea necesităților* reprezintă punctul de plecare în procesul de elaborare a unui program. Această etapă presupune realizarea

unei analize a situației actuale, sub aspectul problemelor de sănătate și a posibilităților pentru abordarea acestor probleme. De asemenea, sunt examinați factori care pot favoriza sau împiedica implementarea programului. Scopul acestei etape este obținerea datelor pentru deciziile privind scopul programului, obiectivele, grupul țintă (etapa 2 a procesului de planificare), selectarea strategiilor și activităților adecvate pentru realizarea scopului (etapa 3 a procesului de planificare). Este imposibil a elabora decizii bune de planificare fără a dispune de date și informații de calitate.

În practică, deseori specialiștii aruncă o privire rapidă asupra problemei și se axează imediat asupra activităților și intervențiilor de soluționare. Prin asemenea abordare, "întrebarea *cum* domină întrebarea *de ce*" [7]. Totodată, rezolvarea eficientă a problemei necesită să cunoaștem *de ce* problema există și care sunt *cauzele* acestei probleme. În caz contrar, intervențiile noastre vor fi axate asupra simptomelor și nu asupra cauzelor problemei, ceea ce va împiedica obținerea rezultatelor durabile.

La această etapă, este recomandată implicarea largă a părților interesate pentru a identifica potențialii susținători și oponenți a programului propus spre elaborare. În mod ideal, toate părțile interesate sunt implicate prin intermediul unor interviuri sau discuții în grupuri mici, pentru a oferi răspunsuri cu referire la problemele și oportunitățile existente. De asemenea, atragerea părților interesate în procesul de colectare/interpretare a datelor și identificare a priorităților asigură caracterul participativ și determină obținerea angajamentului pentru susținerea programului în faza de implementare.

Diferite surse și diferiți autori pledează pentru termeni variați, cu referire la prima fază a procesului de planificare, între care există și anumite diferențe semantice. Astfel, fiind descrisă cu termenul de *evaluare a necesităților*, analiza este centrată în special asupra nevoilor, problemelor și altor aspecte negative, fără a identifica careva oportunități, ce ar putea fi antrenate în realizarea programului. Pentru a evita această eroare comună, unii autori (Koelen & van den Ban) aplică asemenea termeni precum *diagnosticul* [7] sau *analiza situațională* (Universitatea din Toronto) [6].

Spre deosebire de *evaluarea necesităților*, o evaluare de tip *analiza situațională* ia în considerare și punctele forte și oportunitățile existente în comunitate. În contextul acțiunilor de promovare a sănătății, analiza situațională presupune, de asemenea, examinarea condițiilor sociale și de mediu, precum și a determinantelor sănătății.

### **Boxa 2. Evaluarea necesităților versus Analiza situațională.**

Exemplu ce urmează oferă o descriere a diferențelor de abordare [11].

În urma analizei indicatorilor de morbiditate și mortalitate, realizată în comunitatea X, a fost determinat că bolile cardiovasculare și cancerul sunt probleme prioritare de sănătate. O analiză mai detaliată, sub aspectul factorilor de risc, a demonstrat că în comunitate se înregistrează prevalența înaltă a fumatului și rata joasă de activitate fizică; membrii comunității au un venit redus, au locuințe prost întreținute, au o rată înaltă a șomajului și dispun de foarte puține arii de recreere.

*Evaluarea necesităților* a identificat că comunitatea necesită îmbunătățirea condițiilor de trai și de recreere și implementarea programelor de renunțare la fumat.

*Analiza situațională* depășește limitele acestor constatări, prin identificarea oportunităților existente în comunitate. Astfel, datele colectate prin *analiza situațională* demonstrează că comunitatea posedă un capital social bogat, precum experiența în campanii de pledoarie, programe active de voluntariat, un festival de angajare organizat în comunitate la fiecare trimestru.

Toate aceste aspecte considerate împreună pot schimba esențial direcția de elaborare a unui program de promovare a sănătății, precum și nivelul de considerare și implicare în proces a membrilor comunității.

*Cum se realizează evaluarea necesităților.*

Evaluarea necesităților se realizează în 4 pași de bază [3]:

- 1) identificarea întrebărilor-cheie,
- 2) colectarea datelor,
- 3) analiza datelor,
- 4) prezentarea rezultatelor.

### **Pasul 1: Identificarea întrebărilor-cheie**

Inițial, este important a determina ce se dorește a cunoaște. Este recomandat de început cu următoarele trei întrebări:

- *Care este situația?*
- *Care factori îmbunătățesc sau înrăutățesc situația?*
- *Care intervenții și acțiuni pot fi realizate pentru a influența situația?*

Fiecare din acestea întrebări pot genera un șir de alte întrebări mai specifice pentru a ghida desfășurarea în continuare analizei de evaluare a necesităților. De asemenea, la această etapă urmează să fie selectată una sau mai multe teorii aplicate în științele sociale (prezentate și discutate în Capitolul II), care sunt relevante problemei abordate.

În continuare, sunt identificate variabilele corespunzătoare teoriilor în cauză și se elaborează întrebări de cercetare, care să genereze datele privind factorii ce influențează comportamentul care se dorește să fie influențat.

**Boxa 3. Trei blocuri de întrebări la evaluarea necesităților [6].**

***Care este situația?***

- Care este impactul situației curente asupra manifestărilor de sănătate, calității vieții sau altor costuri din partea societății?
- Care grupuri sunt cele mai afectate, cine prezintă riscul sporit?
- Cum este percepută situația de populație și autoritățile publice?
- Care contexte sau situații prezintă riscul sporit sau, din contra, oferă oportunitate pentru intervenții?
- Cum autoritățile locale și alți actori percep situația? Care sunt capacitățile acestora de a acționa? Care le sunt interesele, mandatele și activitățile curente?
- Care soluții sunt susținute de membrii influenți din comunitate și de ce?

***Care factori îmbunătățesc sau înrăutățesc situația?***

- Care comportamente legate de sănătate influențează situația/probleme de sănătate identificate?
- Care sunt cauzele ce determină asemenea comportament, ce îi face pe oamenii să se comporte în asemenea mod?
- Ce tendințe de ordin politic, economic, de mediu, social și tehnologic influențează situația?

- Există factori protectivi prin care situația poate fi evitată sau atenuată?
- Care sunt punctele tari și punctele slabe ale organizației evaluate, care pot determina cursul de acțiune?

***Care sunt acțiunile posibile pentru abordarea situației?***

- Ce realizează alte organizații, în prezent sau în trecut, pentru abordarea unei asemenea probleme?
- Ce politici și programe au fost elaborate sau implementate pentru abordarea unei asemenea probleme?
- Care dovezi există pentru a susține diferite opțiuni de intervenții?

***Pasul 2: Colectarea datelor***

Există o abundență de surse foarte diferite ce pot fi accesate pentru colectarea datelor, iar identificarea datelor de o relevanță maximă presupune un anumit nivel de profesionalism. În cazul dat, datele relevante sunt cele, care sunt cât mai aplicabile pentru programul preconizat și care vor servi cel mai bine pentru a identifica adevăratele nevoi ale populației-țintă. Totodată, este important ca nivelul datelor să corespundă nivelului programului în elaborare. De exemplu, la elaborarea unui program național vor fi explorate sursele de date a instituțiilor și agențiilor care dispun de date la nivel republican.

Când se elaborează un program la nivel local, este preferată obținerea datelor pentru raionul sau localitatea de interes. În cazul când datele de nivel local nu sunt disponibile, sunt aplicate datele de nivel național, regional sau raional, cu anumite ajustări, pentru a caracteriza situația la nivelul localității de interes.

Sunt determinate două tipuri de date aplicate pentru evaluarea necesităților: *datele primare* și *datele secundare*.

*Datele primare* sunt colectate, în mod special, pentru a răspunde la întrebări specifice legate de analiza situațională în cauză. Metodele de colectare a datelor primare presupun interacțiunea directă a celor care colectează datele, cu cei de la cine datele sunt obținute. Acestea includ interviuri, chestionare, focus grupuri, etc.

*Datele secundare* sunt colectate de alte entități (de ex.: agențiile publice, instituții de cercetare, organizații partenere) și disponibile imediat pentru utilizare. Avantajul major în utilizarea datelor secundare este faptul, că acestea deja există și, astfel, timpul de colectare este foarte redus. De asemenea, cheltuielile aferente accesării datelor secundare sunt minimale [3].

Ambele avantaje menționate sunt importante, considerând constrângerile de timp și de bani existente la etapa de planificare. Totodată, dezavantajul folosirii datelor secundare este faptul că informația obținută poate să nu reflecte adevăratele nevoi a populației țintă, fiind mai puțin adecvată, după mai multe aspecte, precum:

- modul cum au fost colectate datele,
- când acestea au fost obținute și de la cine,
- care variabile au fost considerate.

Datele primare posedă avantajul de a răspunde direct întrebărilor care sunt adresate specific populației-țintă. Totodată, colectarea datelor primare implică costuri financiare și de timp.

De obicei, identificarea răspunsurilor la întrebările-cheie, stabilite pentru evaluarea necesităților, începe cu consultarea surselor de date secundare. Ulterior, pentru a completa informațiile care lipsesc, se aplică metodele de colectare a datelor primare [8]. Deseori, datele secundare disponibile sunt doar date cantitative și, în acest caz, este foarte util de colectat datele primare calitative, care oferă anumit substrat și explicații a valorilor obținute. De exemplu, datele secundare au relevat situația de aplicare redusă a testului de screening la cancer cervical (date cantitative). Pentru a elabora un program în vederea creșterii utilizării serviciilor de screening, este necesar a colecta anumite date primare, care să ofere informații explicative de ce serviciul respectiv nu este utilizat (datele calitative).

Există modalități diferite pentru colectare datelor, fiecare având anumite avantaje comparative. De exemplu, sursele publicate oferă o perspectivă largă asupra programelor care sunt aplicate în diverse regiuni. Metodele consultative, precum sunt focus grupurile, pot oferi informații de valoare specifice pentru contextul și comunitatea

vizată. Cunoașterea diferitor tipuri de date, a metodelor de colectare a datelor și a diverselor surse de date permite folosirea complementară a acestora pentru o abordare comprehensivă a problemei.

**Boxa 4. Colectarea datelor pentru evaluarea necesităților [6].**

***Tipuri de date***

- Indicatorii stării de sănătate.
- Datele cantitative din sondaje.
- Studii de caz din comunitate.
- Rezultatele evaluărilor.
- Rezultatele cercetărilor.
- Datele de cost-beneficiu.
- Ghiduri și recomandări practice.
- Documente relevante activității părților interesate (mandate, agende, politici, ghiduri etc.).

***Metode de colectare a datelor***

- Consultări cu părțile interesate (interviuri, focus grupuri, forumuri, etc.).
- Sondaje.
- Căutarea în literatură de specialitate (sursele publicate și nepublicate, studii și revii analitice, revizuirea documentelor interne etc.).
- Studiarea seturilor de date disponibile (raporturile autorităților, instituțiilor, statistici oficiale etc.).

***Sursele de date***

- Agenții/instituții publice.
- Cercetători.
- Centrele de resurse.
- Organizațiile societății civile.
- Liderii de comunitate.
- Sectorul privat.
- Alte părți interesate.

***Pasul 3: Analiza datelor***

Volumul de date, colectate de la diferite autorități, din literatură și din alte surse disponibile pentru evaluarea necesităților, poate fi

unul imens. Provocarea majoră, la această etapă, este a transforma plenitudinea datelor extrase din diferite surse în mesaje și informații cu sens pentru programul prevăzut.

Ca prim pas, poate fi realizată o triere a datelor acumulate cu atribuirea acestora către întrebările generale și specifice formulate la prima etapă. Unele sugestii pentru organizarea datelor acumulate includ:

- Se pune accentul asupra 20% din date, care includ 80% din cele mai importante constatări;
- Aranjarea datelor reieșind din importanța relativă a sursei și folosirea în mod prioritar a celor din top-ul listei;
- Organizarea datelor în tabele și figuri pentru prezentarea vizuală a informației;
- Sistematizarea datelor cu aplicarea unor instrumente, precum SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* – eng.) sau PEEST (*Political, Economic, Environmental, Social and Technological* – eng.).

Analiza datelor obținute presupune, de asemenea, **selectarea priorităților**[7, 8]. Un prim produs al analizei necesităților este lista problemelor de sănătate în populația studiată. Totodată, un program de promovare a sănătății nu poate aborda totalitatea problemelor existente. Respectiv, identificarea problemelor de sănătate trebuie să fie urmată de ierarhizarea acestora și selectarea priorităților.

Ierarhizarea priorităților poate fi realizată prin diverse modalități, care variază de la un simplu clasament realizat de un grup de reprezentanți ai autorităților, până la aplicarea unor procedee mai complexe. O modalitate, utilizată frecvent, constă în compararea problemelor identificate după anumite criterii prestabilite, precum [8]:

- *Importanța problemei*– care este evaluată prin indicatori de prevalență și incidență, nivelul de incapacitate și invaliditate determinat de condiția patologică respectivă, nivelul de mortalitate, decesele premature, decesele evitabile, impactul asupra sistemului de sănătate și asupra familiei, societății. Se obține răspunsul la întrebarea: *Care este cea mai urgentă necesitate?*

- *Capacitate de intervenție*– care este determinată de nivelul de cunoștințe privind etiologia sau factorii de risc, existența metodelor de prevenție primară, secundară, terțiară, metode și tehnologii de tratament. Se răspunde la întrebările: *Sunt disponibile strategii efective pentru a aborda problema în cauză?* și *Intervențiile de promovare a sănătății ar fi cea mai bună soluție pentru problema respectivă sau aceasta poate fi rezolvată mai bine prin alte mijloace?*
- *Posibilități de acțiune*– dependente de existența serviciilor medicale acceptate de populație, accesibile din punct de vedere economic, financiar și geografic. Se răspunde la întrebările: *Există suficiente resurse pentru a aborda problema respectivă?* și *Problema poate fi rezolvată într-o perioadă de timp rezonabilă?*

Aplicând criteriile similare – importanța problemei și capacitatea de schimbare – Green și Kreuter au elaborat o *Matrice a comportamentelor de sănătate*, care este utilă la identificarea problemelor prioritare asupra cărora va fi axat programul [2].

**Tabelul 4. Matricea de selectare a priorităților.**

|   | <i>Mai important</i>   | <i>Mai puțin important</i>  |
|---|--|---|
| <i>Capacitate de schimbare mai mare</i>   | Prioritate înaltă pentru ținta unui program                  | Prioritate joasă, cu excepția cazului să demonstreze schimbare cu un scop politic |
| <i>Capacitate de schimbare mai redusă</i> | Prioritate pentru un program inovativ; evaluare este critică | Nu se recomandă elaborarea programului  |

Prioritate

Sursa: Green and Kreuter, 1991 [2].

O altă modalitate de a selecta problema prioritară este **Ratingul Priorităților de Bază (RPB)**. Aplicarea procedurii de RPB presupune evaluarea problemelor stabilite sub aspectul a patru criterii, care sunt cuantificate după anumite gradații și introduse apoi în formula de calcul [12].

Criteriile aplicate și scorurile posibile per criteriu sunt următoarele:

- A. Dimensiunea problemei – 0 până la 10;
- B. Severitatea problemei – 0 până la 20;
- C. Eficacitatea intervențiilor posibile – 0 până la 10;
- D. Criteriul compus care include Relevanță, Factorul economic, Acceptabilitate,

Resursele și Legalitatea – 0 până la 1.

Formula pentru RPB este următoare:

$$\text{Ratingul Priorităților de Bază (RPB)} = \frac{(A + B) C}{3} \times D$$

Aplicând formula prezentată, se calculează RPB (de la 0 până la 100) pentru fiecare problemă identificată și se prioritizează problemele care vor fi abordate în cadrul programului.

#### ***Pasul 4: Prezentarea rezultatelor***

Informațiile, rezultate din analiza efectuată, urmează să influențeze deciziile ulterioare în cadrul programului prevăzut. Pentru a asigura acest lucru, este necesar a stabili, din timp, următoarele aspecte în relație cu diseminarea informației [6]:

- o grupul de audiență,
- o obiectivele comunicării,
- o canalele de comunicare și
- o formatul de prezentare a mesajelor.

Opțiuni pentru diseminarea raportului includ următoarele:

- tipărirea raportului integral;
- pregătirea unor sumare sau broșuri destinate anumitor grupe speciale (de ex., finanțatorii programului sau participanții programului);

- postarea raportului pe pagina Web;
- informarea persoanelor privind rezultatele evaluării prin intermediul poștei electronice, a ședințelor publice, ședințelor cu angajații, interviuri la radio și televiziune, comunicate de presă, conferințe.

În conformitate cu principiile de promovare a sănătății definite prin Carta de la Ottawa (descrisă în Capitolul I), evaluarea necesităților trebuie să genereze rezultatele care:

- (i) reflectă aspectele pozitive (punctele forte și oportunități, nu doar nevoi și deficiențe);
- (ii) includ contribuția din partea populației vizate;
- (iii) abordează extins și profund problemele de sănătate, inclusiv determinantele sănătății;
- (iv) sunt complete, convingătoare, credibile și concludente.

**Boxa 5. Recomandări practice pentru efectuarea  
analizei situaționale [6].**

- Nu subestimați timpul necesar pentru a evalua o situație prin prisma diferitor aspecte.
- Implicați un grup larg de părți interesate și solicitați opinia acestora privind probleme existente și oportunități.
- Stabiliți parteneriate cu alți actori cu experiență în colectarea și interpretarea datelor.
- Asigurați identificarea și colectarea datelor disponibile.
- Folosiți atât metodele cantitative, cât și cele calitative de colectare a datelor.
- Discutați cu diferiți actori pentru a înțelege adevăratul sens din spatele cifrelor.
- Vă axați asupra punctelor forte, resurselor și capacităților disponibile, nu doar asupra problemelor și deficiențelor.
- Vă axați asupra determinantelor sănătății, nu doar asupra stării de sănătate.

### ***3.2.3. Stabilirea scopurilor și obiectivelor unui program de promovare***

Odată ce evaluarea necesităților a fost realizată, rezultatele obținute sunt aplicate pentru a stabili scopurile și obiectivele programului. Scopurile și obiectivele reprezintă acele repere orientative, care stabilesc direcția intervențiilor și ghidează specialiștii în procesul de implementare a programelor.

*Scopul programului* este finalitatea urmărită de un program, un enunț de intenție generală care oferă direcția comună pentru toate componentele programului și definește beneficiile durabile pentru populația de interes [6, 13]. Fiecare program are un singur scop. Scopul prezintă răspunsul la problema centrală care a fost identificată la etapa de documentare a programului. Nu este neapărat necesar ca scopul să fie formulat în limitele resurselor disponibile și a unei anumite perioade de timp.

Scopul este o intenție cu următoarele caracteristici [8]:

- Este foarte cuprinzător.
- Este formulat pentru a include toate componentele programului.
- Oferă direcție generală pentru program.
- Necesită mai mult timp pentru realizare.
- Nu include termeni limită pentru realizare.
- Deseori nu este măsurabil în termeni exacti.

Scopul stabilește o finalitate, un rezultat dezirabil al programului, în jurul căruia pot fi organizate diverse strategii și activități. Schimbarea situației pe parcursul desfășurării programului poate determina anumite schimbări la nivel de strategii și activități, pe când scopul bine definit nu este influențat de evoluții urmărite pe parcurs.

Scopul este formulat într-un mod simplu și concis și trebuie să includă două componente de bază:

- *cine* vor fi afectați și
- *ce* se va schimba în rezultatul implementării programului.

De obicei, scopurile includ asemenea termeni, precum *îmbunătățire, creștere, protecție, minimalizare, prevenire, eliminare, reducere* [14].

În cazul programelor de promovare a sănătății, cel mai frecvent finalitatea urmărită este îmbunătățirea stării de sănătate sau a stării de bine.

**Boxa 6. Exemple de scopuri pentru programele de promovare a sănătății[8].**

*A reduce cazurile de cancer pulmonar cauzate de expunere la fumul de tutun în localitatea C.*

*A elimina toate cazurile de oreion în municipalitatea X.*

*A spori rata alăptării exclusive a copiilor până la 6 luni.*

*A reduce răspândirea infecției HIV/SIDA la adolescenți din localitatea A.*

*Obiectivele* unui program sunt enunțuri referitoare la rezultatele care urmează să fie atinse într-o anumită perioadă de timp. Obiectivele sunt [8, 15]:

- diviziuni ale scopului,
- trebuie să fie derivate din intenția scopului identificat și
- să fie în concordanță cu această intenție.

Obiectivele prezintă în termeni măsurabili schimbările specifice care se vor produce în populația-țintă, la un anumit interval de timp, ca rezultat al expunerii la program. Totodată, definirea obiectivelor este de o importanță majoră pentru că, în funcție de acestea, vor fi selectate strategiile și intervențiile.

***Elementele unui obiectiv***

Pentru a asigura că un obiectiv este util, în calitate de reper orientativ și în procesul de evaluare a programului, acesta trebuie să conțină următoarele elemente [8, 15, 16]:

- *Rezultat* – care va fi atins sau ce se dorește a fi schimbat.
- *Condiție* – în care va fi observat rezultatul sau când se va produce schimbarea.

- *Criteriu*– pentru aprecierea dacă rezultatul a fost atins sau în ce măsură se va schimba situație.
- *Populația-țintă* – cine va beneficia.

*Primul element, rezultatul*, definește acea schimbare specifică, care se va produce în rezultatul programului. Alegerea acestei caracteristici trebuie să fie foarte strategică. Schimbarea, pentru care se optează, trebuie să fie semnificativă, fezabilă și în limitele mandatului instituției implementatoare. Datele analizate la evaluarea necesităților pot scoate în evidență factorii care au un impact considerabil asupra situației și trebuie să fie ținta schimbărilor.

*Cel de-al doilea element* care trebuie inclus în structura obiectivului este *condiția* în care va fi observat rezultatul sau când se va produce schimbare. Unele exemple de condiții stabilite în cazul obiectivelor sunt de tipul "*ca rezultat al participării*", "*către anul 2020*", "*la un an după implementarea programului*", "*în timpul sesiunii de instruire*".

*Al treilea element* al obiectivului este *criteriul* pentru apreciere dacă rezultatul a fost atins sau în ce măsură se va schimba o situație. Rolul acestui element este să ofere un standard pentru a determina dacă rezultatul a fost realizat cu succes și în mod adecvat. Exemple pentru elementul respectiv ar fi următoarele: "*cu 10% de la valoare inițială*", "*30% din rezidenți ai orașului*", "*cel puțin jumătate din participanți*", "*300 de pliante*", etc.

*Ultimul element* al obiectivului este menționarea *populației-țintă* sau cine va beneficia de realizările programului. Exemplele ar fi următoarele: "*1000 profesori*", "*25% dintre angajații companiei*", "*rezidenții zonelor rurale*" etc.

Conform teoriei manageriale, orice obiectiv trebuie să fie "**SMART**": *Specific, Măsurabil, Abordabil, Realist și încadrat în Timp*[17].

**Specific** – claritate cu privire la ce, unde, când și cum va fi schimbată situația. Este în relație cu necesitate ca obiectivul să fie în legătură cu scopul programului. Un obiectiv, care nu contribuie la avansare către scopul stabilit, nu are sensul.

**Măsurabil** – capacitate de a cuantifica țintele și beneficiile. Un obiectiv este măsurabil dacă acesta poate fi ușor evaluat cu

instrumente cantitative și calitative. Doar atunci când sunt formulate obiective măsurabile, se poate da apreciere dacă acestea au fost atinse și, implicit, dacă a intervenit schimbarea propusă.

**Abordabil/realizabil** – capacitate de realizare a obiectivelor cu resursele și capacitățile disponibile. Potențialul de atingere a obiectivelor depinde de valoarea de referință (*baseline*), amploarea intervenției care va fi realizată și se apreciază în baza evidențelor existente, privind impactul intervențiilor similare.

**Realist și relevant** – capacitate de a obține nivelul de schimbare reflectat în obiectiv. Deseori, există o fereastră de oportunitate limitată pentru abordarea anumitor probleme. Este important de apreciat din start dacă obiectivul propus presupune cea mai importantă și relevantă modalitate de soluționare a problemei identificate.

**Timp precizat** – fixarea perioadei de timp, în care va fi realizat fiecare obiectiv. Dacă nu se estimează timpul, de care este nevoie pentru atingerea obiectivelor, nu se poate da apreciere dacă programul se încadrează în termen rezonabil și dacă relația cost-beneficiu este pozitivă pentru organizația implementatoare.

**Boxa 7. Exemple de obiective SMART pentru programele de promovare a sănătății**[17, 18].

*Către (luna/anul), minimum X medici din asistența medicală primară care au participat la cursul de instruire privind aplicarea protocolului clinic standardizat pentru hipertensiune arterială vor obține un punctaj de 90% și peste la testul de evaluare finală.*

*Către (luna/anul), de sporit cu X puncte procentuale, față de nivelul de referință, procentul băraților adulți care cunosc toate cinci semne de ictus cerebral.*

*Către (luna/anul), procentul femeilor din Raionul X care sunt testate la HIV la prima vizită prenatală va fi majorat de la X% la Y%.*

*Către (luna/anul), cota tinerilor din grupul de vârstă 15-25 ani care au folosit prezervativul la ultimul contact sexual va fi majorată de la X% la Y%.*

## ***Ierarhizarea obiectivelor***

Cu referire la programele de promovare a sănătății, Koelen M. și Ban van den A. au propus următoarea ierarhizare a obiectivelor [7]:

*Obiectivele de sănătate* – descriu problema de sănătate care va fi abordată, care beneficii de sănătate urmează să fie atinse, pentru cine și în ce perioadă de timp.

*Obiective comportamentale* – includ un comportament specific asupra căruia se va axa programul. Un program poate aborda un singur tip de comportament sau mai multe comportamente, în relație cu problema de sănătate abordată. De exemplu, bolile cardiovasculare sunt influențate de asemenea comportamente precum fumatul, nutriție, activitate fizică.

*Obiective de mediu* – includ acele condiții în relație cu mediul, care sunt necesare pentru a facilita sau a menține schimbarea de comportament. Ele se adresează unor asemenea aspecte precum: factori economici, politici publice, cadrul legislativ, organizarea serviciilor de sănătate etc.

*Obiective de intervenție* – definesc elemente cognitive (de ex.: cunoștințe, convingeri, atitudini) și psihomotorii (deprinderi), care vor fi influențate prin intervenție. Totodată, ele specifică condițiile de mediu, care trebuie să fie atinse pentru a facilita și a produce schimbarea urmărită.

*Obiective de program* – descriu activitățile specifice care vor fi realizate pentru a atinge obiectivele de intervenție. Acestea se referă la: conținutul mesajelor, metodele de comunicare, strategii și canale care vor fi utilizate și contexte în care vor fi desfășurate activitățile.

*Obiective de proces* – se referă la organizarea programului și resursele necesare pentru implementarea programului; se axează asupra activităților care vor fi realizate într-o anumită perioadă de timp. Acestea asigură responsabilitate prin stabilirea unor activități

specifice care trebuie să fie realizate către o anumită dată. Obiectivele de proces sunt formulate în termeni de structuri de coordonare, materiale, resursele umane, de timp și financiare.

O altă abordare practică aplicată la formularea obiectivelor este divizarea acestora în corespundere cu nivele de intervenție a modelului socio-ecologic [19]. În tabelul ce urmează sunt descrise caracteristicile obiectivelor pentru fiecare nivel în parte.

**Tabelul 5. Tipuri de obiective în dependență de nivelul schimbării [6].**

| <b>Nivelul obiectivului</b> | <b>Tipul rezultatului urmărit</b>                                  | <b>Factori contributivi</b>   | <b>Grupuri-țintă</b>   |
|-----------------------------|--|---|--|
| <b>Individual</b>           | Menținerea unei schimbări de comportament personal.                | <i>Caracteristici personale:</i><br>- Cunoștințe,<br>- Convingeri,<br>- Atitudini,<br>- Deprinderi,<br>- Autoeficacitate.                           | <i>Grupuri cu cele mai mari nevoi:</i><br>- Adolescenții,<br>- Grupuri cu venit redus,<br>- Fumători ,<br>- Persoane fără adăpost etc.                               |
| <b>Interpersonal</b>        | Relații/grupuri sociale ce influențează schimbare de comportament. | Frecvența și conținutul conversațiilor în cadrul grupului social despre o problemă de sănătate .  | <i>Grupuri sociale, precum:</i><br>- Familii,<br>- Grupuri de prieteni,<br>- Colegi,<br>- Colegi de echipă etc.  |
| <b>Organizație</b>          | Elaborarea de politici.  | - Opinii privind costuri și beneficii asociate cu schimbarea politicii interne.<br>- Competență în elaborarea politicilor de promovare a sănătății. | <i>Factori de decizie (primar) sau angajații, sindicatele, clienții organizațiilor precum:</i><br>- Școli,<br>- Întreprinderi, organizații,<br>- Instituții medicale |

|                   |                             |  |   |
|-------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>Comunitate</b> | Schimbarea mediului social. | - Interacțiuni dintre organizații și grupuri sociale mici (ex.: familii).<br>- Organizarea comunitară. | <i>Lideri de opinie</i> în diverse comunități, precum:<br>- Comunități geografice,<br>- Comunități după interese comune,<br>- Identitate colectivă. |
| <b>Societate</b>  | Elaborarea de legi          | - Acțiuni a unor grupuri de interese.<br>- Acoperire media.<br>- Opinie publică.                       | - Oficialii aleși,<br>- Publicul,<br>- Grupuri de interese,<br>- Mass media.  |

**Boxa 8. Recomandări practice pentru stabilirea scopurilor și a obiectivelor[6].**

***Rolul actorilor principali***

- Dacă dezvoltarea comunitară este importantă pentru programul în elaborare, implicați membrii comunității. Dacă consolidarea parteneriatelor are importanță majoră, implicați partenerii din comunitate. În toate cazurile implicați specialiștii din instituția care va implementa programul.
- Lucrați în comun la formularea unui scop semnificativ.
- Organizați sesiuni de brainstorming în comun, dar desemnați o persoană responsabilă de redactarea formulărilor pentru scopuri și obiective.

***Procesul de luare a deciziilor***

- Decideți într-un grup larg asupra esenței scopurilor și a obiectivelor. Lăsați un grup limitat sau o singură persoană să aprobe redactarea pentru varianta finală.

***Factor de timp***

- Selectarea scopului și a obiectivelor este componenta esențială a programului și deseori necesită redactări repetate. Asigurați-vă că rezervați timpul suficient pentru a realiza această activitate în mod corespunzător, cu consultări ample cu actorii principali.

- Evitați redactarea riguroasă și cizelarea scopurilor și a obiectivelor într-un grup larg, ați putea să vă blocați. În schimb, desemnați o persoană să lucreze asupra formulării, după ce grupul a deliberat asupra obiectivelor.

#### ***Colectarea și analiza datelor***

- Colectarea datelor nu se finisează odată cu evaluarea necesităților. După ce focusul programului a devenit mai clar, continuați să analizați datele care vor ajuta la stabilirea obiectivelor SMART.

### ***3.2.4. Identificarea strategiilor și intervențiilor***

Odată ce au fost elaborate scopurile și obiectivele programului, etapa următoare a procesului de planificare implică ***identificarea strategiilor și a intervențiilor*** adecvate pentru obținerea rezultatelor stabilite. Inițial, datele obținute la etapa de evaluare a necesităților conturează contextul pentru a decide asupra strategiei care este cea mai potrivită. Ulterior, se identifică intervențiile bazate pe dovezi care sunt adecvate pentru strategia selectată și pot fi aplicate în cadrul programului. Intervențiile se aplică fie separat, fie într-o combinație de intervenții multiple.

O *strategie de intervenție* este o abordare generală pentru a determina schimbarea dorită [14]. Cu referire la domeniul de promovare a sănătății, cel mai frecvent, strategiile de intervenție sunt categorizate în corespundere cu cele cinci tipuri de arii de promovare a sănătății incluse în Carta de la Ottawa [20] (descrisă în Capitolul I):

1. Strategia politicilor de reglementare
2. Strategia de creare a mediilor favorabile sănătății
3. Strategia de dezvoltare și mobilizare a comunității
4. Strategia de dezvoltare a abilităților individuale
5. Strategia de reorientare a sistemului de sănătate

Descrierea detaliată a strategiilor respective, cu prezentarea aspectelor aplicative în contextul elaborării unui program de promovare a sănătății este redată în Capitolul IV. Strategiile pentru

un anumit program de promovare a sănătății se identifică în cadrul unei discuții participative, unui *brainstorming* de strategii potențiale pentru fiecare obiectiv stabilit la etapa precedentă. Esențial, în cazul dat, este de a găsi răspunsul la întrebare ce ar trebui de întreprins pentru a atinge schimbarea dorită, în conformitate cu conceptul de promovare a sănătății și mandatul instituției, care elaborează programul. Inițial, folosind sursele de literatură, se identifică lista de cele mai efective strategii pentru problema care prezintă obiectul programului. La această etapă sunt luate decizii privind strategiile de implementare, care ar permite atingerea obiectivelor programului în modul cel mai eficient și cel mai eficient.

Eficacitate – obiective atinse / obiective propuse.

Eficiență – obiective atinse / resurse consumate.

Vor fi selectate strategiile cele mai adecvate în relație cu bugetul existent, timpul care poate fi alocat programului, nevoile populației, abilitățile personalului, eficacitate etc. Astfel, pentru fiecare obiectiv se stabilește lista cu strategiile cheie, activități specifice pentru fiecare strategie și cine va implementa activitățile respective [8].

În cazul programelor de promovare a sănătății, termenul **intervenție** se referă la setul de metode, tehnici și activități aplicate populației țintă în perioada de implementare a programului. Intervenția poate include o singură activitate sau o combinație din două sau mai multe activități, care determină dimensiunea intervenției. Dimensiunea unei intervenții se exprimă prin *multiplicitate și doza*[8].

*Multiplicitate* se referă la numărul de activități sau componente care constituie o intervenție. Este demonstrat faptul că intervențiile, care includ câteva activități diferite, influențează schimbarea în populația vizată cu o probabilitate mai înaltă, comparativ cu cele care constau dintr-un singur tip de activitate [21, 22].

Nu există recomandări fixe privind numărul optim de activități care vor permite obținerea rezultatului cel mai eficient și cel mai eficient. Setul activităților selectate va fi determinat în fiecare caz aparte, reieșind din nevoile populației-țintă și particularitățile specifice ale situației de planificare.

Termenul *doză*, aplicat unei intervenții, se referă la numărul de unități prestate. De exemplu, a fost stabilit că intervenția, în cadrul programului de control al cancerului, va include mai multe activități (multiplicitate), care constau din sesiuni educaționale pentru persoanele cu risc sporit, distribuirea de pliante pentru public și spoturi sociale la radio și televiziune. În acest caz, aspectul de doză, aplicat intervenției, se referă la:

- câte sesiuni educaționale vor fi oferite,
- câte pliante vor fi distribuite,
- de câte ori vor fi rulate spoturile sociale.

Cu cât doza intervenției este mai mare, cu atât mai mare este probabilitatea de a obține rezultatul scontat.

La identificarea strategiilor și intervențiilor pentru un program de promovare a sănătății, este important de selectat intervențiile care reprezintă un spectru larg de abordări, astfel ca populația-țintă să fie influențată prin diferite modalități, în dependență de nevoie pentru cunoștințe, practicarea anumitor deprinderi, schimbarea atitudinea, schimbarea comportamentului, sprijinul din partea persoanelor apropiate sau modificări ale mediului. Pornind de la postulatul că promovarea sănătății reprezintă o "strategie de mediere între individ și mediu" [23] și starea de sănătate este rezultatul interacțiunii dintre alegerea personală și responsabilitate socială, programele de promovare a sănătății sunt cele mai rezultative atunci, când implică intervenții multi-nivel și combină strategiile axate asupra schimbărilor la nivel individual cu intervenții la nivel interpersonal și populațional [24].

În tabelul 6 sunt reprezentate schematic exemple de strategii aplicate la diferite niveluri (intrapersonal, interpersonal, populațional), precum și modelele teoretice care sunt grupate în mod corespunzător.

**Tabelul 6. Intervențiile multi-nivel în corelație cu modele teoretice.**

| Strategiile de schimbare  | Exemple de strategii  | Nivelul de intervenție | Teorii aplicabile  |
|---|---|------------------------|--|
| Schimbarea comportamentului individual<br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiuni educaționale</li> <li>• Pavilioane/standuri interactive</li> <li>• Broșuri printate</li> <li>• Campanii de marketing social</li> </ul>                             | Intrapersonal          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelul convingerilor în sănătate</li> <li>• Teoria acțiunii motivate</li> <li>• Modelul transteoretic</li> </ul> |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programe de mentorat</li> <li>• Consiliere pentru sănătate</li> <li>• Stabilirea de ținte personale</li> <li>• Crearea de politici și proceduri organizaționale</li> </ul> | Interpersonal          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoria social-cognitivă</li> <li>• Teoria suportului social</li> <li>• Influența socială</li> </ul>               |
| Schimbarea mediului   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Campanii de comunicare pentru mobilizare</li> <li>• Pledoarie pentru modificarea politicii publice</li> </ul>  | Populațional           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoria difuzării inovației</li> <li>• Mobilizare comunitară</li> </ul>  |

*Sursa:* Rimer & Glanz, 2005 [9].

Actualmente, în domeniul de promovare a sănătății există un sir de intervenții bazate pe dovezi, care au fost cercetate și testate privind eficacitatea acestora pentru anumite probleme.

Intervențiile de promovare a sănătății *bazate pe dovezi* prezintă o "integrare a evidențelor științifice, expertizei și experienței clinice, precum și a preferințelor din partea persoanelor, familiilor, organizațiilor și a comunităților" [3]. Acestea pun la dispoziția specialiștilor intervenții care au fost supuse unei evaluări critice și care incorporează dovezile științifice în practica clinică. Intervențiile de promovare a sănătății bazate pe dovezi identifică populații-țintă care ar putea beneficia de intervenția respectivă, precum și condiții în care intervenția este rezultativă. Un element definitoriu al intervențiilor bazate pe dovezi este fundamentarea lor teoretică, aplicând una sau mai multe teorii sau modele teoretice prezentate în Capitolul 2.

Exemple de intervenții de promovare a sănătății bazate pe dovezi pot fi găsite în literatura publicată, accesând baza de date PubMed [25] și alte resurse disponibile de publicații științifice.

Cu referire la domeniul de promovare a sănătății, există câteva surse importante cu baze de date pentru programe cu eficacitate demonstrată – Programe Intervenționale Testate prin Cercetare (*Research-Tested Intervention Programs, RTIPs* - eng.) [26], interconectat cu Ghidul pentru Servicii Preventive Comunitare (*Guide to Community Preventive Services*- eng.) [27]; Registrul Național de Programe și Practici Bazate pe Dovezi din SUA (*National Registry of Evidence-Based Programs and Practices, NREPP* - eng.) [28]; și Rețeaua Evidențelor în Sănătate a Oficiului Regional pentru Europa a OMS (*WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, HEN* – eng.) Folosirea acestor resurse oferă opțiuni de intervenții care pot fi utilizate în cadrul programelor de promovare a sănătății.

**Boxa 9. Recomandări privind identificarea strategiilor și intervențiilor [6].**

**Rolul partenerilor-cheie**

- Implicați cei care vor implementa programul și alți parteneri-cheie din comunitate. Etapa respectivă poate fi realizată rapid dacă se implică doar un număr redus de persoane, totuși se recomandă de alocat un timp suficient pentru abordare participativă.

**Procesul de luare a deciziilor**

- Anumite idei se modifică reieșind din noi necesități sau din noi perspective. Asigurați o bună documentare a întregului proces și păstrați flexibilitate pentru anumite schimbări a planului inițial.
- Asigurați că procesul stabilit de luare a deciziilor oferă direcții pentru programul în derulare și posibile schimbări la nivel de decizii.

**Procesul de colectare și analiză a datelor**

- Este important de asigurat consecvența strategiilor și acțiunilor selectate cu rezultatele etapei de evaluare a necesităților. Realizați o revizuire a datelor obținute.
- Prin prisma promovării sănătății, identificați punctele forte și resursele care pot antrenate și includeți strategii ce abordează determinantele sociale și de mediu ale sănătății.
- Considerați pre-testarea materialelor sau pilotarea ideilor la o scară mai redusă înainte de a dezvolta o strategie mai amplă.

### **3.3. IMPLEMENTAREA PROGRAMELOR DE PROMOVARE A SĂNĂȚĂȚII**

Odată ce au fost luate deciziile privind scopurile și obiectivele programului, au fost identificate intervențiile pentru realizarea acestora (toate fiind transpuse într-un proiect de plan care a fost aprobat în modul corespunzător), se trece la faza de implementare a programului.

Implementarea este, de fapt, procesul de transformare a ideilor și a planurilor în acțiuni. Acesta nu este un eveniment, ci un proces care derulează în timp, în anumite cazuri, până la câțiva ani. Este important a considera că programul nu este un proces autonom, care se generează și se perpetuează de la sine, dar este procesul care necesită o gestionare competentă [7].

Deseori, programele nu sunt implementate exact în modul în care acestea au fost planificate. În procesul implementării pot apărea anumite dificultăți neprevăzute, cum ar fi:

- întârzieri în livrarea materialelor educaționale,
- eșuarea în atragerea grupului țintă în activitățile programului sau
- dificultăți în procesul de cooperare inter-sectorială și participare comunitară.

Din aceste considerente, este important ca în procesul de transpunere a planului de acțiuni, persoanele și echipele responsabile să monitorizeze continuu programul în derulare. Implementarea de succes depinde în mare parte de buna guvernare a programului, structuri și mecanisme clare de comunicare dintre participanți și implementatori și flexibilitate în cazul schimbărilor de context.

#### **3.3.1 Instrumente practice pentru implementarea programelor**

Prezentăm în continuare două instrumente manageriale utile care se aplică cel mai frecvent în faza de implementare a programelor:

- o Matricea logică și
- o Diagrama Gantt.

**Matricea logică** este o prezentare vizuală a tuturor componentelor-cheie ale programului, care demonstrează logica după care este așteptat să lucreze programul elaborat. Matricea logică arată cum va evalua programul și explică raționamentul după care activitățile planificate vor duce la schimbarea comportamentelor de sănătate sau a stării de sănătate în populația-țintă. Această abordare reflectă relația cauzală de tip mijloc-scop dintre resursele programului (*intrări*), activitățile planificate (*ieșiri*) și schimbările așteptate (*rezultate*)[29]. Realizarea matricei logice implică o analiză detaliată a lanțului cauzal, aplicând relația *dacă-atunci* după următoarea formulă:

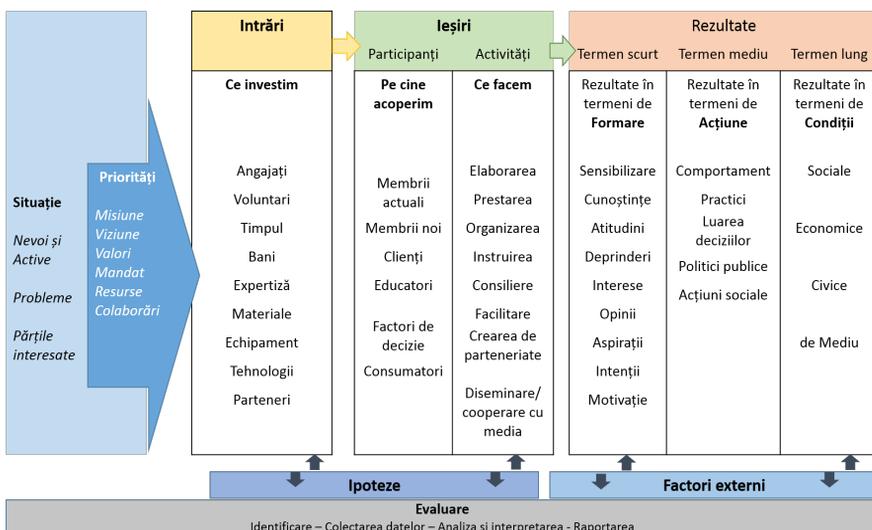
- dacă sunt introduse intrările, atunci se pot desfășura în condițiile specificate activitățile propuse;
- dacă se derulează activitățile propuse, atunci vor fi obținute rezultate;
- dacă sunt produse rezultatele, atunci vor fi atinse obiectivele programului;
- dacă obiectivele sunt atinse, atunci este îndeplinit scopul programului;
- dacă scopul este îndeplinit, atunci va fi susținută direcția generală de dezvoltare promovată de program.

Astfel, fiecare nivel conține premisele pentru desfășurarea următorului pas. O caracteristică distinctă a modelului de matrice logică este formatul compact și limbajul stenografic, astfel ca întregul plan să fi redus la o singură pagină și să reflecte toate componentele-cheie a programului, precum și corelații dintre acestea [3].

Un exemplu de structură pentru matricea logică este prezentat în figura 13. O matrice logică se citește de la stânga spre dreapta. Matricea logică este bazată pe conceptul cauză-efect și este esențial să se asigure coerență și legătură logică dintre componentele succesive ale matricei. Primele două componente conțin informații care au fost generate la etapa de planificare a programului.

În prima componentă (*Intrări*) sunt prezentate resursele principale necesare pentru implementarea programului. Acestea pot include resursele în termeni de resurse umane, fonduri, spații pentru organizarea evenimentelor planificate în cadrul programului, echipamente și tehnologii, curricula pentru instruirii etc.

Trecerea de la *Intrări* la *Activități* aduce în prim plan strategii și intervenții specifice, care au fost selectate în timpul procesului de planificare. Strategiile adecvate pot fi axate pe schimbările individuale și/sau modificarea mediului, reieșind din înțelegerea problemei abordate, contextul problemei, modelul teoretic al programului, precum și rezultatele dorite.



**Fig.13. Model de Matrice logică.**

Sursa: Adaptat din Taylor-Powell, Jones & Henert, 2003 [30].

Raționamentul dintre ceea ce este planificat și ceea ce se va întâmpla este reflectat în trei tipuri de *Rezultate* din Matricea logică. Componenta *Rezultate pe termen scurt* listează acele schimbări, care se așteaptă să se producă ca rezultat imediat al fiecărei dintre activitățile planificate. De obicei, schimbările la acest nivel sunt de ordinul cunoștințelor, deprinderilor și atitudinilor. Aspectul esențial

este punerea în evidență a legăturii dintre punctele specificate la componenta *Activități* și rezultatele așteptate.

Următorul element este *Rezultate pe termen mediu*. Acestea se referă la schimbări care nu pot fi observate după o singură activitate, dar care pot fi evaluate sau verificate la anumită distanță de timp. De obicei, sunt vizate schimbări la nivel de practici și norme sociale. Elementul *Rezultate pe termen lung* reprezintă extinderea finală a impactului programului. Acestea se referă, de obicei, la schimbări de comportament și sunt așteptate să se producă dacă activitățile programului sunt eficiente și dacă au fost atinse rezultate pe termen scurt și cele pe termen mediu.

Majoritatea programelor de promovare a sănătății sunt elaborate pentru a contribui la un rezultat pe termen foarte lung care este în relație cu sănătate sau boală. Acest rezultat final reprezintă *Scopul* programului.

După cum a fost menționat, matricea logică este un instrument analitic util pe parcursul fazei de implementare a programului. Această abordare ghidează analiza logică și sistematică a componentelor cheie a unui program, permite identificarea lanțului slab și ajustarea corespunzătoare a anumitor elemente ale programului. De asemenea, matricea logică facilitează formarea unei înțelegeri comune și o comunicare mai eficientă dintre factorii de decizie, manageri și alte părți interesate în program. Matricea logică ajută în comunicarea dintre părțile interesate și potențialii parteneri, arătând corelațiile dintre diferite elemente ale programului [8, 31].

Totodată, matricea logică nu include un aspect foarte important pentru procesul de implementare a unui program – cel de cadru temporal. În acest sens, un instrument util, care se aplică pentru gestionarea programelor, în funcție de repere de timp, este *Diagrama Gantt*.

***Diagrama Gantt*** este o reprezentare grafică a unui program, utilizată pentru urmărirea modului de derulare secvențială al activităților. Diagrama Gantt ajută încadrarea tuturor activităților, prevăzute în program, în intervalul de timp disponibil pentru implementare, precum și monitorizarea stadiului de realizare a

fiecărei activități în raport cu planificarea inițială. Metoda permite ordonarea activităților din cadrul programului în funcție de o serie de factori [32]:

- Durata activităților,
- Relațiile de succesiune care există între diferite activități,
- Termenele care trebuie respectate,
- Distribuirea resurselor necesare.

Diagrama Gantt ajută aranjarea elementelor programului într-un cadru de timp, într-un format succint, care permite părților interesate să gestioneze mai bine programul. La modul practic, diagrama Gantt are forma unei matrice cu doua axe:

- pe axa orizontală se indică perioadele de timp preconizate pentru realizarea programului, exprimate în unități de măsură distincte (zile, săptămâni, luni);
- pe axa verticală sunt indicate distinct toate activități identificate ale programului.

Pentru fiecare activitate este alocat un rând, pe care se marchează începutul și sfârșitul preconizat pentru activitatea respectivă.

Pe durata implementării programului, cu ajutorul metodei Gantt, se urmărește progresul realizării activităților și pot fi ușor semnalate eventualele întârzieri, amânări sau depășiri a termenilor de implementare. În acest sens, instrumentul dat permite a interveni la timp cu ajustările necesare pentru finalizarea cu succes a programului [33].

Totodată, graficul Gantt permite analiza activităților critice – acele activități, care trebuie să se finalizeze cât mai rapid posibil, deoarece orice întârziere va modifica durata finală a proiectului. În acest sens, se oferă și posibilitatea realizării nivelării resurselor disponibile – utilizarea resurselor materiale, umane și financiare prin distribuirea rațională între activități. Diagrama Gantt specifică, de asemenea, termenul limită pentru realizarea evaluărilor și a rapoartelor de progres.

Analizând diagrama Gantt, ușor pot fi observate următoarele aspecte cu referire la programul în implementare:

- Data inițierii programului;
- Care sunt sarcinile programului;
- Cine este responsabil pentru fiecare sarcină;
- Când sunt inițiate și când se finalizează sarcinile;
- Durata pentru fiecare sarcină;
- Modul în care sarcinile sunt grupate, suprapuse și interdependente;
- Data finalizării programului.

De preferat este încadrarea diagramei Gantt pe o singură pagină, pentru a fi ușor de urmărit și interpretat. Metoda Gantt prezintă avantajul unei construcții simple, eficace din punct de vedere al modului de interpretare și ușor adaptabilă la o serie de programe. Metoda respectivă se plică cu succes în cazul programelor mai puțin complexe, însă urmărirea diagramei Gantt poate fi dificilă în cazul programelor cu un număr mai mare de activități. În figura 14 vă prezentăm un exemplu de matrice pentru elaborarea diagramei Gantt.

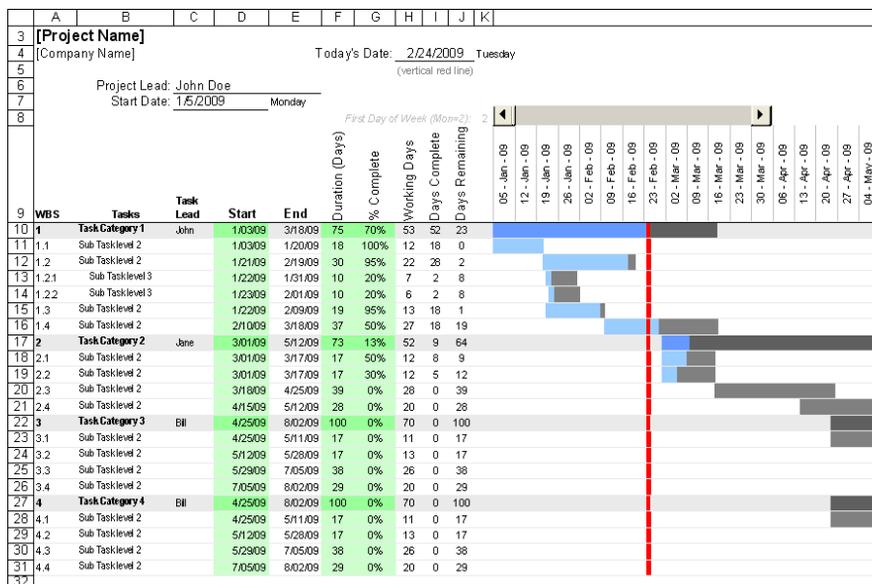


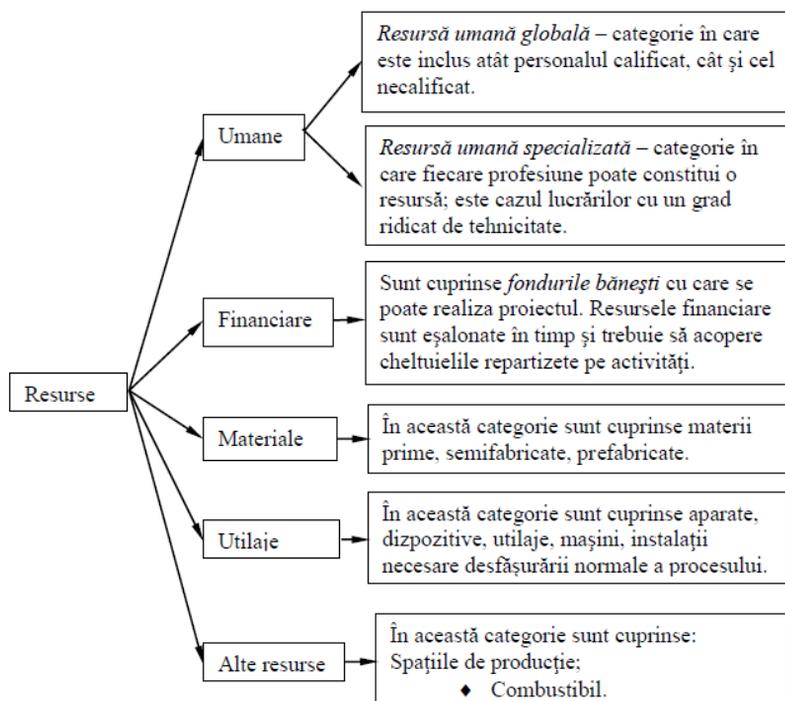
Fig.14. Model de matrice pentru diagrama Gantt.

Sursa:Wittwer, J.W. [34].

### 3.3.2 Identificarea și alocarea resurselor

Orice program de promovare a sănătății, pentru a atinge scopurile și obiectivele stabilite, trebuie să fie susținut de resursele adecvate. Prin *resursă* se înțelege o cantitate de mijloace care contribuie la realizarea unei activități. Resursele includ:

- personalul,
- resursele financiare și
- bunuri materiale disponibile pentru planificarea, implementarea și evaluarea programului.



**Fig. 15. Categoriile de resurse utilizate la implementarea programelor.**

Sursa: M. Hulea 2011 [35].

## Personalul

Resursele umane sunt condiția principală pentru implementarea oricărui program. Există două abordări de bază pentru recrutarea personalului în elaborarea și implementarea programului: *personalul intern* și *personalul extern* [8].

***Personalul intern*** presupune implicarea angajaților organizației, care elaborează programul, sau a persoanelor din populația-țintă, care vor asigura forța de muncă necesară. Un exemplu de implicare al personalului intern ar fi elaborarea programului de promovare a sănătății în comunitate de către un centru de sănătate publică, toate activitățile de planificare, implementare și evaluare fiind realizate de personalul instituției respective. Cazul în care același centru de sănătate publică elaborează un program, care urmează să fie implementat într-o instituție de învățământ, o parte din angajații liceului (asistenta medicală, profesori) vor dispune de cunoștințe și abilități necesare pentru implementarea mai multor componente ale programului.

O resursă de ordin intern, care poate fi utilizată cu succes, în special, la implementarea programelor pentru adolescenți și persoane tinere, este *educație de la egal la egal*. În asemenea caz, persoanele bine pregătite și motivate se implică în educarea semenilor săi (persoane de aceeași vârstă, cu aceeași pregătire și cu interese similare) prin desfășurarea activităților educaționale neformale sau organizate. *Metodele de la egal la egal* utilizate pe parcursul activităților informative sunt preponderent interactive și anume: jocuri de rol, teatru social, activități și discuții în grup, dezbateri, activități de cunoaștere reciprocă, jocuri tematice, etc. Un exemplu ar fi implicarea adolescenților în educația semenilor săi privind metodele de prevenire a infecției HIV/SIDA sau educația cu privire la drepturile copilului. Abordările de tipul *educației de la egal la egal* oferă numeroase avantaje atât programelor, publicului-țintă, cât și comunităților. Avantajele majore se referă la costul relativ redus și credibilitatea instructorului. Practica a demonstrat că copiii și adolescenții sunt influențați semnificativ, în ceea ce privește schimbarea de cunoștințe, atitudini și practici, anume de persoane de aceeași vârstă [36, 37].

A doua abordare pentru asigurarea programului cu personal este recrutarea persoanelor din exteriorul organizației/agenției care elaborează programul sau a populației-țintă. În asemenea caz ne referim la **personalul extern**.

De obicei, persoanele din exterior sunt implicate atunci, când se identifică o diferență dintre ceea ce poate fi asigurat de personalul intern și ce urmează să fie realizat pentru atingerea scopurilor și obiectivelor programului. Resursa principală, în acest caz, sunt companiile care prestează servicii și consultanță în domeniul de sănătate publică și promovare a sănătății. Companiile respective sunt denumite *furnizori*, care pot fi pentru-profit și non-profit. Deoarece calitatea furnizorilor variază în limite foarte mari, este important de asigurat un proces de selecție riguros și transparent la recrutarea personalului extern.

Sunt recomandate următoarele **criterii generale** aplicate la selectarea personalului [38]:

- Prezența unor calificări profesionale și experiență, care sunt specifice scopurilor programului. De exemplu, în cazul unui program axat pe dezvoltarea tinerilor, cel mai potrivit este implicarea unui specialist care posedă experiență de lucru cu persoane tinere.
- Posedarea unor abilități de relații interpersonale dezirabile pentru program. De exemplu, pentru un program cu componentă majoră de cooperare, cel mai potrivit este o persoană care apreciază soluții de compromis și lucru în echipă.
- Competență culturală, în special, importantă pentru proiecte cu diversitate culturală.
- Interesul profesional pentru misiunea organizației. Persoane devotate domeniului de interes al programului prezintă cea mai bună alegere.

Atât abordarea cu implicarea personalului intern, cât și cea cu recrutarea personalului extern posedă un șir de avantaje și dezavantaje (tabelul 7). În cadrul programelor de promovare a sănătății, resursele umane angajate la implementarea programului, cel mai frecvent, sunt o combinație dintre personalul intern și personalul extern.

**Tabelul 7. Avantaje și dezavantaje de utilizare a personalului intern și extern.**

|                          | <b>Avantaje</b>   | <b>Dezavantaje</b>   |
|--------------------------|---|--|
| <b>Personalul intern</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costuri reduse.</li> <li>- Posibilitate pentru aranjamente interne de realocare a personalului.</li> <li>- Un control mai mare asupra celor implicați.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Este limitat de abilități și interesele profesionale celor angajați.</li> <li>- Poate să nu dispună de personal instruit sau să fie limitat de expertiza celor angajați.</li> <li>- Poate petrece mai mult timp la elaborarea programului, decât la implementare și astfel implică mai puțini beneficiari.</li> </ul> |
| <b>Personalul extern</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expertiză necesară.</li> <li>- Responsabilitatea pentru desfășurarea programului este delegată.</li> <li>- Poate solicita garanții de program.</li> <li>- Uneori sunt mai respectați doar din considerentul că sunt din exterior.</li> <li>- Aduc practici regionale și globale din experiențe anterioare din multiple medii culturale și sociale.</li> <li>- Dispun de resurse pentru instrumente sofisticate, având posibilitate de a împărți costurile aferente la mai mulți clienți.</li> <li>- Poate ajunge la populație țintă care este dispersată geografic.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mai costisitor decât personalul intern.</li> <li>- Este influențat de limitările furnizorului.</li> <li>- Uneori controlul asupra programului este mai redus.</li> </ul>  |

*Sursa:* McKenzie, Neiger & Thackeray, 2009[8].

## **Resursele financiare**

**Bugetul programului** reprezintă estimarea resurselor disponibile pentru un program (venituri) și a costurilor aferente implementării acestuia (cheltuieli). Unii autori definesc bugetul programului drept perspectivele și intențiile factorilor de decizie de alocare a fondurilor pentru atingerea rezultatelor scontate [39, 40].

Unele programe de promovare a sănătății dispun de mijloace fixe, având finanțare stabilită la un anumit nivel, pentru implementarea unui set de activități într-o perioadă stabilită. În asemenea cazuri, managementul financiar este relativ simplu și presupune cheltuieli raționale a bugetului, în conformitate cu categoriile aprobate și în limitele resurselor aprobate. În cazul programelor multianuale, rapoartele financiare privind cheltuielile pentru anul precedent pot fi solicitate înainte de aprobarea debursării fondurilor pentru anul următor [3].

În alte cazuri, bugetele programelor de promovare a sănătății se formează reieșind dintr-un șir de factori variabili, precum: numărul de persoane incluse în program, numărul de persoane care au finalizat o serie de activități ale programului, co-finanțare, venituri din prestarea serviciilor, căutare de fonduri sau contribuții din alte surse. Asemenea construcții bugetare necesită profesioniști cu experiență în gestionarea resurselor financiare, pentru a asigura viabilitatea programului.

Există mai multe modalități și surse de finanțare pentru un program de promovare a sănătății, unele fiind foarte tradiționale, pe când altele depind de creativitatea și imaginația coordonatorilor de program pentru identificate de resurse.

### *Elaborarea și monitorizarea bugetului*

Bugetul programului se elaborează la etapa de planificare și, de obicei, cuprinde perioada pentru toată durata programului. În cazul programelor multianuale, bugetul se divizează în perioade de 6 sau 12 luni. Ca regulă, bugetul este elaborat de grupul de lucru, care planifică programul și factorii de decizie, care controlează resursele preconizate pentru a finanța programul respectiv. Procesul de elaborare începe cu stabilirea obiectivului financiar al programului,

în baza estimării costurilor pentru activități prevăzute în planul de acțiuni. După ce a fost estimat volumul resurselor financiare necesare pentru implementarea programului, se identifică potențialele surse pentru venituri. Având stabilită suma estimativă, care va fi alocată programului, se elaborează componenta de cheltuieli a bugetului. Categoriile de cheltuieli vor fi diferite în dependență de strategiile și intervențiile aplicate. Majoritatea programelor au patru categorii principale de cheltuieli [3]:

- **Remunerarea personalului** – în majoritatea cazurilor categoria respectivă este subdivizată în salarii și beneficii (acestea includ contribuții la fonduri de asigurări medicale, contribuții de asigurări sociale etc.). Beneficiile majorează alocări pentru salarii cu peste 30%.
- **Procurare consumabile** – articole necesare pentru implementarea programului. Unele cheltuieli standarde din această categorie se referă la copiere și imprimare, rechizite de birou, echipamente etc..
- **Servicii** – cazuri când anumite expertize specifice, abilități, etc. trebuie să fie angajate, de obicei, pentru o perioadă scurtă de timp. Asemenea servicii se achită, de obicei, pe ore și nu includ beneficiile. Finanțatorii pot stabili anumite limite maxime pentru rata pe oră sau numărul de ore permise.
- **Costuri pentru deplasare, instruire și diseminarea rezultatelor** – costuri aferente pentru dezvoltarea profesională a personalului sau instruirea participanților și costuri pentru împărtășirea rezultatelor programului. De obicei, finanțatorii solicită confirmarea cheltuielilor din această categorie înainte de a emite autorizare pentru cheltuieli.

Unele organizații acceptă divizarea bugetului după categorii majore prezentate mai sus, precum personal, materiale educaționale, echipament, etc. Alții solicită descrierea detaliată a acestor categorii..

În faza de implementare, bugetul este un document viu într-o permanentă schimbare, odată ce se înregistrează intrări de resurse și cheltuieli de fonduri. La această etapă este necesară monitorizarea continuă a bugetului pentru a asigura că cheltuielile și veniturile

programului sunt în limitele preconizate. De obicei, aceasta sarcină revine persoanei cu responsabilitate financiară în cadrul organizației, care a planificat programul. Persoana respectivă este responsabilă atât pentru elaborarea rapoartelor financiare, cât și distribuirea acestora. Rapoartele trebuie să fie prezentate cel puțin către factorii de decizie și personalul responsabil de operarea programului. Rapoartele financiare sunt elaborate cu o anumită regularitate (de exemplu lunar, o dată la două luni, trimestrial) și fiecare raport include [3]:

- datele privind venituri și cheltuieli actuale pentru perioadă raportată,
- totalul pentru venituri și cheltuieli actuale pe parcursul anului până la data raportată,
- venituri și cheltuieli bugetate pentru perioada respectivă.

Asemenea date permit factorilor de decizie să aprecieze situația privind resursele financiare a programului.

Majoritatea programelor de promovare a sănătății dispun de mijloace financiare limitate. Este mai mult o excepție situația când programul este finanțat la așa un nivel, încât să dispună de toate finanțele necesare. Din acest considerent, coordonatori de programe trebuie să decidă cum vor fi distribuite resursele disponibile. Pentru o distribuire rațională a finanțelor este important de abordat următoarele întrebări [8]:

- 1) Este mai rațional de realizat un program finanțat la nivel adecvat pentru un număr mai redus de beneficiari sau de realizat un program cu finanțare redusă pentru un grup mai extins de beneficiari?
- 2) Dacă fondurile sunt limitate, care componente ale programului se exclud în primul rând?
- 3) Putem iniția un program, având mijloace insuficiente, sau nu începem până când nu obținem finanțarea adecvată?
- 4) Este mai bine să avem mai puțini instructori sau să ne descurcăm cu mai puține consumabile?

În anumite cazuri, aspectele legate de deficitul bugetar sunt depășite prin identificarea și atragerea resurselor adiționale. Atunci

când fondurile suplimentare nu pot fi obținute, se impune operarea ajustărilor la nivel de activități, astfel ca acestea să rămână în limitele bugetului preconizat inițial. Totodată, situațiile când se obțin economii de buget determinate de cheltuieli mai reduse, comparativ cu cele estimate, necesită identificarea unor decizii raționale privind realocarea de fonduri. Acestea variază de la modificări minore în interiorul unor categorii de cheltuieli (necesită doar calcule mai minuțioase pentru următoare perioadă de raportare financiară), până la schimbări esențiale între diferite categorii de buget (necesită aprobare obligatorie din partea finanțatorului).

### ***3.3.3 Fazele de implementare***

După cum a fost menționat, implementarea programului este un proces, nu un eveniment de moment. Procesul de implementare se derulează în timp și poate fi privit ca o dezvoltare a programului în șase faze [41]:

1. **Explorare și adoptare** – reflectă faza de planificare a programului, inclusiv evaluarea nevoilor și stabilirea unor decizii programatice privind scopul, obiectivele, intervențiile, rezultatele și politici. Un aspect esențial al acestei etape este acceptarea și obținerea sprijinului pentru program din partea autorităților și membrilor comunității care prezintă grupul-țintă.

2. **Stabilirea sistemului de management al programului** – se axează pe suportul structural necesar pentru inițierea programului. La această etapă se asigură fluxuri de finanțare, strategii pentru resursele umane, politici care vin în sprijinul programului.

3. **Punerea în implementare a programului** – presupune operarea pentru prima dată a programului elaborat. Parkinson (1982) a propus trei modalități diferite de punere în implementare a programelor [42]:

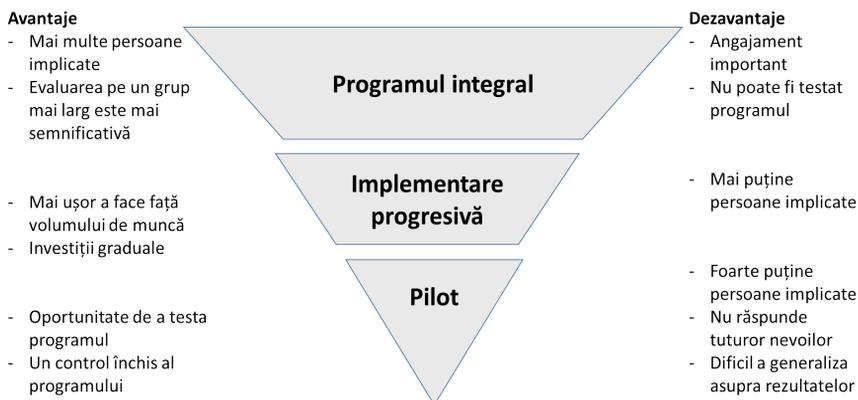
- (i) pilotare,
- (ii) implementare progresivă, în segmente mici și
- (iii) inițierea din start a programului integral.

Aceste trei strategii pot fi explicate, aplicând modelul triunghiului inversat, lățimea triunghiului reprezentând numărul de persoane din populația-țintă, implicate în program, în dependență de strategia selectată (figura16).

*Pilotarea* presupune testarea programului într-un grup limitat și oferă posibilitate de a identifica eventualele probleme, care pot fi asociate cu implementarea programului în condiții reale. Pentru a obține cele mai relevante rezultate, pilotarea trebuie realizată într-un grup din populația-țintă și într-un mediu în care se presupune implementarea programului. De asemenea, este esențial a obține opinii din partea participanților. Aceasta oferă posibilitatea formulării unor lecții însușite din prima experiență și identificarea necesităților pentru eventualele ajustări ale anumitor componente din program.

*Implementarea progresivă* presupune punerea în aplicare a programului într-un mod eșalonat, cu extindere progresivă a segmentelor de populație-țintă. Această abordare permite de a păstra un control mai mare asupra programului și introducerea graduală a investițiilor. Eșalonarea poate fi realizată în baza a mai multor criterii, precum:

- Diferite oferte ale programului (de ex.: la prima fază a unui program comprehensiv de promovare a sănătății, beneficiarilor le este oferit suport pentru managementul stresului; în continuare, la extinderea programului, se oferă și suport pentru abandonarea fumatului etc.).
- Limitarea numărului de participanți (de ex.: inițial se încadrează în program doar 25 de persoane pe lună, cu creșterea graduală a numărului de înrolări).
- Selectarea locației.
- Abilitățile participanților (de ex.: inițial sunt admiși în program începători în sport, în continuare, eligibilitatea programului se extinde asupra grupului intermediar și, în final, sunt admise persoanele cu un nivel sportiv avansat).



**Fig. 16. Modalități de punere în aplicare a programului.**

*Sursa:McKenzie, Neiger, Thackeray, 2009[8].*

4. **Activitatea deplină** – care presupune punerea în aplicare a programului în totalitate, la scara prevăzută în plan, cu un număr de personal complet și un număr de beneficiari planificați în total.

5. **Inovație** – poate să apară în timp, odată ce personalul, părțile interesate și participanții însușesc ce anume este rezultativ în populația-țintă, într-un anumit context. Momente de oportunitate pentru perfecționarea și extinderea programului sunt: schimbări în personal, *feedback* de la evaluări și condiții noi.

6. **Durabilitatea** – este asigurarea viabilității programului pentru o perioadă mai mare de timp. Menținerea programului în pofida schimbărilor, care survin pe parcurs, cu referire la sursele de finanțare, cerințele pentru program, apariția de noi probleme sociale, flexibilitatea partenerilor, este posibilă prin ajustarea corespunzătoare a implementatorilor și a participanților. Scopul acestei etape este menținerea pe termen lung a programului și asigurarea continuă a eficacității în contextul schimbărilor de mediu. Anumite tehnici care pot fi aplicate pentru a menține programul includ următoarele:

- (i) instituționalizarea programului,
- (ii) pledoarie pentru program,

- (iii) parteneriate cu alte agenții și organizații având misiune similară, pentru co-finanțare și responsabilitate comună,
- (iv) revizuirea raționamentului aplicat inițial la elaborarea programului.

### ***3.3.4. Componentele esențiale pentru implementarea de succes a programelor***

Programele de promovare a sănătății obțin tot mai mult teren în domeniul de sănătate publică și au devenit deja un imperativ în activitatea specialiștilor. Experiența în elaborarea și implementarea programelor de promovare a sănătății, acumulată pe parcursul deceniilor în diferite regiuni ale globului, a permis identificarea unui set de caracteristici, care s-au dovedit a influența pozitiv rezultatele programelor. Acestea pot fi prezentate ca componente esențiale pentru implementarea de succes a programelor de promovare a sănătății [43]:

- **Implicarea participativă.** Este esențială participarea activă a membrilor comunității la toate etapele de elaborare a programului și anume în: identificarea nevoilor; planificarea și punerea în aplicare a intervențiilor; evaluarea rezultatelor. O reprezentanță largă a comunității în cadrul structurilor de coordonare a programului creează un sentiment de apartenență și responsabilitate comună din partea membrilor comunității, facilitează obținerea angajamentului acestora pentru suportul programului și determină producerea unui impact mai valoros.
- **Caracterul comprehensiv al programului.** Cele mai reușite programe au un caracter comprehensiv, adică se adresează mai multor factori de risc, antrenează mai multe canale pentru punerea în aplicare a programului, aplică intervenții la diferite niveluri (persoane individuale, familii, grupuri sociale, organizații, comunități) și vizează nu doar schimbarea

comportamentelor de risc, dar, în același timp, și a factorilor și condițiilor care determină aceste comportamente (de ex.: motivație, mediul social etc.).

- **Caracterul integrat al programului.** Într-un program complex, este important să existe conexiuni dintre multiplele componente ale programului. Fiecare componentă trebuie să vină în susținerea altor elemente și să asigure consolidarea acestora. De asemenea, este rațională integrarea fizică a programelor de promovare a sănătății în acele contexte, în care persoanele își trăiesc viața (de ex.: locuri de muncă) și nu implementarea acestora doar în cadrul instituțiilor medicale.
- **Schimbare de durată.** Programele de promovare a sănătății trebuie să fie proiectate pentru a produce o schimbare stabilă și de durată a comportamentelor legate de sănătate. În acest aspect, este necesară asigurarea sustenabilității financiare a programelor respective, precum și dezvoltarea unei infrastructuri adecvate la nivelul comunităților.
- **Schimbarea normelor existente în comunitate.** Pentru a produce un impact semnificativ la nivel de comunitate, programele de promovare a sănătății trebuie să posede un potențial de a influența normele sau standardele de comportament promovate în comunitate respectivă. Acest lucru necesită ca un număr considerabil de membri ai comunității să fie expuși la mesajele programului sau, de preferat, să fie implicați într-un mod sau altul în activitățile programului.
- **Cercetare și evaluare.** Reușita unui program de promovare a sănătății poate fi apreciată doar printr-un proces comprehensiv de evaluare și cercetare. Acesta este necesar nu doar pentru a documenta adecvat rezultatele programului, dar și pentru a descrie procesele, a estima cost-eficiența și beneficiile intervențiilor.

Menționăm aici, adițional, un alt aspect esențial, care pavează calea spre succes a unui program de promovare a sănătății și, anume, fundamentarea teoretică a intervențiilor și aplicarea teoriilor

conceptuale la toate etapele de elaborare a programului. După cum a fost descris în capitolul II, nu există un model teoretic aplicabil pentru toate situațiile, însă, anumite teorii sunt mai relevante pentru intervenții realizate la anumit nivel.

### **3.4 EVALUAREA PROGRAMELOR DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII**

#### **3.4.1 Cadrul de evaluare**

Orice program de promovare a sănătății, indiferent de anvergură și gradul de complexitate, trebuie să treacă, la un moment dat, printr-un proces de evaluare. Evaluarea trebuie privită ca parte integrată a ciclului oricărui program, fiind organic legată de toate celelalte faze ale unui astfel de ciclu. După cum a fost prezentat în deschiderea acestui capitol, un program de promovare a sănătății își propune ca scop să rezolve o problemă de sănătate publică, iar rolul evaluării este de a stabili în ce măsură scopurile programului au fost atinse.

*Evaluarea programului* reprezintă efortul sistematic de analiză a unui program, cu scopul de a determina măsura în care au fost îndeplinite obiectivele propuse, au fost consumate resursele avute la dispoziție, s-a respectat design-ul inițial sau ar fi necesare anumite modificări ale acestuia, impuse de schimbările contextului, de diverse obstacole sau evenimente neprevăzute [44, 45].

Michael Quinn Patton, unul dintre autorii clasici în domeniul evaluării, consideră că evaluarea este "o colectare sistematică de informații despre activitățile, caracteristicile și rezultatele programelor pentru a fi utilizate în scopul de a reduce incertitudinea, a spori eficacitatea și a lua deciziile oportune în legătură cu programele respective" [46].

Cu referire la domeniul de promovare a sănătății, Green și Kreuter au definit evaluarea drept "compararea unui obiect de interes în raport cu un standard de acceptabilitate" [2]. Aplicând definiția dată, obiectul de interes poate fi referit la întregul program sau anumite componente ale acestuia.

*Standardele de acceptabilitate* reprezintă acel nivel minim de performanță, eficacitate sau beneficiu după care se apreciază valoarea unui program și, de obicei, sunt exprimate prin elementele de "rezultat" și "criteriu" al obiectivelor programului.

**Boxa 10. Mituri privind evaluarea programelor,**  
după McNamara în *Preoteasa*, 2009 [47].

**Mitul 1.** *Evaluarea este o activitate irelevantă, care generează o multitudine de date plictisitoare cu concluzii inutile.*

Aceasta ar putea fi o problemă în trecut, atunci când metodele de evaluare erau selectate, reieșind din capacitatea acestora de a fi în deplină concordanță cu acuratețea, exactitatea și validitatea științifică. Asemenea abordare genera un volum mare de date cantitative, care ofereau o descriere a situației din cadrul programelor, evitând, însă, orice fel de explicație sau generalizare. Ca rezultat, raporturile de evaluare prezentau lucruri evidente, iar administratorii programelor rămâneau decepționați și sceptici privind valoarea evaluării, în general. În perioada mai recentă, evaluarea se axează asupra aspectelor de utilitate, relevanță și aplicabilitate, cel puțin, în aceeași măsură ca și asupra validității științifice.

**Mitul 2.** *Evaluarea demonstrează succesul sau eșecul unui program.*

Acest mit presupune că un program de succes este unul perfect, care funcționează ireproșabil, independent de acțiunea celor implicați (participanți sau furnizori). În realitate, lucrurile nu se întâmplă în acest mod. Condițiile de succes se modifică în funcție de actorii implicați în program, iar programul necesită o adaptare continuă. De fapt, evaluarea are rolul de a furniza un răspuns continuu programului.

**Mitul 3.** *Evaluarea este un proces unic și complex, care se desfășoară într-un anumit mod și într-un anumit timp, fiind realizată întotdeauna de experți externi.*

Mulți specialiști consideră că pentru a efectua evaluarea, ei trebuie să fie foarte versați în concepte științifice de validitate și exactitate, ceea ce nu este adevărat. În realitate, ei trebuie să considere de care date au nevoie pentru a lua decizii despre necesitățile programului și să dorească, cu adevărat, să înțeleagă ce se întâmplă în cadrul programului. Mulți specialiști aplică regulat anumite modalități de evaluare a programelor, doar că nu o realizează într-o manieră structurată și formală. În acest fel, ei nu profită la maxim de acest efort sau obțin unele concluzii inexacte.

Fiind foarte variată după tip și metodă de realizare, evaluarea programului urmărește **două scopuri** de bază:

1) Aprecierea **calității programului** și îmbunătățirea practicilor în interiorul programului privind managementul, funcționarea echipei sau modul de furnizare a serviciilor către beneficiari;

2) Determinarea **eficacității programului** și generarea informațiilor pentru luarea deciziilor privind o intervenție în derulare (continuarea, modificarea sau stoparea acesteia), identificarea de noi programe sau alegerea între mai multe alternative de intervenție.

Comisia Europeană propune cinci criterii relevante în evaluare, pe care se bazează aprecierile evaluatorilor [48]:

1) **Relevanță** – se referă la măsura în care programul reușește să răspundă nevoilor reale, identificate în populația-țintă. Altfel spus, reprezintă măsura în care obiectivele stabilite și planul de implementare propus adresează corect problemele identificate.

2) **Eficiență** – se referă la cât de bine au fost folosite resursele disponibile pentru a transforma activitățile propuse în rezultatele intenționate. Acest criteriu vizează aspecte legate de rentabilitate și, anume, dacă ar fi putut fi obținute rezultate mai bune prin alte modalități și, în același timp, mai ieftine.

3) **Eficacitate** – încearcă să identifice dacă programul și-a atins obiectivele stabilite în faza de planificare. Întrebarea cheie este - *Ce beneficiu a adus programul în practică?* - prin raportarea la măsura în care subiecții vizați au beneficiat în mod real de pe urma produselor sau serviciilor pe care programul le-a pus la dispoziție.

4) **Coerență**– apreciază gradul de sinergie sau inconsistență a programului cu alte inițiative în derulare. Coerența internă se referă la modul în care diferite componente a unui program operează împreună pentru realizarea obiectivelor. Totodată, se analizează și compatibilitatea programului care se evaluează cu alte intervenții din același domeniu sau domenii interconectate.

5) **Valoarea adăugată pentru EU** – sunt considerate argumentele cu privire la valoarea rezultatelor obținute în urma implementării programului, care este adițională la valoarea ce ar fi rezultat în urma intervențiilor inițiate la nivel regional sau național.

### 3.4.2 Tipuri de evaluare

Tipurile de evaluare reprezintă perspectivele teoretice din care poate fi abordată evaluarea. Deși nu se poate vorbi despre o clasificare unanim acceptată a tipurilor de evaluare, în programele sociale, inclusiv cele de promovare a sănătății, majoritatea autorilor acceptă și aplică două mari abordări:

1) evaluare *formativă*, care se referă la aprecierea și ameliorarea calității programului și

2) evaluare *sumativă* care măsoară eficacitatea programului.

*Evaluarea formativă* pornește de la importanța cunoașterii cum funcționează un program și care îi sunt punctele slabe și punctele forte. Se realizează, de obicei, pe parcursul implementării programului (este o evaluare curentă, continuă) și are ca scop creșterea calității, îmbunătățirea programului studiat[49]. Întrebările de cercetare în cazul evaluărilor formative se referă la:

- atractivitatea programului pentru un număr cât mai mare de participanți,
- reprezentativitatea participanților pentru populația țintă,
- caracterul adecvat al teoriilor aplicate,
- gradul de corespundere a implementării programului cu protocolul prestabilit,
- încărcarea cu activități a personalului.

Este asociată mai mult cu metode calitative de colectare și analiză a datelor. Evaluarea formativă este privită mai mult ca un instrument de management, furnizând informații pentru îmbunătățirea, ajustarea, documentarea și administrarea programelor. Acest tip de evaluare este utilă tuturor programelor, dar, în special, celor care sunt implementate pe o perioadă mai lungă de timp.

*Evaluarea sumativă* apreciază în ce măsură programul a îndeplinit rezultatele propuse inițial și, astfel, stabilește performanța programului, măsoară succesul acestuia și îi estimează valoarea. Evaluarea sumativă se realizează la un anumit moment de la inițierea programului, fie după încheierea perioadei de implementare, fie

la finele unui ciclu al programului [8]. Acest tip de evaluare este centrat pe responsabilitățile față de beneficiari și finanțatori, pe identificarea lecțiilor învățate și aplicabilității acestora pentru implementarea unor programe în viitor, precum și pe optimizarea utilizării resurselor bugetare.

O adevărată apreciere a succesului unui program întotdeauna este legată de măsura în care au fost atinse scopurile și obiectivele acestuia. Fără o evaluare, asemenea afirmații și aprecieri nu sunt posibile.

Alte tipuri de evaluare sunt:

După poziția membrilor echipei de evaluare:

- o Evaluarea *externă* – este realizată de unul sau mai mulți evaluatori independenți din afara echipei programului. Este adecvată în special pentru evaluare sumativă. Oferă posibilitate de implicare a specialiștilor cu expertiză sectorială. Principalul dezavantaj este costul ridicat pe care îl presupune realizarea evaluării interne, precum și faptul că nu contribuie la dezvoltarea capacității interne de evaluare.
- o Evaluarea *internă* – este realizată de personalul specializat din interiorul instituției care implementează programul. Scopul evaluării interne este furnizarea unei analize din perspectiva implementatorului. Acest tip de evaluare este foarte adecvat pentru evaluarea formativă, contribuie la controlul calității evaluării și dezvoltarea capacității interne de evaluare. Dezavantajul major al evaluării interne este lipsa independenței.

După momentul evaluării:

- o Evaluare *ex-ante* – realizată la prima etapă a ciclului unui program (faza de planificare), înainte de luarea deciziei privind implementare. Evaluarea ex-ante presupune o analiză SWOT, a analiză a nevoilor și anumite simulări ale efectelor programului. Acest tip de evaluare asigură relevanța și coerența programului în funcție de context.
- o Evaluare *ex-post* – presupune analiza întregului program din perspectiva rezultatelor comparate cu obiectivele.

Principalele metode aplicate includ analiza proceselor, analiza impactului, analiza cost-beneficiu și cost-eficiență. Scopul evaluării ex-post este analiza calitativă și cantitativă a performanțelor, învățarea unor lecții pentru îmbunătățirea managementului unor programe viitoare, compararea performanțelor programului evaluat cu performanțele altor programe similare.

### **3.4.3 Stabilirea indicatorilor de monitorizare**

Procesul de planificare a etapei de evaluare presupune, în mod obligatoriu, stabilirea unor *indicatori de monitorizare*. Indicatorii sunt elemente care măsoară aspecte considerate esențiale pentru desfășurarea unui program. De regulă, ei se referă la obiectivele programului, modul de desfășurare a activităților, calendarul, resursele, grupul țintă și celelalte elemente ale unui program.

Indicatorii de monitorizare permit aprecierea programelor sub aspectul eficacității și a succesului. În acest mod, se determină în ce măsură obiectivele de proces și de rezultat ale programului au fost atinse, care este progresul spre obținerea rezultatului dorit, ce schimbare s-a produs, ca rezultat al implementării programului. Exemple de indicatori care pot fi stabiliți și urmăriți includ măsurarea activităților programului (de ex. rata de participare, nivelul de satisfacție, eficiența utilizării resurselor, nivelul de expunere la intervenție) și măsurarea efectelor programului (de ex. schimbări la nivel de comportament, politici publice și practici, norme sociale, starea de sănătate, calitatea vieții și mediu).

Indicatorii de monitorizare selectați pentru program trebuie să corespundă următoarelor caracteristici [3, 50]:

- *Fiabilitate* – oferirea de date exacte și consecvente în timp. De obicei, datele produse și utilizate de organizații credibile sunt mai fiabile comparativ cu cele elaborate pe cont propriu.
- *Validitate* – în ce măsură indicatorul măsoară anume ceea ce se propune spre măsurare. De exemplu, cei care au recepționat un mesaj anume.

- *Accesibilitate*– este important a considera nu doar ce urmează să fie măsurat, dar și unde asemenea date sunt disponibile și orice limitare legată de accesibilitatea datelor (de ex.: frecvența de colectare).

Este recomandat ca, pentru fiecare obiectiv, atât de proces, cât și cel de rezultat, să fie stabilit cel puțin un indicator. Indicatorii de monitorizare pot fi *cantitativi* sau *calitativi*.

Un indicator trebuie să ofere o unitate clar definită de măsură și o țintă care să detalieze cantitatea, calitatea sau organizarea în timp a rezultatelor așteptate. Totodată, pentru fiecare indicator trebuie stabilite *mijloace de verificare* – se specifică clar sursa din care vor fi colectate informațiile cu privire la indicatori. Se ia în considerare modul în care informația va fi colectată (metodologia), cine va fi responsabil și frecvența cu care informația trebuie colectată și furnizată.

La stabilirea indicatorilor de monitorizare este utilă aplicarea **Modelului de rezultate pentru promovarea sănătății**, elaborat sub egida Uniunii Internaționale pentru Promovarea Sănătății și Educație (IUPHE) [51].

Modelul prezintă un cadru de rezultate care pot fi obținute la diferite niveluri prin realizarea activităților de promovare a sănătății.

Nivelul superior este reprezentat de *Rezultate de sănătate și cele sociale*. *Rezultate de sănătate* sunt măsurate prin: morbiditate, dizabilitate sau mortalitate, iar cele *sociale* prin: calitatea vieții, independență funcțională și echitate.

Următorul nivel de rezultate se referă la *Rezultate intermediare de sănătate*, care corespund factorilor determinanți ai sănătății ce pot fi modificați, precum: stilul de viață, serviciile de sănătate eficiente, medii sănătoase.

Cel mai inferior nivel include *Rezultate de promovare a sănătății* și corespunde măsurării impactului imediat al intervențiilor. Modelul include trei domenii pentru măsurări de acest tip:

1. alfabetizare în sănătate,
2. acțiune și influență socială și
3. politici publice și practici organizaționale.

La rândul său, rezultatele de promovare a sănătății pot fi obținute prin acțiuni de promovare a sănătății, precum educație, mobilizare socială și pledoarie [52, 53].

Structura generală a *Modelului de rezultate* este prezentată în tabelul ce urmează.

**Tabelul. 8. Structura generală a Modelului de rezultate [54].**

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Rezultate de sănătate și sociale</b>   | <b>Rezultate sociale</b><br>calitatea vieții, independență funcțională, echitate.  |   |  |
|   | <b>Rezultate de sănătate</b><br>morbiditate, dizabilitate, mortalitate evitabilă.  |   |  |
| <b>Rezultate de sănătate intermediare</b><br><br>(factori determinanți ai sănătății modificabili) | <b>Stilul de viață sănătos</b><br><br>consumul de tutun, alegeri alimentare, activitate fizică, consumul excesiv de alcool și consumul de droguri .                      | <b>Servicii de sănătate eficace</b><br><br>prestarea serviciilor preventive, accesul la servicii de sănătate și caracterul adecvat al acestora. | <b>Medii sănătoase</b><br><br>siguranța mediului fizic, condiții economice și sociale favorabile, aprovizionarea bună cu alimente, accesul restricționat la produsele de tutun, alcool . |
| <b>Rezultatele de promovare a sănătății</b><br>(măsurarea impactului intervențiilor)              | <b>Alfabetizare în sănătate</b><br><br>Cunoștințe legate de sănătate, precum și atitudini, motivație, intenții de comportament, abilități individuale, auto-eficacitate. | <b>Acțiuni și influență socială</b><br><br>participare comunitară, împuternicire comunitară, norme sociale, opinie publică.                     | <b>Politici publice de sănătate și practici organizaționale</b><br><br>prevederi legislative, regulatorii, alocarea resurselor, practici organizaționale.                                |
| <b>Acțiuni de Promovare a Sănătății</b>   | <b>Educație</b><br><br>educația pacienților, educație pentru sănătate în cadrul școlii, comunicare prin mass-media de difuzare și sursele printate.                      | <b>Mobilizare socială</b><br><br>dezvoltarea comunitară, facilitarea grupului, consultări tehnice.  | <b>Pledoarie</b><br><br>activitate de influență, organizare politică și activism politic, depășirea inerției birocratice .   |

Un criteriu important pentru orice evaluare este gradul de utilizare a rezultatelor acesteia. Oricât de bine ar fi realizată o evaluare, din punctul de vedere al respectării cerințelor metodologice, utilizarea limitată a rezultatelor afectează semnificativ calitatea evaluării. Patton a dezvoltat perspectiva *evaluării centrate pe utilizare*. Aceasta urmărește creșterea gradului de utilizare a evaluării de către potențialii utilizatori și abordează evaluarea ca un proces colectiv de luare a deciziilor în colaborare cu un grup identificat de utilizatori [46].

Evaluarea este unica modalitate de a diferenția programele care promovează sănătatea și previn îmbolnăvirile de cele care nu produc schimbarea. Evaluarea programelor de promovare a sănătății, fiind un element obligatoriu, constituie forța motrică pentru planificarea unor strategii eficiente, contribuie la îmbunătățirea programelor existente și demonstrează rezultatele investițiilor în resurse[50].

### ***Bibliografie:***

1. Haynes, S.N., Heiby, E.M., Hersen, M. (Eds.). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*, Vol. 3, Behavioral Assessment; 2003.
2. Green, L.W.& Kreuter, M.M. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, 2<sup>nd</sup> ed. Mountain View, Mayfield; 1991.
3. Fertman, C. & Allensworth, D. (Eds.) *Society for Public Health Education (SOPHE). Health promotion programs: From theory to practice*. San Francisco, Jossey-Bass/Wiley, 2010.
4. Community Preventive Services Task Force. *Using evidence to improve health outcomes. Annual Report to Congress, 2016*. [www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/2016-congress-report-full.pdf](http://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/2016-congress-report-full.pdf)
5. Speller, V., Learmonth, A., & Harrison, D. The search for evidence of effective health promotion. *BMJ*, 1997,315(7104): 361-363.
6. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). *Planning health promotion programs: introductory workbook* [Internet]. 4th ed. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2015
7. Koelen, M.A., van den Ban, A.W. *Health education and health promotion*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers; 2004.
8. McKenzie, J.F., Neiger, B.L.& Thackeray, R. *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs: A primer* (5th ed.). San Francisco: Benjamin Cummings; 2009.

9. Rimer, B. & Glanz, K. *Theory at a glance. A guide for health promotion practice*, 2nd ed. Bethesda, Maryland, US Department of Health and Human Services; 2005.
10. Simson-Morton, B. G., Green, W. H., Gottlieb, N. H. *Introduction to health education and health promotion* (2<sup>nd</sup> ed.). Prospect Heights, IL: Waveland Press; 1995.
11. Health Communication Unit. *Introduction to Health Promotion Program Planning*. The Centre for Health Promotion, University of Toronto; 2001. Accesat la: <http://ctxh.hcmussh.edu.vn/Resources/Docs/SubDomain/ctxh/planning.wbk.content.apr01.format.oct06.pdf>
12. Vilnius, D., Dandoy, S. A Priority Rating System for Public Health Programs. *Public Health Reports*, 1990, 105(5):463-470.
13. Ross, H. S., Mico, P. R. *Theory and practice in health education*. Palo Alto, CA: Mayfield; 1980.
14. Centers for Disease Control and Prevention. *CDCynergy: Your guide to effective health communication*. Rockville, MD: Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services; 2003.
15. Aspen Reference Group. *Community health education and promotion: A guide to program design and evaluation* (2<sup>nd</sup> ed.). Gaithersburg, MD: Aspen, 2002.
16. Rainey, J., Lindsay, G. 101 questions for community health promotion program planning. *Journal of Health Education*, 1994, 25(5): 309-312.
17. State program evaluation guides: Writing SMART objectives. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Division for Heart Disease and Stroke Prevention. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services; 2008. Accesat la : [https://www.cdc.gov/dhdsp/programs/spha/evaluation\\_guides/smart\\_objectives.htm](https://www.cdc.gov/dhdsp/programs/spha/evaluation_guides/smart_objectives.htm)
18. Salabarría-Peña, Y., Apt, B.S., Walsh, C.M. *Practical Use of Program Evaluation among Sexually Transmitted Disease (STD) Programs*, Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, 2007.
19. Sallis, J.F., Owen, N., Fisher, E. B. Ecological models of health behavior. In: Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). *Planning health promotion programs: introductory workbook*. 4th ed. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2015.
20. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO. 1986, November 21. Accesat la: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
21. McNeil, D., Flynn, M. *Methods of defining best practice for population health approaches with obesity prevention as an example*. *P Nutr Soc* 2006;65:403-411.

22. McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q.* 1988 Winter;15(4):351-377.
23. Health Promotion Glossary. WHO. Geneva, 1989.
24. Weiner, B.J., Lewis, M.A., Clauser, S. B., Stitzenberg, K. B. In search of contextual synergy: strategies for combining interventions at multiple levels. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2012;44:34-41
25. Disponibil la <http://www.pubmed.gov>
26. Disponibil la <http://rtips.cancer.gov/rtips/index.do>
27. Disponibil la <http://www.thecommunityguide.org/index.html>
28. Disponibil la <http://www.nrepp.samhsa.gov>
29. . State heart disease and stroke prevention program evaluation guide: Developing and using a logic model. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services. Accesat la : [https://www.cdc.gov/dhdsp/programs/spha/evaluation\\_guides/logic\\_model.htm](https://www.cdc.gov/dhdsp/programs/spha/evaluation_guides/logic_model.htm)
30. Taylor-Powell, E., Jones, L., & Henert, E. Enhancing Program Performance with Logic Models. Madison, WI: University of Wisconsin Extension, 2003. Accesat la: <http://www.uwex.edu/ces/lmcourse/>
31. Erwin, D. P., Ivory, J., Stayton, C., Willis, M., Jandorf, L., Thompson, H., et al. Replication and dissemination of a cancer education model for African American women. *Cancer Control*, 2003,10, pp.13 - 21.
32. Timmreck, T. C. *Planning, program development, and evaluation* (2nd ed.). Boston: Jones & Bartlett, 2003.
33. Shelly, G.B., Cashman, T.J., Rosenblatt, H.J. *Systems Analysis and Design*. 6th Ed. Thomson Course Technology, USA, 2006.
34. Wittwer, J.W. *Excell Timeline Templates by Vertex 42.com*. Preluat de pe: <http://www.vertex42.com/ExcelTemplates/excel-gantt-chart.html>
35. Hulea, M. *Managementul proiectelor., Note de curs – Partea I*. UTCN, 2011.
36. Sloane, B.C., Zimmer, C.G. The power of peer health education. *Journal of American College Health* 1993; 41:241-245.
37. Milburn, K. A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Education Research*; 1995, 10:407-420.
38. Harris, J. H., McKenzie, J. F., & Zuti, W. B. How to select the right vendor for your company's health promotion program. *Fitness in Business*, 1986,1, 53-56.
39. Finkeler, S. A. *Budgeting concepts for nurse managers* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: W. B. Saunders; 1992.
40. Shim, J. K., Siegel, J. G. *Complete budgeting workbook and guide*. New York: New York Institute of Finance, 1994.

41. Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. *Implementation research: A synthesis of the literature* (FMHI Publication No. 231). Tampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network; 2005.
42. Parkinson, R. S. & Associates. *Managing health promotion in the workplace: Guidelines for implementation and evaluation*. Palo Alto, CA: Mayfield; 1982.
43. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. *Health education: theoretical concepts, effective strategies, and core competencies: a foundation document to guide capacity*, 2012.
44. Shadish, W.R., Cook, T.D., Leviton, L.C. *Foundations of program evaluation: theories of practice*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1991.
45. Worthen, B.R., Sanders, J.R., Fitzpatrick, J.L. *Program evaluation: alternative approaches and practical guidelines*. 2nd ed. New York, NY: Longman, 1996.
46. Patton, M. Q. *Utilization-focused evaluation* (4th. Ed). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2008.
47. Preoteasa, A. M. *Cercetarea politicilor sociale*. Iași: Editura Lumen, 2009.
48. Beder Regulator Toolbox [complement to SWD(2015)111]. Brussels: European Commission, 2015.
49. Gilmore, G. D., & Campbell, M. D. *Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett, 2005.
50. Framework for program evaluation in public health. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1999, 48 (RR-11), 1-40.
51. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. Part Two, Evidence Book*, 1999.
52. Spencer, B., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B., Ackermann, G., Spoerri, A., Cloetta, B. Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: Development of the Swiss model for outcome classification in health promotion and prevention. *Health Promot Int*. 2008;23(1):86-97.
53. Nutbeam, D. Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 1998,13, 27-44.
54. Duplaga, M. The evolving concept of health promotion: definitions, outcomes and classification of interventions. *Public Health Management/ Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2015, Vol. 13 Issue 2, p141-149.

# STRATEGII ȘI INTERVENȚII DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII

### ***4.1. NOȚIUNI GENERALE***

Strategiile de promovare a sănătății reprezintă "orice combinație planificată de mecanisme educaționale, de politici publice, de mediu, regulatorii sau organizaționale care sprijină acțiuni și condiții favorabile pentru sănătatea persoanelor, grupurilor și a comunităților" [1]. Strategiile de promovare a sănătății promovează sănătatea populației prin acțiuni asupra determinantelor sociale de sănătate. Un program amplu de promovare a sănătății se elaborează în baza modelului socio-ecologic de sănătate și include strategii care interacționează la mai multe niveluri – individual, de familie, grupuri mici, comunitate, societate – pentru a promova sănătatea unei populații.

Nu există o clasificare comună a strategiilor de promovare a sănătății. Diferite surse prezintă diferite modalități de sistematizare a strategiilor în mai multe categorii care variază atât după numărul, cât și după denumirea acestora. De exemplu, McKenzie identifică șase categorii de bază și patru strategii la categoria "altele" [2]; sursele OMS specifică șapte strategii generice de promovare a sănătății [3]; Agenția de Protecție și Promovare a Sănătății Ontario distinge opt clustere de strategii de promovare a sănătății [4], iar Departamentul de Sănătate din Minnesota identifică 17 tipuri de intervenții de sănătate publică [5].

O modalitate de prezentare a strategiilor de promovare a sănătății este gruparea acestora în categorii în corespundere cu ariile de acțiune prezentate în Carta de la Ottawa [6]:

1. Elaborarea unor politici publice care favorizează sănătate
2. Crearea unor medii favorabile
3. Consolidarea acțiunilor comunitare

4. Dezvoltarea abilităților individuale
5. Reorientarea serviciilor de sănătate.

Trebuie să recunoaștem că la nivel de aplicare practică, există suprapuneri importante a diferitor tipuri de strategii. Totuși, categoriile prezentate reflectă modalități distincte pentru schimbarea comportamentului și/sau crearea unor medii care promovează sănătatea și oferă un punct de referință pentru înțelegerea diferențelor de abordare.

## **4.2 STRATEGIA POLITICILOR DE REGLEMENTARE**

Aplicarea *strategiei politicilor de reglementare* implică acțiuni prin care se intervine la nivel de politici publice și sistemul legislativ. Politica publică reprezintă "un set de decizii interrelaționate, luate de un actor politic sau un grup de actori, privind selectarea de obiective și de mijloace necesare pentru atingerea acestora" [7]. Termenul de politică implică existența unei autorități cu putere de luare a deciziilor, care are capacitatea de a iniția, promova, implementa și/sau susține respectiva politică. Caracterul public se referă la beneficiarii asupra cărora se răsfrâng efectele respectivei politici, adică cetățenii.

Politici publice elaborate cu scopul de a influența în mod pozitiv starea de sănătate a populației sunt cunoscute ca politici publice care favorizează sănătatea [8]. În acest caz, efectul urmărit se obține prin stabilirea unor cerințe legale și măsuri obligatorii, care reglementează anumite activități cu un impact direct asupra sănătății sau care au potențialul de a influența comportamentul persoanelor.

Principalele abordări propuse pentru aplicarea strategiei politicilor de reglementare includ următoarele[6]:

- **Măsuri legislative și/sau regulatorii:** se referă la norme stabilite prin legi sau linii directe care încurajează comportamente sănătoase. Pentru a induce schimbarea dorită, legile acționează prin diferite modalități [9]. Unele legi impun în mod direct o schimbare de comportament,

precum legea care obligă purtarea centurii de siguranță. În alte cazuri, legile determină o schimbare directă a mediului, fără a necesita careva acțiuni noi din partea populației vizate, precum legile privind fortificarea alimentelor. Anumite legi au un mecanism mai complex de obținere a rezultatelor. De exemplu, legea privind interzicerea fumatului impune o schimbare de comportament, care ulterior rezultă într-o schimbare a mediului cu efectele benefice asupra populației țintă. Alte legi impun o modificare a politicii organizaționale, ceea ce duce în cele din urmă la schimbarea de comportament; precum includerea obligatorie a serviciilor de renunțare la fumat în pachetul de asigurări medicale – în rezultat, crește cererea pentru aceste servicii, iar în cele din urmă crește și rata de renunțare la fumat. Dacă sunt puse bine în aplicare, măsurile legislative pot influența semnificativ modul în care persoanele se comportă și alegerile pe care le fac.

- **Măsuri fiscale:** politicile fiscale prezintă o tehnică de reglementare din partea autorităților. În contextul promovării sănătății, măsurile fiscale se aplică pentru încurajarea anumitor comportamente sănătoase. Efectul principal al acestor politici este fie influențarea prețului produselor legate de sănătate, fie modificarea cantităților disponibile de asemenea produse. Instrumentele guvernului aplicate în acest scop sunt *impozitarea și subvenționarea* [10].

Aplicarea impozitelor pentru produsele nocive s-a dovedit să fie una din cele mai eficiente măsuri în reducerea consumului acestora. Inițial, asemenea reglementări au fost aplicate pentru produsele de tutun [11] și băuturi alcoolice [12], existând suficiente dovezi pentru utilizarea acestor intervenții. Actualmente există tendința pentru impozitarea alimentelor nesănătoase, precum băuturile carbogazoase dulci, produsele cu un conținut excesiv de zahăr, grăsimi și sare – ca o măsură de influență asupra ratei obezității [13]. O abordare progresivă în contextul politicii fiscale este aplicarea "impozitului pe viciu". În acest caz, banii obținuți din taxele pentru produsele nocive sunt direcționați spre sistemul de sănătate [14].

Măsurile fiscale se referă, de asemenea, la subvențiile oferite din partea statului. Asemenea intervenții se aplică pentru a spori disponibilitatea, accesibilitatea și consumul unor mărfuri [10]. De exemplu, există dovezi ample că subvenționarea produselor alimentare este o măsură eficientă pentru ameliorarea stării de nutriție în populație [15]. Alte exemple pentru aplicare subvențiilor în scopul de promovare a sănătății se referă la: medicamente, vaccinuri, sisteme de purificare a apei potabile, programe de activitate fizică. În cazul programelor de subvenționare, este importantă stabilirea și menținerea relațiilor de cooperare dintre sectorul public, care inițiază și finanțează aceste programe, și sectorul privat care asigură implementarea.

Intervențiile din partea statului prin intermediul politicii fiscale funcționează bine atunci când instituțiile publice sunt puternice și credibile, instrumentele fiscale sunt elaborate și aplicate în mod adecvat, iar capacitatea de reacție a consumătorilor și a producătorilor la semnale de preț este suficient de înaltă [10]. În situații când acestea condiții lipsesc, politici fiscale sunt aplicate în combinație cu campanii de informare și educație, precum și măsuri legislative.

- **Schimbări organizaționale:** vizează schimbări la nivel de politici organizaționale (regulamente, responsabilități, stimulente, sancțiuni) și practici determinate de acestea, în scopul de a influența comportamentele de risc a persoanelor și asigura accesul mai larg la resursele sociale, educaționale și cele care promovează sănătatea.

Schimbarea organizațională este descrisă, de obicei, ca un proces realizat pe etape[16]:

Etapa 1: Evaluarea situației curente

Etapa 2: Crearea unei viziuni strategice

Etapa 3: Planificarea strategiei de schimbare

Etapa 4: Asigurarea angajamentului și implicării

Etapa 5: Gestionarea schimbării și menținerea impulsului

Etapa 6: Integrarea și consolidarea schimbării pentru a asigura perpetuarea acesteia.

Schimbările organizaționale constituie strategia de bază pentru programele de promovare a sănătății la locul de muncă. De exemplu, o companie care intenționează promovarea sănătății al angajaților și decide să încurajeze folosirea mai frecventă a scărilor, poate opta pentru instituirea unei politici organizaționale care presupune utilizarea ascensorului doar de către persoane cu dizabilități. Un alt exemplu, în cazul organizației care elaborează un program de reducere a nivelului de stres și promovare a sănătății mintale al angajaților, conducerea organizației poate aborda problema respectivă prin implementarea unui program flexibil de activitate și/sau adoptarea unei politici de a nu folosi e-mail de lucru în intervalul de timp 20:00 – 06:00. Asemenea intervenții contribuie la îmbunătățirea echilibrului dintre viața profesională și cea personală și reduc nivelul de stres [17].

În contextul elaborării de politici publice care favorizează sănătatea, reglementări și măsuri obligatorii pot fi aplicate de organele decizionale la diferite niveluri:

- autoritățile publice centrale - legi parlamentare, hotărârile guvernului (ex.: prevedere legală privind interzicerea fumatului în spații publice);
- autoritățile publice locale - hotărârile și deciziile emise de autoritățile publice locale (ex.: Hotărârea Consiliului municipal privind colectarea separată a deșeurilor);
- administrația instituțiilor, organizațiilor și companiilor – deciziile consiliilor de administrare (ex.: politica companiei privind interzicerea fumatului în mijloacele de transport care aparțin companiei; decizia consiliului de administrare a liceului privind meniuri servite la cantina liceului) [2].

### Boxa 11. Măsurile legislative privind controlul tutunului

Măsurile legislative constituie componenta esențială care stă la baza unui program eficient de control a tutunului.”Legile societății prezintă articularea cea mai solemnă și formală a valorilor sale; ele recunosc, consolidează și fac mai permanente normele importante ale societății” [18]. Rolul legislației în domeniul de control al tutunului se referă și la necesitatea de ”restricționare a conduitei companiilor de tutun, mediului privat și a indivizilor – măsuri care pot fi aplicate doar prin legislație” [18]. Adoptarea și implementarea reglementărilor legislative reprezintă cea mai eficientă măsură în domeniul controlului tutunului. O legislație comprehensivă în acest domeniu vizează interzicerea fumatului în spații publice, interzicerea totală a publicității produselor de tutun, precum și sporirea taxelor la produsele de tutun care să descurajeze consumul acestora. Măsurile respective, alături de alte reglementări privind ambalarea și comercializarea produselor de tutun, sunt incluse în prevederile Convenției Cadru al Organizației Mondiale a Sănătății privind Controlul Tutunului [19].

Există dovezi științifice ample care demonstrează eficiența și impactul măsurilor legislative în domeniul controlului tutunului. Legislație de **interzicere a fumatului în spații publice** rezultă în reducerea semnificativă a expunerii la fumul de tutun din mediul ambiant. În Spania, prevalența totală a expunerii la fumatul pasiv s-a redus de la 49,5% în 2005 la 37,9% în 2007 (reducere de 22%), ca urmare a implementării legilor privind spații libere de tutun (deși au fost implementate doar restricții parțiale pentru restricții în baruri și restaurante) [20]. În Noua Zeelandă, expunerea la fumatul pasiv la locul de muncă a scăzut esențial de la 20% în 2003 la 8% în 2006 [21]. O meta-analiză a 45 studii care au examinat impactul a 33 legi de interzicere a fumatului în spații publice, cu mediana pentru perioadă de urmărire de 24 luni (2 – 57 luni) a stabilit că punerea în aplicare a unei legislații comprehensive a fost asociată cu reducerea ratei de spitalizare sau deces pentru următoarele condiții:

- evenimente coronariene (riscul relativ 0,848)
- alte boli cardiace (riscul relativ 0,610)
- accidente cerebrovasculare (riscul relativ 0,840)
- boli respiratorii (riscul relativ 0,760)

Legile mai comprehensive au fost asociate cu o reducere mai mare a riscului [22].

Studiile care au examinat impactul implementării **legislației privind interzicerea publicității** la produsele de tutun au generat rezultatele mixte [23, 24]. Totodată, evidențele mai recente au demonstrat că interdicții parțiale nu au fost asociate cu reducerea utilizării tutunului, pe când interzicerea totală a publicității și promovării produselor de tutun a fost asociată cu scădere semnificativă (6,3%) a consumului de tutun [25]. Importanța majoră a legislației în domeniul publicității produselor de tutun se referă la excluderea influenței măsurilor publicitare asupra persoanelor tinere. O serie de studii au constatat că publicitatea pentru produsele de tutun are un efect major în atragerea atenției copiilor și reținerea anunțurilor de către tineri [26, 27].

**Creșterea taxelor** la produsele de tutun produce o majorare, cel puțin proporțională, a prețului, ceea ce rezultă în scăderea consumului de tutun. O serie de estimări economice arată că, o creștere de 10% a prețului la țigări va produce o reducere a cererii pentru produsele de tutun de 3-5% la adulți. Tinerii sunt mult mai sensibili la schimbarea nivelului de preț [28] – o creștere de 10% a prețului ar reduce consumul în rândul tinerilor cu 18%, de circa trei ori mai mare comparativ cu reducerea consumului obținută prin aceleași măsuri la adulți [29].

Turcia, începând cu 2008, a majorat taxele la produsele de tutun, prețul mediu la țigări crescând cu 42% în perioada 2008-2012. Astfel, țigările au devenit mai puțin accesibile și prevalența media a fumatului s-a redus cu 15%. Cea mai pronunțată scădere a prevalenței fumatului a fost observată în rândul persoanelor cu statut socio-economic redus – schimbare relativă de 30% în perioada 2008-2012 [30].

Franța, în perioada 1990 – 2005, a majorat progresiv taxele la produsele de tutun care au rezultat în creșterea de trei ori a prețului ajustat la rata inflației. Aceste măsuri au fost urmate de o reducere a vânzărilor cu peste 50%. În termen de doar câțiva ani a fost observat impactul de sănătate al acestei scăderi dramatice a consumului de tutun – rata de deces a cancerului pulmonar la bărbați tineri s-a redus cu 50% [31, 32].

Pornind de la faptul că prevederile legale și regulatorii obligă persoanele la un anumit comportament, aplicarea acestui tip de strategie poate fi foarte controversată, în special prin prisma anumitor aspecte etice. Deseori, oponenții acestor măsuri invocă privarea dreptului la liberă alegere a persoanei, intervenție în viața

privată sau un anumit gen de discriminare [33, 34]. Însă asemenea abordare este în absolută discordanță cu scopul major urmărit prin strategia de politici publice în promovarea sănătății, cel de a "permite persoanelor să ducă un mod de viață sănătos" [35]. Astfel, statul intervine în anumite activități și viața privată a persoanelor pentru a asigura protecția sănătății unor grupuri mai largi de populație [36].

Elaborarea de politici publice prezintă o serie de avantaje comparativ cu alte strategii de promovare a sănătății. Extinderea impactului unei politici publice este mult mai largă decât nivelul de acoperire a strategiilor axate asupra dezvoltării abilităților individuale. Totodată, spre deosebire de strategia de dezvoltare comunitară, o politică publică vizează obiective concrete și tangibile. De asemenea, intervenții la nivel de politici au potențialul de a produce schimbări de durată. Odată fiind implementate, acestea nu implică riscuri de întrerupere sau retragere, precum e cazul programelor axate asupra prestării serviciilor care pot fi desființate, de exemplu la apariția constrângerilor financiare [37].

Este important să menționăm că aplicarea strategiei politicilor de reglementare are anumite limitări. Procesul de adoptare a legilor și regulamentelor poate fi dificil și plin de controverse. Deoarece majoritatea problemelor abordate în contextul promovării sănătății sunt de natura intersectorială, soluționarea acestora va necesita cooperarea dintre mai multe sectoare, ceea ce necesită mai mult timp și un efort deosebit. Totodată, impactul unei legi asupra atingerii obiectivelor propuse de sănătate publică poate varia semnificativ în dependență de eficiența punerii în aplicare și controlul implementării prevederilor legale.

### **4.3. STRATEGIA DE CREARE A MEDIILOR FAVORABILE SĂNĂTĂȚII**

Strategia de mediu implică schimbarea contextului economic, social sau fizic care afectează starea de sănătate. Rezultatele cercetărilor demonstrează că informarea și educarea persoanelor despre stilul sănătos de viață, în sine, nu este suficientă. Mediul creat trebuie să fie proiectat astfel, încât să ofere oamenilor posibilitatea de

a se angaja în comportamente sănătoase [38]. Nu ne putem aștepta la practicarea regulată de activități fizice și menținerea alimentației sănătoase de la persoanele care nu au acces convenabil la spații pentru activități și la alimente sănătoase accesibile după preț.

Condițiile și organizarea locurilor de muncă, locurilor de trai și locurilor de recreere influențează starea de sănătate a persoanelor, fie în sensul constrângerii, fie a facilitării [39]. Schimbări la nivel de mediu pot constitui un stimul eficient pentru schimbarea de comportament. Strategia de schimbare a mediului presupune înlăturarea barierelor existente în comunitate și crearea unor condiții propice pentru sănătate. Se urmărește schimbarea anumitor aspecte ale ambianței în așa mod, ca acestea să faciliteze adoptarea și practicarea unor comportamente sănătoase. Drept rezultat, luarea deciziilor favorabile pentru sănătate devine mai ușoară. De obicei, strategiile de schimbare a mediului nu necesită careva acțiuni din partea populației-tintă, ci consolidează potențialul de promovare a sănătății a unor medii favorabile.

Exemple de intervenții de promovare a sănătății care se referă la strategia de schimbare a mediului includ următoarele:

- *Schimbarea mediului la locurile de muncă* – subvenții oferite angajaților pentru înscrierea la un club sportiv; examinarea periodică a stării de sănătate a angajaților; includerea alimentelor sănătoase în meniuri la cantină; sprijinirea angajaților să renunțe la fumat; asigurarea unor oportunități de învățare pe tot parcursul vieții, prin rotația locurilor de muncă etc.
- *Schimbarea mediului la locuri de trai* – asigurarea locuințelor cu detectori de fum pentru a spori siguranța locatarilor; încurajarea folosirii scărilor și nu urcarea cu ascensorul; afișarea semnelor de interdicere a fumatului etc.
- *Schimbarea mediului la locurile de recreere* – crearea unor spații de recreere în apropierea zonelor rezidențiale pentru a facilita practicarea activităților fizice; creșterea numărului de parcuri și a zonelor verzi în comunitate; instalarea limitatoarelor de viteză în parcuri, în preajma terenurilor de joacă; stabilirea unor zone libere de fum de tutun; eliminarea produselor alimentare nesănătoase din distribuitoare automate; etc.

Whitelaw și coautorii au descris **cinci modele de promovare a sănătății legate de mediu [40]**. Acestea consideră diferite aspecte ale problemelor de sănătate și soluțiile care se impun prin prisma dacă acestea se referă la individ sau la sistemele și structurile din mediu.

*Modelul pasiv* se referă la cazul în care atât problema, cât și soluție sunt în limitele controlului voluntar al individului, iar mediu are un rol simplu de canal neutru de comunicare, oferind accesul la populație vizată. Un exemplu ar fi educație pentru sănătate în școli – școala oferă posibilitate de acces la cohorte de persoane tinere pentru le oferi cunoștințe și abilități privind un stil sănătos de viață.

*Modelul activ* presupune că unele aspecte ale mediului promovează activ schimbările de comportament urmărite în grupul țintă. Astfel, educație în școli privind dauna fumatului poate fi susținută prin politici de stabilire a spațiilor libere de fum de tutun; creșterea complianței lucrătorilor medicali privind igienizarea mâinilor va include afișarea pliantelor informative și acțiuni de dotare cu sisteme sanitare, implementarea de politici și instruirea personalului.

*Modelul de conductor* presupune că atât problema, cât și soluție sunt legate de caracteristicile mediului, însă modalitatea de obținere a schimbării presupune realizarea unor pași incremental pe subiecte specifice. Astfel, proiectele de promovare a sănătății sunt utilizate în calitate de conductori secundari spre atingerea scopului primar mai larg de creare a unui mediu favorabil sănătății. Spre exemplu, în cazul reorientării spitalului prin incorporarea conceptului de promovare a sănătății, proiectele axate asupra anumitor aspecte sunt realizate pentru a obține la nivelul organizației o înțelegere mai amplă a beneficiilor de dezvoltare spre un spital care promovează sănătate.

*Modelul organic* evidențiază rolul indivizilor din cadrul organizației pentru obținerea, în termen lung, a schimbărilor de sistem. Se bazează pe ideea că într-un mediu organizațional, procesele de sistem se formează dintr-o multitudine de acțiuni realizate de persoanele din cadrul acestuia. Astfel, soluția presupune eforturi pentru dezvoltarea personală și schimbarea proceselor integrate

în cadrul sistemului. Acțiunile pot include dezvoltarea capacităților de comunicare a personalului și programele de instruire pe unele subiecte generice. Abordarea respectivă are similitudini cu metoda de dezvoltare comunitară și îmbunătățirea continuă a calității.

*Modelul comprehensiv* este axat asupra schimbărilor de structură și de proces din cadrul organizației, însă acestea sunt privite ca fiind în afara limitelor de influență al angajaților individuali. Respectiv, soluțiile sunt direcționate asupra intervențiilor la nivel de strategii și politici organizaționale și acțiuni din partea conducătorilor.

Modelele prezentate pot fi privite ca diferite etape de dezvoltare a mediilor organizaționale. Astfel, proiectele separate de promovare a sănătății pot servi în calitate de pași incrementalii pentru schimbări organizaționale semnificative la nivel de sisteme și structuri.

#### **Boxa 12. Programul Național a Camerelor de Siguranță în Marea Britanie[41].**

Programul de instalare a camerelor de siguranță a fost inițiat în Marea Britanie la începutul anilor 1990. În scurt timp s-a dovedit că, deși camerele erau eficiente în reducerea numărului de accidente, existau constrângeri importante bugetare, în special insuficiența de fonduri pentru acoperirea cheltuielilor de instalare și menținere a sistemului. Aceeași analiză a demonstrat că constrângerile existente puteau fi depășite prin stabilirea unor parteneriate locale care să permită recuperarea costurilor din penalitățile achitate de infractori.

În 1998, autoritățile au decis să permită parteneriate locale pentru siguranță rutieră, cu stabilirea unor criterii stricte pentru a preveni abuzul. În 2000, noul sistem a fost implementat în opt arii pilot, cu stabilirea ulterioară a unui program național.

În 2005, o cercetare independentă a evaluat eficiența sistemului în 38 regiuni pe parcursul a patru ani de implementare (*PA Consulting Group și UCL 2005*).

- Viteza mijloacelor de transport la locurile de amplasare a camerelor s-a redus cu circa 6%. Ponderea mijloacelor de transport care au depășit limita de viteză s-a redus semnificativ, cu 70% pe porțiuni cu camere fixe și cu 18% pe porțiuni cu camere mobile; totodată, ponderea celor care circulau cu viteza excesivă (depășirea cu peste 30km/h a vitezei limită) s-a redus cu 91% și 36% respectiv.

- Camerele au fost asociate cu o reducere de 22% a traumatismelor; în total, numărul persoanelor decedate și cu leziuni grave s-a redus cu 42%.
- A fost stabilit un raport cost-beneficiu pozitiv de cca 2,7:1. În anul patru de implementare, beneficiile pentru societate asociate cu traumatismele evitate au depășit 258 milioane lire sterline, comparativ cu costurile de implementare de circa 96 milioane lire sterline.

#### **4.4. STRATEGIA DE DEZVOLTARE ȘI MOBILIZARE A COMUNITĂȚII**

Termenul de *comunitate* se referă la un grup de persoane care au caracteristici sau interese comune. Comunitatea poate fi definită/delimitată prin: amplasare geografică, vârstă, ocupație, un interes comun sau alte caracteristici, precum o nevoie de sănătate sau un dezavantaj [42]. Caracteristica definitorie a unei comunități este sentimentul de apartenență și afiliere împărtășit de membrii comunității respective. Totodată, majoritatea persoanelor nu aparțin la o singură comunitate distinctă și mențin calitate de membru într-un șir de comunități formate după diverse criterii.

Implicarea comunităților este esențială pentru strategiile locale și naționale de promovare a sănătății. După cum este stipulat în Carta de la Ottawa, cooperarea cu comunitățile locale conduce la servicii care satisfac mai bine nevoile oamenilor. Cele mai durabile schimbări în populație se obțin atunci, când programele de promovare a sănătății sunt realizate *cu participarea activă* a membrilor comunității și *de către* membrii comunității, nu doar *pentru* membrii comunității. Ideea de bază este împuternicirea membrilor comunității să identifice prioritățile lor proprii și apoi să aplice măsuri pentru soluționarea acestora.

Dezvoltarea și mobilizarea comunitară contribuie la promovarea sănătății prin capacitatea sa de a influența normele sociale, valori, convingeri și atitudini existente în comunitate [43]. Totodată,

comunitățile pot influența agenda publică și, astfel atrag atenția autorităților asupra problemelor importante de sănătate și implică angajamentul și resursele pentru soluționarea acestora.

În contextul programelor de promovare a sănătății, aplicarea strategiei de dezvoltare și mobilizare a comunităților presupune organizarea și oferirea suportului sub formă de:

- Facilitarea dezvoltării de parteneriate pentru a încuraja cooperarea între organizațiile statutare și comunitățile locale;
- Consolidarea capacităților la nivel de comunitate și oferirea suportului în dezvoltarea abilităților pentru gestionarea proiectelor comunitare;
- Implicarea activă a membrilor comunității în realizarea inițiativelor din domeniul sănătății.
- Asigurarea că grupurile decizionale includ membrii comunității locale, care reflectă diversitatea acestei comunități [44].

Intervențiile pentru strategia de mobilizare a comunităților pot varia în dependență de nivelul existent de implicare a comunității în procesul de luare a deciziilor. Centrul de Control al Bolilor din SUA (CDC) a elaborat un ***Continuum de Implicare a Comunităților***, care ilustrează cinci niveluri graduale, prin care parcurge o comunitate în procesul de împuternicire [44].

Nivelul cel mai inferior presupune doar ***informarea*** membrilor comunității privind deciziile și activitățile în derulare, deci este un flux unidirecțional de informații. La acest nivel, interacțiunea cu comunitate se limitează la comunicare prin intermediul de pliante, pagini web, anunțuri, etc.

Exemple de acțiuni includ: expedierea buletinelor de știri; comunicatele de presă cu privire la progresele înregistrate.

Al doilea nivel se referă la procesul de ***consultare*** cu comunitatea și obținerea de feedback asupra activităților propuse. Este o comunicare bidirecțională limitată; poate fi utilă când se solicită contribuția comunității pentru a influența decizia privind opțiunea preferată. La acest nivel are loc comunicarea sub formă de focus grupuri, sondaje, prezentarea de comentarii, etc.

Exemple de acțiuni includ: solicitarea de comentarii asupra proiectului de inițiativă legislativă; invitarea la o ședință de dezbateri asupra inițiativei.

Următorul nivel este **implicarea**. În acest caz, cooperare cu comunitate poate avansa până la implicare în elaborarea de politici și răspunsuri programatice. Exemplele de implicare a comunității la acest nivel includ: grupuri de lucru, comitete și ateliere de lucru cu participarea activă a membrilor comunității.

Exemple de acțiuni includ: invitația de aderare la grupul de lucru sau un organ consultativ stabilite în cadrul inițiativei/proiectului; asociere pentru acțiuni de advocacy.

Al patrulea nivel de implicare este **colaborarea**, care implică stabilirea de parteneriate cu comunitatea. Asemenea abordări se aplică când există oportunitatea de a elabora agenda în comun. Exemplele de implicare la acest nivel includ consilii și comitete strategice, prin intermediul cărora membrii comunității pot stabili scopurile proprii și contribuie la luarea deciziilor vis-a-vis de problemele în relație cu sănătate prioritare pentru comunitatea respectivă.

Exemple de acțiuni includ: desemnarea la o poziție de coordonare în cadrul grupului de lucru pentru a contribui la elaborarea strategiilor.

Cel mai superior nivel de implicare presupune dezvoltarea unor relații bidirecționale puternice care rezultă într-o **guvernare comună**. Deciziile finale sunt luate la nivelul comunității prin intermediul unor structuri și platforme de parteneriate durabile.

Exemple de acțiuni includ: invitația de aderare la Comitetul de coordonare/echipa de management sau un organ similar cu putere de decizie în cadrul inițiativei.

## Tabelul 9. Continuum de implicare a comunităților.

| Creșterea nivelului de implicare a comunității, a încrederii și a schimbului de informații |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <i>Outreach</i>  | <i>Consultare</i>   | <i>Implicare</i>                               | <i>Colaborare</i>                                       | <i>Guvernare în comun</i>  |
| Un nivel minim de implicare a comunității  | O implicare mai mare a comunității                        | O implicare mai bună a comunității             | Implicarea largă a comunității                          | Relații stabile și consolidate   |
| Schimbul de informație este într-o direcție  | Informație este transmisă spre comunitate și, apoi înapoi | Modul participativ de comunicare               | Schimbul de informație este bidirecțional               | Luarea finală a deciziilor – la nivel de comunitate                      |
| Asigură comunitatea cu informații  | Obține informație sau feedback din partea comunității     | Implică participarea mai largă a comunității   | Formează parteneriate cu comunitate                     | Entitățile dispun de structuri puternice de cooperare                    |
| Entitățile coexistă  | Entități fac schimb de informații                         | Entitățile cooperează                          | Entitățile formează canale bidirecționale de comunicare | Rezultat: Impactul de sănătate mai extins. Încredere și sprijin reciproc |
| Rezultat: Stabilirea canalelor de comunicare   | Rezultat: Stabilirea de conexiuni                         | Rezultat: Vizibilitatea parteneriatului stabil | Rezultat: Consolidarea încrederii                       |  |

*Sursa:* NIH 2011 [45].

Limitările asociate cu aplicarea strategiei de dezvoltare și mobilizare comunitară se referă la constrângerile organizaționale determinate de faptul că, de cele mai frecvente ori, finanțatorii susțin proiectele comunitare axate asupra unei probleme specifice (de exemplu tuberculoza); în asemenea caz, abordarea de dezvoltare comunitară care ar susține membrii comunității la identificarea unor priorități comune nu este aplicabilă. Totodată, comunitatea nu poate exercita controlul asupra unor factori de la nivelul macro, precum acces echitabil la alimente, locuință și angajare. Soluții elaborate la nivelul comunității pentru abordarea acestor probleme nu iau în considerare cauzele primare; respectiv, necesită să fie amplificate prin alte strategii complementare.

### Boxa 13. **Interacțiune cu comunitate creează oportunități pentru inițiative de sănătate**[46].

Statul Oklahoma este cunoscut prin multiple inițiative de implicare a comunităților la nivel de orașe și regiuni rurale în implementarea unor inițiative de ameliorare a sănătății publice. Oklahoma a obținut succes prin identificarea campionilor la nivel de comunitate, educarea comunităților privind condițiile locale de sănătate și determinantele sănătății și organizarea unor forumuri locale pentru identificarea soluțiilor adecvate pentru problemele de sănătate a comunităților. Departamentul de Sănătate a Statului Oklahoma a luat inițiativa prin instituirea Consiliului *Oklahoma Turning Point* și a coalițiilor conexe pentru a întruni reprezentanții din diferite sectoare la nivel de comunitate pentru abordarea problemelor de sănătate.

Coalițiile *Turning Point* sunt instituite la nivelul micro pentru o familiarizare mai bună cu comunitate și asigurarea unui nivel mai înalt de participare a comunității. Acestea aplică abordarea de jos în sus la elaborarea inițiativelor de sănătate. Consultanții *Turning Point* oferă suport prin efectuarea de sondaje în comunitate, furnizarea datelor relevante la nivel local, facilitarea evenimentelor pentru identificarea nevoilor și prioritizarea problemelor pentru planuri de acțiuni locale. Aproape în fiecare din cele 77 districte din Oklahoma este instituită cel puțin o *Coaliție Turning Point*.

Adițional, Consiliul a instituit un mecanism de stimulare a politicilor și activităților pro-sănătate, aplicând un program de certificare axat asupra reducerii consumului de tutun și abuzului de substanțe, precum și ameliorarea alimentației și activității fizice. Certificarea poate fi obținută de comunități, școli, organizații, restaurante, etc. Proiectul *Certified Healthy Oklahoma* pentru a recunoaște efortul acelor grupuri/organizații care ameliorează mediul organizațional și creează oportunități pentru promovarea sănătății. Organizațiile certificate sunt desemnate și recunoscute în cadrul unui eveniment organizat anual, se bucură de publicitate la nivel de stat și local, primesc premii și articole promoționale. De asemenea, comunitățile și școlile certificate sunt eligibile pentru granturi oferite de stat pentru adoptarea unor politici și ordonanțe care vizează ameliorarea sănătății populației. În primul an de derulare a programului *Certified Healthy Oklahoma*, 43 de comunități au obținut certificare. Din acestea, 13 au adoptat politici locale care favorizează sănătatea, inclusiv ordonanțe privind restricția alcoolului în perimetrul școlilor, asigurarea spațiilor pentru piețe agricole, interdicții pentru promovarea produselor de tutun în cadrul evenimentelor organizate de municipalități, promovarea transportului activ.

## 4.5. STRATEGIA DE DEZVOLTARE A ABILITĂȚILOR INDIVIDUALE

*Strategia de dezvoltare a abilităților individuale* urmărește îmbunătățirea controlului din partea persoanelor asupra propriei lor stări de sănătate. Importanța acestei strategii a devenit evidentă odată cu recunoașterea faptului că comportamentul persoanelor joacă un rol esențial în menținerea stării de sănătate (*raportul Lalonde* [47]).

Sunt determinate două modalități de bază a formării de comportamente sănătoase și anume: **comunicarea și educația pentru sănătate**, acestea fiind cele mai frecvent aplicate strategii în cadrul programelor de promovare a sănătății.

### 4.5.1 Comunicare pentru sănătate

Într-un mod simplificat, comunicarea este definită ca "procesul de trimitere și recepționare prin canale a mesajelor, care stabilește sensuri comune dintre sursă și receptor" [48].

Comunicarea este un proces ciclic bidirecțional, care necesită o *sursă, un mesaj, un canal și un receptor*. Caracteristicile acestor elemente influențează rezultatul intervenției de comunicare. Odată ce *mesajul* a fost recepționat, *receptorul* transmite răspunsul său și astfel devine *sursă*. În acest fel, educatorul și clientul au un rol alternant de *sursă și receptor*.

Cu referire la *sursă*, sunt importante caracteristicile precum [49]:

- *credibilitatea* (determinată de competența percepută și fiabilitate percepută a comunicatorului),
- *simpatie* (este importantă, în special, când nivelul de implicare a receptorului este redus),
- *putere* (când sursa poate distribui sau controla anumite recompense și penalități, precum granturi, reduceri, aprecierea/acceptarea mesajului din partea receptorului este mai mare).

Pentru *mesaj*, aspectele importante sunt:

- *conținutul* (mesajele extrem de contradictorii cu poziția receptorului sunt ignorate de acesta; persoanele sunt mai rezistente la mesaje care se referă direct la schimbarea comportamentului, decât la mesaje cu o agendă mascată; nivelul de complexitate a mesajului este crucial),
- *strategie* (expresiile pozitive sunt mai atractive decât cele negative; stimularea sentimentului de frică crește acceptabilitatea mesajului, sporind probabilitatea de schimbare a comportamentului; apelul emoțional și dramatizarea mesajului se asociază cu probabilitatea înaltă pentru schimbarea comportamentului);
- *limbajul* (de considerat ajustarea mesajului pentru diferite grupuri sociale și evitarea utilizării terminologiei care nu este cunoscută receptorului).

*Canalul* reprezintă calea de transmitere a mesajului (mai jos este prezentată o descriere a tipurilor canalelor utilizate în comunicare pentru sănătate). Procesele de influențare a comportamentelor prin diferite canale de comunicare se deosebesc între ele sub câteva aspecte:

- cât de liberi sunt receptorii să *interpreteze și să decodifice mesajul* (un receptor care decodifică un articol fără ilustrații va avea o imagine diferită asupra obiectului mesajului, comparativ cu un alt receptor care vizionează un spot video);
- posibilitatea oferirii de *feedback* (de ex.: comunicare față-în-față versus radiodifuzare);
- nivelul de *influență din partea grupului* (influența de grup este mult mai puternică când receptorii participă la o discuție, comparativ cu citirea unui pliant sau articol la același subiect).

*Receptorul* mesajului posedă următoarele caracteristici importante pentru rezultatul procesului de comunicare:

- *punctul de vedere* (cunoștințe, atitudini, autoeficacitate, deprinderi de comunicare, origine socială – influențează cum receptorul primește și interpretează mesajul);

- *ibolduri periferice* (sunt importante în special când receptorul manifestă un interes redus pentru subiect);
- *caracteristici demografice* (sexul, vârsta, nivelul de educație).

În contextul promovării sănătății, comunicare pentru sănătate este definită ca studiul și aplicarea strategiilor de comunicare pentru a informa și a influența deciziile persoanelor și ale comunităților în favoarea sănătății [50].

**Boxa 14. Rezultatele care pot fi și nu pot fi atinse prin comunicare pentru sănătate[50].**

***Comunicare aplicată ca strategie aparte poate atinge următoarele:***

Să crească nivelul de cunoștințe și de sensibilizare asupra unei probleme de sănătate sau a unei soluții

Să influențeze percepții, convingeri și atitudini care pot schimba normele sociale

Să inducă acțiune

Să demonstreze sau să ilustreze deprinderi de sănătate

Să consolideze cunoștințe, atitudini sau comportamente

Să demonstreze beneficiile schimbării de comportament

Să pledeze pentru o poziție privind o problemă de sănătate sau o politică publică

Să crească cerere pentru servicii de sănătate

Să respingă mituri și concepții eronate

Să consolideze relații organizaționale

***Comunicare în combinație cu alte strategii poate atinge următoarele:***

Să determine schimbarea durabilă prin care persoana adoptă și menține un nou comportament sau o organizație adoptă și menține o nouă direcție de politici

Să depășească bariere, probleme de sistem, precum acces insuficient la asistență medicală

***Comunicare nu poate atinge următoarele:***

Să compenseze pentru servicii de sănătate inadecvate sau accesul la asistență medicală

Să producă schimbare durabilă a unor comportamente complexe fără suportul unor programe mai extinse, inclusiv intervenții care abordează servicii de sănătate. Tehnologii, schimbări la nivel de reglementări și politici publice

Să fie la fel de eficientă în abordarea tuturor problemelor sau transmiterea tuturor mesajelor, pentru că subiectul sau schimbarea de comportament sugerată poate fi una complexă, pentru că publicul vizat poate avea prejudecăți despre subiect sau transmitătorul mesajului sau pentru că subiectul poate fi unu controversat

### **Canalele de comunicare**

Varietatea canalelor utilizate în comunicare pentru sănătate se extinde de la transmiterea fluxului informațional *într-o singură direcție* (mass media convențională – televiziune, radio, presă), până la schimbul activ *bidirecțional* de informații (comunicare interpersonală sau dialog). Între aceste extreme se poziționează un șir de modalități care includ anumite aspecte caracteristice ambelor tipuri, precum lecții, demonstrații, discuții în grup etc.[49].

În ultimele decenii a avut loc o evoluție rapidă a tehnologiilor informaționale și comunicaționale, cu apariția de noi canale media ce pot fi utilizate inclusiv în promovarea sănătății. Campanii de comunicare sunt mediate de diferite suporturi tehnologice, telefonie mobilă, internetul și aplicații mobile având o aplicare tot mai largă în calitate de media pentru transmiterea mesajelor legate de sănătate (de ex., aplicația *Vaccine App* elaborată pentru a ajuta părinții să urmărească când copilul lor trebuie să fie vaccinat).

**Canale interpersonale** – se referă la medici și alți lucrători medicali, prieteni, membrii de familie, mentori, antrenori și alte persoane care comunică la direct cu grupul vizat. În acest caz, mesajele de sănătate sunt încadrate într-un context cunoscut. Canalele interpersonale se consideră mai influente și cu un grad mai mare de încredere, comparativ cu sursele media. Deși lucrul prin intermediul canalelor interpersonale implică eforturi considerabile, aceste canale sunt dintre cele mai eficiente în schimbarea atitudinilor, deprinderilor, precum și a intențiilor de comportament. Rezultatul cel mai bun se obține atunci, când persoana deja este familiarizată cu mesajul, de exemplu prin expunere la mass media, iar influența prin intermediul canalelor interpersonale potențează mesajul respectiv și induce schimbarea.

Lucrătorii medicali au un rol crucial în transmiterea mesajelor legate de sănătate. Numeroase studii au arătat că medicul și/sau asistentul medical reprezintă cea mai importantă și credibilă sursă de informare privind subiectele legate de sănătate [51]. Credibilitate personală a lucrătorilor medicali oferă acestora o poziție unică pentru a le acorda sprijin persoanelor să înțeleagă factorii care-i influențează sănătatea și să-i determine să adopte comportamentele sănătoase.

**Boxa 15. Canale interpersonale: comunicare medic – pacient [50].**

Canalele interpersonale s-au dovedit să fie foarte eficiente în transmiterea mesajelor credibile care determină rezultatele dorite. Comunicare dintre lucrătorii medicali și pacienți este de importanță deosebită, persoanele fiind în special susceptibile la mesajele care vin de la medic.

Exemple de rezultate a comunicării medic-pacient:

- Comunicare medic-pacient este asociată cu recuperare post-operatorie mai bună, durata mai redusă de spitalizare, nivelul mai redus al tensiunii arteriale și a glucozei în sânge și o stare de sănătate mai bună
- Persoanele care renunță la fumat ca răspuns la sfatul medicului au o probabilitate mai mare pentru încercări repetate și o probabilitate mai mare pentru menținerea statutului de nefumător
- Cauza majoră invocată de femei care niciodată nu au făcut examenul de mamografie a fost "Medicul meu niciodată nu mi-a recomandat". Programele care au urmărit creșterea numărului de medici care recomandă mamografie au avut ca rezultat creșterea ratelor de screening.
- Majoritatea persoanelor indică medicul în calitate de sursă preferată de informare privind prescripțiile de medicamente. Comunicare medic-pacient sporește nivelul de complianță la tratament.

**Canale de grup**, precum activități în clasă, întâlniri de club, întruniri la locul de muncă, întruniri de cartier, oferă avantajul de a obține o acoperire mai largă a grupului vizat. În asemenea caz, mesajele de sănătate sunt elaborate pentru grupuri care împărtășesc anumite lucruri specifice, precum locul de muncă, locul de studii,

afiliere la un club, activități preferate. Beneficiul major al discuțiilor în grup, aplicate în cazul utilizării acestor canale de comunicare, constă în afirmarea mesajelor din partea membrilor grupului.

**Canale organizaționale** – organizații și grupuri comunitare pot fi implicate pentru diseminarea materialelor informaționale, includerea mesajelor promovate de program în buletinele lor informative, organizarea de evenimente și oferirea de instrucțiuni privind mesajele promovate. Implicarea în calitate de canale de comunicare a unor grupuri și organizații cu reputație bună poate asigura un transfer de credibilitate la programul în implementare.

**Canale mass media**, precum radio, televiziune, presa scrisă, panouri publicitare oferă multiple opțiuni pentru diseminarea mesajelor, inclusiv: reportaje în buletine de știri, programe de divertisment, emisiuni în format de talk-show, emisiuni în direct cu apeluri din partea ascultătorilor/spectatorilor, editorialele, postere, broșuri și anunțuri publicitare. La selectarea canalelor mass media preferință se dă celor, care au cea mai mare probabilitatea de a ajunge la segmentele publicului țintă.

**Media interactivă digitală**, precum paginile electronice, spații pentru chat, aplicații electronice, prezintă mijloace relativ noi de comunicare care se dezvoltă și evoluează foarte rapid și sunt foarte utile pentru comunicare. Aceste canale permit transmiterea unor mesaje foarte personalizate către grupurile țintă, precum și primirea de feedback din partea acestora. Media digitală este convenabilă atât pentru comunicare în masă, cât și pentru interacțiune interpersonală. Mijloacele respective sunt utilizate pentru:

- expedierea mesajelor individuale prin poșta electronică,
- postarea mesajelor despre programe de sănătate pe paginile electronice accesate de un număr mare de utilizatori,
- crearea și afișarea anunțurilor publicitare,
- colectarea de informații de la utilizatori,
- implicarea grupurilor țintă în activități interactive personalizate,
- schimb de idei și opinii cu colegi și parteneri.

Selectarea canalului de comunicare este ghidată de mai multe considerente. În special, este necesar de evaluat următoarele aspecte: dimensiunea publicului țintă și corespundere cu aria de cuprindere a canalului de comunicare, caracterul publicului țintă, acceptabilitate și accesibilitatea canalului de comunicare pentru publicul țintă, caracterul și nivelul de complexitate a mesajului, și costul în raport cu resursele programului [50].

### **Elaborarea și pretestarea materialelor de comunicare**

Înainte de a utiliza materialele de comunicare se recomandă pretestarea acestora într-un grup din populație țintă. Se răspunde la următoarele întrebări:

- Materialele permit atingerea obiectivelor?
- Materialele sunt adecvate pentru grupul-țintă?
- Materialele sunt atractive, interesante și ajustate particularităților culturale?
- Mesajele transmise prin materiale sunt în corespundere cu obiectivele programului?
- Materialele vor fi folosite în mod adecvat în cadrul intervențiilor planificate?.

Fertmain și coautotrii [52] propun următoarele criterii pentru evaluarea materialelor de comunicare:

- *Disponibilitate* – se determină atât în termeni de cantitate, cât și perioadă de timp. Mai multe materiale de comunicare sunt disponibile în diferite formate în rețeaua on-line. Atunci când se intenționează utilizarea acestora în cadrul unor activități de comunicare, este necesar de obținut permisiunea din partea autorului și de inclus referințele necesare.
- *Lizibilitate* – indică cât de ușor este de citit și înțeles conținutul materialelor. Deseori, nivelul de lizibilitate determină dacă materialele sunt acceptate de participanții la intervenție. Pentru a spori gradul de accesibilitate a materialelor, se recomandă utilizarea unor propoziții scurte, precum și a reprezentărilor grafice.
- *Calitate și caracterul adecvat* – poate fi apreciată folosind instrumentul *Evaluarea Caracterului Adecvat al Materialelor*

(*Suitability Assessment of Materials, SAM*), elaborat de Doak, Doak și Root în 1996 [53]. Acesta poate fi aplicat atât în cazul materialelor printate, cât și pentru materiale video și audio. SAM punctează materialele pentru șase categorii:

1. conținut,
2. nivelul de alfabetizare solicitat,
3. reprezentări grafice,
4. aspect și tipografie,
5. stimularea învățării,
6. nivelul de ajustare la particularități culturale.

Scorul obținut poate atribui materialul la una din următoarele categorii: superior, adecvat sau inadecvat.

**Tipuri de comunicare pentru sănătate.** Există mai multe tipuri de comunicare pentru sănătate [54]:

*Comunicare persuasivă sau pentru schimbarea comportamentului* – încurajează anumite segmente de populație să adopte anumite idei sau practici noi sau să modifice anumite comportamente legate de sănătate. Un exemplu tipic este un pliant care încurajează schimbarea individuală de comportament a femeilor gravide, precum renunțarea absolută la alcool în timpul sarcinii.

*Comunicarea riscului* presupune orice schimb de informații privind existența, natura, forma, severitatea sau acceptabilitatea riscurilor pentru sănătate. Este de importanță majoră în cazul urgențelor de sănătate publică. Asigură o bună informare a populație privind probleme de sănătate publică pentru a minimaliza impactul crizei declanșate asupra sănătății populației. Un exemplu ar fi comunicare eficientă în cazul apariției unui focar de epidemie.

*Comunicare pentru mobilizare* implică în mod strategic mass media pentru a avansa o inițiativă de politici publice. Prin decizii privind subiectele pentru reflectare largă, mass media scoate în evidență unele probleme, pe când altele trec neobservate. În acest mod, mass media contribuie la stabilirea agendei publice. De importanță majoră pentru specialiștii care pledează pentru sănătate este faptul că știrile în mass media atrag atenția factorilor de decizie, în special factorilor politici.

*Educație prin divertisment* presupune utilizarea diverselor produse media, precum TV, radio, internet cu elemente de divertisment pentru a transmite informații privind o anumită problemă de sănătate. La aplicarea acestei strategii, mesajele educaționale sunt încorporate în conținutul de divertisment (emisiuni, seriale, talk show-uri populare) pentru a crește gradul de sensibilizare, a spori nivelul de cunoștințe, a crea atitudini favorabile și, în cele din urmă, a motiva persoanele să ia decizii social responsabile.

*Comunicare interactivă pentru sănătate* presupune interacțiune prin intermediul dispozitivelor media – de obicei programe computerizate sau aplicații mobile pentru pacienți, care combină informații legate de sănătate cu cel puțin unul din următoarele: suport social, suport decizional sau suport pentru schimbare de comportament. Modalități de comunicare interactivă sunt utilizate, de exemplu, în calitate de mijloace de suport pentru pacienți cu boli cronice pentru optimizarea autocontrolului [55].

**Boxa 16. Implicarea rețelelor de televiziune  
în promovarea mesajelor de sănătate [56]**

**Campania Șofer Desemnat (*Designated Driver*)**, inițiată în Statele Unite de Centrul pentru Comunicare în Sănătate de la Școală de Sănătate Publică din Harvard, a fost un prim proiect de succes de stabilire a parteneriatului cu rețelele de televiziune pentru promovarea mesajelor de sănătate. Cu implicarea largă a studiourilor de la Hollywood, campania a popularizat conceptul de Șofer desemnat prin publicitate socială, precum și includerea mesajelor de prevenire a conducerii mijloacelor de transport în stare de ebrietate în programe și emisiuni televizate populare. Astfel, în perioada sezoanelor de televiziune 1988-1992 peste 160 de emisiuni Prime Time au inclus dialoguri, scene, inclusiv episoade întregi dedicate tematicii și mesajelor din campanie. Către 1990, sondaje de opinie publică au indicat că 9 din 10 adulți (89%) și aproape toți (97%) tineri de vârstă 18-24 ani au fost familiarizați cu conceptul Șofer desemnat și l-au apreciat pozitiv.

**Modalități de comunicare.** Există o gamă largă de modalități de influență asupra grupului țintă prin intermediul mijloacelor de comunicare. La elaborarea unui program de comunicare, în

dependență de scopul urmărit și circumstanțele specifice, specialiștii pot considera aplicarea următoarelor modalități [50]:

*Competența mediatică* – învață grupurile vizate, deseori tineri, să deconstruiască mesajele media astfel, ca să identifice motivele sponsorului; de asemenea, învață specialiștii în comunicare să elaboreze mesajele ajustate la punctul de vedere al grupurilor vizate.

*Media advocacy* – urmărește schimbarea mediului social și politic în care sunt luate deciziile care afectează sănătatea și resursele pentru sănătate; acțiunile au scopul să influențeze selectarea de subiecte pentru mass media și să genereze dezbateri asupra acestor subiecte.

*Relații publice* – promovează includerea în mass media a mesajelor despre o anumită problemă de sănătate sau un comportament legat de sănătate.

*Publicitate* – presupune plasarea de anunțuri publice sau comerciale în sursele media sau în locuri publice pentru a sensibiliza publicul asupra unui produs, unui serviciu sau a unui comportament.

*Educație prin divertisment* – urmărește incorporarea mesajelor care promovează sănătatea în programele de divertisment și/sau excluderea din acestea a mesajelor care contrazic mesajele de sănătate.

*Instruirea individuală și de grup* – presupune influențarea și formarea deprinderilor pentru a sprijini comportamentul dorit.

*Crearea de parteneriate* – consolidează suportul pentru un program sau un subiect de sănătate prin valorificarea gradului de influență, credibilitate și a resurselor organizațiilor guvernamentale, neguvernamentale și comerciale.

La elaborarea programelor de comunicare este recomandat aplicarea unor abordări multiple, profitând de avantajele fiecărei metode. De exemplu, un program care urmărește reducerea consumului de tutun în rândul tinerilor poate aplica pentru componenta sa de comunicare următoarele metode:

- Publicitate comercială pentru a asigura că tinerii sunt expuși la mesajele motivaționale nefiltrate.
- Media advocacy în susținerea schimbărilor regulatorii și legislative pentru a limita accesul la produsele de tutun.
- Relații publice pentru a promova atitudine anti-tutun.

- Competență mediatică – instrucțiuni pentru școli pentru a reduce influența industriei tutunului.
- Educație prin divertisment și advocacy pentru a reduce prezentarea scenelor cu utilizarea tutunului în filme.
- Parteneriate cu companii comerciale populare în rândul tinerilor pentru a disemina și promova mesajele anti-fumat.

### **Campanie de comunicare**

*Campania de comunicare* oferă posibilitatea de a comunica simultan și a transmite mesajele unui număr semnificativ de persoane. Raportată la domeniul de promovare a sănătății, o campanie de comunicare poate urmări diferite scopuri, inclusiv [49]:

- Pentru a oferi informații generale (de exemplu, despre un nou vaccin sau disponibilitatea unui program de screening).
- Pentru a spori gradul de conștientizare și preocupare pentru o problemă de sănătate (de exemplu, bolile cardiovasculare).
- Pentru a motiva persoanele să practice anumite comportamente sau să renunțe la anumite comportamente (de exemplu, purtarea centurii de siguranță, folosirea prezervativului, renunțarea la consumul de alcool la volan).
- Pentru a demonstra vizual anumite dexterități practice (de exemplu, cum se măsoară pulsul).

Este foarte important a fi realist cu privire la rezultatul care poate fi atins de o singură campanie de comunicare. Cel mai proximitate efect al unei campanii este sporirea gradului de conștientizare și crearea unui interes pentru o anumită problemă de sănătate. Ocazional, persoanele foarte motivate pot fi determinate la anumite acțiuni, de exemplu, a vizita medicul de familie pentru screening-ul cardiovascular. O campanie mass media care abordează probleme sensibile aduce aceste probleme în câmpul discuțiilor deschise și asigură că subiectele respective sunt abordate în societate. Sensibilizarea pregătește terenul unor acțiuni ulterioare. Nu este realist să ne așteptăm că doar campania de comunicare va avea impact asupra unor comportamente complexe formate de-a lungul anilor. Pentru a fi eficientă, comunicare prin mass media trebuie să

fie susținută de comunicare interpersonală. Canalele de comunicare trebuie să asigure disponibilitatea mecanismelor de feedback și o comunicare adaptată nevoilor unui anumit grup sau a persoanei.

Exemple de campanii de promovare a sănătății: promovarea consumului de sare iodată; promovarea alăptării; planificarea familială; promovarea folosirii prezervativului ca metodă de prevenire HIV și a infecțiilor sexual transmisibile etc.

### **4.5.2 Educație pentru sănătate**

**Educația pentru sănătate**, după cum este definită în Glosarul OMS de promovare a sănătății, reprezintă "oportunități de învățare, create în mod conștient, care implică una sau altă formă de comunicare și care vizează îmbunătățirea culturii de sănătate, inclusiv îmbunătățirea cunoștințelor și dezvoltarea abilităților de viață care sunt favorabile pentru sănătate individuală și comunitară" [57].

Dezvoltarea educației pentru sănătate ca un domeniu profesional și de cercetare a fost impulsionată odată cu recunoașterea faptului că, comportamentele individuale au un rol central în apariția și evoluția multor probleme de sănătate. Principalele cauze ale mortalității în întreaga lume sunt bolile cardiovasculare și cancerul, alături de traumatisme și accidente. Există dovezi ample că factorii comportamentali, precum alimentația, abuz de substanțe (alcool sau droguri), activitate sedentară și comportamentele de risc contribuie la apariția și progresarea acestor patologii. Schimbarea comportamentelor respective poate avea o influență majoră asupra prevenirii bolilor și ameliorării sănătății.

Educația pentru sănătate urmărește capacitatea persoanelor, prin influențarea *cunoștințelor, atitudinilor și practicilor*, astfel ca ei să acționeze într-un mod favorabil sănătății lor și a celei colective [58]. În acest sens, educația pentru sănătate are trei laturi:

- **Cognitivă** – constă în comunicarea și asimilarea cunoștințelor privind diferite aspecte ale sănătății, necesare pentru menținerea și ameliorarea stării de sănătate. Formarea unor noi comportamente nu este posibilă fără însușirea prealabilă

de cunoștințe. Totodată, rezultatele studiilor au demonstrat că, nivelul de informare și cunoștințele despre sănătate nu induc automat schimbare la nivel de comportament [59]. Programele axate asupra formării cunoștințelor despre consecințele de sănătate a comportamentelor de risc deseori nu produc efectul așteptat la nivel de comportament sau generează unele efecte de o magnitudine redusă. Majoritatea persoanelor cunosc că fumatul este distructiv pentru sănătate, totodată un număr mare de persoane practică acest viciu. Este dovedit că recursuri cognitive raționale, de cele mai frecvente ori, nu constituie un imbold suficient pentru a produce modificări comportamentale. Motivație, deprinderi, autoeficacitate sunt la fel de importante și obligatorii.

- **Motivațională** – asigură implicarea activă a populației în domeniul păstrării sănătății, oamenii fiind capabili să ia decizii privind propria stare de sănătate. Se referă la formarea de atitudini, care se constituie pe baza experiențelor trăite, precum și a faptelor observate. Motivația spre acțiune poate fi de aprobare sau de respingere. Prin intervenții de educație pentru sănătate se urmărește formarea unor atitudini de acceptare a comportamentelor protective și de respingere a celor de risc.
- **Comportamental-volițională** – constă în formarea deprinderilor indispensabile unui comportament responsabil, cu aplicarea lor în practica cotidiană. Formarea deprinderilor, inclusiv celor de sănătate, este mai dificilă la vârsta adultă.

Educație pentru sănătate posedă unele caracteristici distincte care o diferențiază de strategiile aplicate în comunicare pentru sănătate:

- Este realizată frecvent în formatul de sesiuni unu-la-unu sau grupuri mici;
- Aplică abordare participativă, sesiunile educaționale sunt orientate asupra participantului și sunt flexibile pentru ajustare la unele necesități specifice;

- Se bazează pe modelele teoretice de schimbare a comportamentului, care determină în mare parte conținutul mesajelor.

Educația pentru sănătate poate fi realizată în diferite contexte. Anumite medii prezintă o serie de avantaje, precum oferirea canalelor pentru prestarea programelor, asigurarea accesului la anumite grupuri de populație și facilitarea unor schimbări organizaționale pentru a promova practici pozitive de sănătate. Specialiștii în educație pentru sănătate evidențiază șapte contexte cu o relevanță specială pentru educație pentru sănătate: școli, comunitățile, colective de muncă, instituții medicale, locuințe, puncte de comercializare și mediul comunicațional [60].

#### **4.6. STRATEGIA DE REORIENTARE A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE**

O altă categorie de strategii pentru promovarea sănătății se referă nemijlocit la sistemul medical, care este strâns conex cu domeniul de promovare a sănătății, în special, prin intermediul segmentului de asistență medicală primară. În acest sens, se urmărește reorientarea serviciilor de sănătate pentru a dezvolta modele de îngrijire, care să încurajeze promovarea sănătății. Strategia respectivă se referă, în mare parte, la schimbarea sistemului de sănătate de la unu axat primordial asupra serviciilor clinice și curative spre un accent tot mai mare asupra serviciilor de prevenire și promovare a sănătății. Scopul reorientării serviciilor de sănătate, după cum a fost prezentat în Carta de la Ottawa, este să atingă un echilibru mai bun al investițiilor dintre prevenire și tratament și să acorde o atenție deosebită rezultatelor în domeniul sănătății publice, alături de rezultatele individuale de sănătate. Totodată, după rezultatele unei evaluări efectuată la o distanță de 20 ani de la semnarea Cartei de la Ottawa, strategia respectivă a fost apreciată cu cel mai redus nivel de implementare [61].

Actualmente, în sistemele de sănătate persistă un dezechilibru important dintre tratament versus activitățile de promovare a sănătății. Cheltuielile pentru servicii și programe de prevenire reprezintă o cotă foarte redusă din totalul cheltuielilor de sănătate. Datele din țările Uniunii Europene arată că ponderea cheltuielilor pentru îngrijirile preventive constituie de la 0,6 – 4%, comparativ cu peste 50-60% pentru servicii curative [62].

În procesul de implementare a serviciilor orientate mai mult asupra sănătății, este esențială implicarea prestatorilor de servicii [2]. Sunt necesare schimbări la nivelul abordărilor profesionale și a metodelor de lucru, alături de schimbarea structurii și culturii organizaționale. Dintre barierele pentru practicarea promovării sănătății, cel mai frecvent lucrătorii medicali menționează următoarele: lipsa de timp și volumul mare de lucru, precum și lipsa de ghiduri și obiectivele neclare [63, 64, 65, 66].

Exemple de reorientare a sistemului de sănătate prin incorporarea mai extinsă a componentei de promovare a sănătății includ: integrarea serviciilor de imunizare a copiilor în asistența medicală primară; oferirea serviciilor de screening pentru bolile cronice, precum diabetul zaharat; instituirea serviciului de renunțare la fumat și integrarea acestuia în sistemul de sănătate; dezvoltarea și asigurarea accesului la servicii de sănătate prietenoase tinerilor; revizuirea standardelor de supraveghere a copilului sănătos etc.

În tabelul ce urmează vom prezenta o sinteză a principalelor tipuri de strategii pentru intervenții de sănătate publică descrise anterior, care sunt aplicate cel mai frecvent în cadrul programelor de promovare a sănătății.

**Tabelul 10. Strategii pentru intervenții de promovare a sănătății, cu activități și rezultate [67].**

| <b>Strategii</b>                | <b>Exemple de activități</b>  | <b>Exemple de rezultate</b>                                       |
|---------------------------------|---|---|
| <b>Politici de reglementare</b> | - Campanie de sensibilizare,<br>- Petiții publice în adresa autorităților,<br>- Implicarea consiliilor, comitetelor APL | - Noi politici, legislații, regulamente, proceduri etc. aprobate. |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Crearea mediilor favorabile sănătății</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupuri de suport,</li> <li>- Program de activitate ajustat anumitor necesități,</li> <li>- Asigurarea unei infrastructuri de promovare a sănătății.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creșterea sprijinului perceput legat de boală, dependență, etc.,</li> <li>- Schimbări în proceduri organizaționale,</li> <li>- Schimbări în mediu (piste pietonale, zone verzi, alimente sănătoase).</li> </ul>           |
| <b>Mobilizarea comunității</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crearea grupului local de acțiune,</li> <li>- Instruirea liderilor locali,</li> <li>- Proiecte de dezvoltare economică a comunității,</li> <li>- Inițiative de contribuție corporativă (voluntari, donații alte resurse).</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creșterea abilităților și capacităților persoanelor sau grupurilor din comunitate pe a influența schimbare în comunitate</li> </ul>   |
| <b>Dezvoltarea abilităților individuale</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atelier de lucru pentru dezvoltarea anumitor competențe,</li> <li>- Demonstrații tematice.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creșterea încrederii în abilitatea proprie de a manifesta anumit comportament.</li> <li>- Creșterea numărului de tentative de a schimba comportamentul.</li> </ul>  |
| <b>Educație pentru sănătate</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Materiale educaționale care cresc nivelul de cunoștință a persoanelor privind sănătatea, inclusiv pliante, broșuri, articole din reviste și ziare, programe TV, etc.</li> <li>- Evenimente, demonstrații, ateliere de lucru, etc.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creșterea gradului de înțelegere a informațiilor de sănătate,</li> <li>- Creșterea motivației,</li> <li>- Cunoașterea mai bună unde pot fi obținute mai multe informații.</li> </ul>                                      |
| <b>Comunicare pentru schimbare socială</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campanii de comunicare</li> <li>- Instrumente interactive on-line (de ex.: aplicații pentru evaluarea gradului de risc și consilierea personalizată).</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creșterea nivelului de cunoștințe și de sensibilizare,</li> <li>- Schimbarea de atitudini,</li> <li>- Schimbarea de comportamente,</li> <li>- Creșterea numărului de discuții asupra unui subiect de sănătate.</li> </ul> |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Reorientarea serviciilor de sănătate</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrarea programelor de screening în examinări medicale anuale,</li> <li>- Dezvoltarea capacităților în cadrul sistemului de sănătate pentru prestarea serviciilor de prevenire și promovare a sănătății.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sporirea accesului pacienților la un spectru mai larg de servicii de prevenire,</li> <li>- Schimbări în stilul de viață a pacienților,</li> <li>- Îmbunătățirea conexiunii dintre îngrijiri de sănătate fizică și servicii sociale.</li> </ul> |
|---|---|---|

Este recunoscut faptul că strategiile de promovare a sănătății acționează prin sinergie, astfel utilizarea strategiilor multiple la diferite niveluri produce un impact mai mare, comparativ cu aplicarea separată a unei singure strategii [2, 37, 52].

De exemplu, problema consumului de tutun necesită o abordare comprehensivă cu aplicarea concomitentă a intervențiilor care implică mai multe strategii. Un program de succes în domeniul controlului tutunului include o combinație de componente multiple, inclusiv:

- *Politici publice și măsuri legislative* – una din cele mai eficiente intervenții pentru descurajarea fumatului este majorarea taxelor la produsele de tutun; totodată, se stabilesc normele legale care interzic comercializarea produselor de tutun către minori, interzic publicitatea produselor de tutun, interzic fumatul în spații publice, stabilesc cerințele privind ambalarea și comercializarea produselor de tutun.
- *Crearea unor medii* care asigură protecție de acțiunea nocivă a fumului de tutun și favorizează reducerea consumului produselor de tutun– presupune instituirea unor spații libere de tutun, precum și adoptarea și transpunerea modelelor de școli libere de tutun, spitale libere de tutun, organizații libere de tutun, etc. Un alt aspect care are tangențe cu crearea mediilor favorabile sănătății se referă la excluderea oricărui gen de publicitate și promovare a produselor de tutun.
- *Educație pentru sănătate* – include intervențiile urmăresc creșterea nivelului de cunoștințe privind dauna fumatului, amplificarea percepției riscului asociat cu fumatul, formarea abilităților pentru managementul situațiilor de stres,

- formarea abilităților pentru a evita fumatul, stimularea motivației pentru a renunța la fumat.
- *Comunicare pentru sănătate* – derularea campaniilor de comunicare este esențială, în special prin influențarea normelor sociale care să descurajeze fumatul, creșterea nivelului de sensibilizare a populației privind daunele majore pentru sănătatea asociate fumatului.
  - *Reorientarea serviciilor medicale* - instituirea programelor de renunțare la fumat în cadrul sistemului de sănătate și asigurarea accesibilității acestor programe oferă un suport necesar fumătorilor și are un efect important asupra prevalenței fumatului și a ratei de consum a tutunului.

## **Bibliografie:**

1. Report of the 2011 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. *American Journal of Health Education*, 2012, 43(2).
2. McKenzie, J.F., Neiger, B.L., & Thackeray, R. Planning, implementing, and evaluating health promotion programs: A primer (5th ed.). San Francisco: Benjamin Cummings, 2009.
3. Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J., & E. Ziglio (eds.). Evaluation in health promotion: Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92. Copenhagen: WHO Europe, 2001.
4. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Planning health promotion programs: introductory workbook [Internet]. 4th ed. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario, 2015.
5. Public Health Nursing Section. Public Health interventions: Applications for public health nursing practice. St. Paul, MN: Minnesota Department of Health, 2001.
6. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. 1986, November 21. Accesat la: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
7. Howlett, M. & Ramesh, M. *Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Decisions*. Oxford University Press, 1995.
8. Milio, N. Glossary: Healthy public policy. *J of Epidemiol and Community Health*; 2001, 55(9):622-23.

9. Gostin, L. O., Thompson, F. De., Grad, F. P. The law and the public's health. In: Goodman, R. A., (ed). Law in Public Health Practice, 2<sup>nd</sup> edition. New York: Oxford University Press, 2007.
10. Nugent R, Knaul F. Fiscal Policies for Health Promotion and Disease Prevention. In: *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Jamison DT, Breman JG, Measham AR et al.(ed.). 2nd edition. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington (DC), 2006.
11. Jha, P. *Curbng the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, DC: World Bank, 1999.
12. *Alcohol in Developing Societies: A Public Health Approach*. WHO, Geneva, 2002.
13. *Strategic Plan for Diet, Nutrition, and Physical Activity*. WHO, Geneva: World Health Assembly, 2004.
14. Carol, A. *The establishment and use of dedicated taxes for health*. WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, 2004.
15. Alderman, H. C. *Price and Tax Subsidization of Consumer Goods*. Social Safety Net Primer Series. Washington, DC: World Bank Institute, 2002.
16. Hamlin, B., Ash, J., Essex, K. *Organizational change and development: A reflective guide for managers, trainers, and developers*. Pearson Education Ltd., 2001.
17. *Mental health policies and programmes in the workplace*. World Health Organization, Geneva, 2005.
18. *Tools for advancing tobacco control in the 21st century: a handbook*. World Health Organization, Geneva, 2004.
19. Resolution WHA. 56.1. WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: *56th World Health Assembly, Geneva, 19-34 May 2003* Geneva: World Health Organization, 2008. Accesat la: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA56/ea56r1.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea56r1.pdf)
20. Jiménez-Ruiz, C., Miranda, J., Hurt, R., Pinedo, A., Reina, S. & Valero, F. Study of impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain. *European Journal of Public Health* 2008;18(6):622-5. Accesat la: <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/full/ckn066v1>
21. Edwards, R., Thomson, G., Wilson, N., Waa, A., Bullen, C., O'Dea, D., et al. After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new national smoke-free law in New Zealand. *Tobacco Control* 2008;17(1):e2. Preluat din: <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/abstract/17/1/e2>

22. Tan, C. E., Glantz, S. A. Association Between Smoke-Free Legislation and Hospitalizations for Cardiac, Cerebrovascular, and Respiratory Diseases: A Meta-Analysis. *Circulation* 2012;126:2177–83.
23. Laugesen, M., Meads, C. Tobacco advertising restrictions, price, income and tobacco consumption in OECD countries, 1960–1986. *British Journal of Addiction*. 1991;86:1343–1354.
24. Duffy, M. Econometric studies of advertising, advertising restrictions, and cigarette demand. *International Journal of Advertising*. 1996;15:1–23.
25. Saffer, H., Chaloupka, F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*. 2000;19:1117–1137.
26. Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. l. Atlanta, GA, 1994.
27. Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Atlanta, GA: CDC, 2000.
28. Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., Berson, J., Ahlstrom, A. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control*. 2000;9:47–63.
29. Kostova et al. Prices and cigarette demand: evidence from youth tobacco use in developing countries. NBER Working Paper Series. Working Paper #15781. Cambridge MA: National Bureau of Economic Research, 2010.
30. Kostova, D., Andes, L., Erguder, T. et al. Cigarette prices and smoking prevalence after a tobacco tax increase—Turkey, 2008 and 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014;63:457–61.
31. Jha et al. Global effects of smoking, of quitting and of taxing tobacco. *New England Journal of Medicine*. 2014; 370:60–68.
32. Hill, C. Cancer prevention and screening (Prévention et dépistage des cancers). *Bulletin du Cancer*. 2013;100: 6.
33. Nuffield Council on Bioethics: Policy process and practice. *Public Health: ethical issues*. 2007, London: Nuffield Council on Bioethics
34. Faden, Ruth and Shebaya, Sirine, „Public Health Ethics”, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2016 Edition)

35. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. WHO, Geneva;1988
36. Rich, R. F., Sugrue, N. M. Health promotion, disease prevention, and public policy; 1989
37. Diem, E. & Moyer, A. Community and Public Health Nursing: Learning to Make a Difference through Teamwork (2nd ed). Canadian Scholar's Press, 2015.
38. Mensah, G.A., Goodman, R.A., Zaza, S., Moulton, A.D., Kocher, P.L., Dietz, W.H., et al. Law as a tool for preventing chronic diseases: expanding the spectrum of effective public health strategies. *Prev Chronic Dis.*, 2004;1(2):A11. Accesat la: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03\\_0033.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03_0033.htm).
39. Marmot, M.G., Bell, R. Fair society, healthy lives. *Public Health.* 2012;126 Suppl 1:S4–10.
40. Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C. et al.'Settings' based health promotion: a review. *Health promotion international*, 2001,16(4): 339-53
41. Towards Zero: Achieving Ambitious Road Safety Targets Through a Safe System Approach. OECD, Paris, 2008.
42. Fellin, P. The community and the social worker. 3 rd ed. Itasca, IL: F.E. Peacock Publishers; 2001.
43. Rimer, B., Glanz, K. Theory at a glance: a guide for health promotion practice. 2nd ed. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Cancer Institute; 2005. Preluat din: <http://www.sneb.org/2014/Theory%20at%20a%20Glance.pdf>
44. NICE Guideline [NG44]. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities; 2016.
45. Principle of community engagement (2nd ed.) NIH, 2011, June (11):77-82.
46. Disponibil la: <http://www.okturningpoint.org/>
47. Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario: Minister of Supply and Services, 1974.
48. Van den Ban, A.W. & Hawkins, H.S. *Agricultural Extension*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Science, 1996.
49. Koelen, M.A., van den Ban, A.W. *Health education and health promotion*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers, 2004.
50. *Making Health Communication Programs Work: a Planner's Guide*. [Bethesda, Md.]:U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, [Office of Cancer Communications, National Cancer Institute], 2002.

51. Schmitt, H., Booy, R., Aston, R., Van Damme et al. How to optimise the coverage rate of infant and adult immunisations in Europe. *BMC Med*, 2007, 5:11.
52. Fertman, C. & Allensworth D. (Eds.) Society for Public Health Education (SOPHE). Health promotion programs: From theory to practice. San Francisco, CA, Jossey-Bass/Wiley, 2010.
53. Doak C. C., Doak L. G., Root J. Assessing suitability of materials. In Belcher M. (Ed.), Teaching patients with low literacy skills. 2nd ed. Philadelphia, PA: JB Lippincott, 1996, pp. 41-60.
54. Wright, K. B., Sparks, L., O'Hair, H. D. Health Communication in the 21st Century. Oxford: Blackwell, 2008.
55. Murray, E., Burns, J., See, T.S., Lai, R., Nazareth, I. Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. Cochrane database of systematic reviews, 2005.
56. Jay Winsten, The Harvard Alcohol Project: Promoting the "Designated Driver," Advocacy Groups and the Entertainment Industry, eds. M. Suman and G. Rossman. Westport, CT: Praeger Publishers, 2000.
57. Health promotion glossary. Geneva, WHO, 1998. Accesat la: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).
58. Health education.: World Health Organization, Geneva. Available from: [http://www.who.int/topics/health\\_education/en/](http://www.who.int/topics/health_education/en/)
59. Ajzen, I., Fishbein, M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs. New York: Prentice Hall, 1980.
60. Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K. (ed.) Health behavior and health education: theory, research and practice. 4th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2008.
61. Wise, M., Nutbeam, D. Enabling the systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services? *Promot Educ*. 2007;(Suppl 2):23-27.
62. Eurostat (2014). Healthcare expenditure. Preluat din: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_expenditure\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics).
63. Cornuz, J., Ghali, W.A., di Carlantonio, D., Pecoud, A., Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract*. 2000;17(6):535-540.
64. Broton, C., Björkelund, C., Bule, M., et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med*. 2005;40(5):595-601.
65. Robnsson, K.L., Driedger, M.S., Elliott, S.J., Eyles, J. Understanding facilitators of and barriers to health promotion practice. *Health Promot Pract*. 2006;7(4):467-476.

66. Johansson, H., Stenlund, H., Lundstrom, L., Weinehall, L. Reorientation to more health promotion in health services - a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *J Multidiscip Healthc.* 2010;3:213–224
67. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Planning health promotion programs: introductory workbook. 4th ed. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario, 2015.
68. Smedley, B.D., Syme, S.L., Committee on Capitalizing on Social Science and Behavioral Research to Improve the Public's Health Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research. *Am J Health Promot.* 2001;15:149–66. doi.

# MARKETINGUL SOCIAL ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

## 5.1. CONCEPTUL DE MARKETING SOCIAL

### 5.1.1 *Definire și particularități ale marketingului social*

*Marketingul social* reprezintă o disciplină de marketing distinctă, inițiată în anul 1970, care se referă primordial la eforturile orientate spre influențarea comportamentelor care vor îmbunătăți sănătatea, vor preveni daunele, vor proteja mediul și vor spori bunăstarea financiară a comunităților [1].

Termenul de *marketing social* a fost utilizat pentru prima dată de Philip Kotler și Gerald Zaltman, ca fiind „utilizarea principiilor și tehnicilor de marketing pentru a promova o cauză socială, o idee sau un comportament”. Ulterior, în perioada anilor 1980, această noțiune a fost preluată și promovată de Banca Mondială, Organizația Mondială a Sănătății și centrele pentru controlul bolilor [1, p.12].

#### **Boxa 17. Definiții ale marketingului social:**

**După Andreassen, 1995:** *"Marketingul social reprezintă aplicarea tehnologiilor de marketing comercial de analiză, planificare, implementare și evaluare a programelor proiectate să influențeze comportamentul voluntar al audiențelor-țintă în vederea îmbunătățirii bunăstării persoanei și a societății din care face parte"* [2].

**După Keller&Strohschein, 2001:** *"Marketingul social utilizează principiile și tehnologiile marketingului comercial pentru programe proiectate să influențeze cunoștințele, atitudinile, valorile, credințele, comportamentele și practicile unei populații față de care avem un anumit interes"* [3].

**După Zaharia, 2001:** *"Marketingul social este marketingul practicat de către organizațiile sociale, care vizează îndeplinirea unor obiective sociale"*[4].

**După Kotler, Lee & Rothschild, 2006:** *"Marketingul social este un proces care aplică principiile și tehnicile de marketing în crearea, comunicarea și oferirea de valoare în vederea influențării comportamentului grupului-țintă, în beneficiul societății (sănătate publică, siguranță, mediu și comunități) și al audienței țintite"* [5].

**După Winslow, 1920, citat de Merson et al, 2006:***"Marketingul social: știința și arta de a preveni bolile, de a prelungi viața, de a promova sănătatea fizică și eficiența prin eforturi comunitare organizate pentru salubritatea mediului, controlul infecțiilor comunicabile, educarea indivizilor privind igiena personală, organizarea serviciilor de asistență medicală pentru diagnosticarea precoce și tratarea preventivă a bolilor, precum și dezvoltarea unui mecanism social, care va asigura fiecărei persoane un standard de viață adecvat pentru menținerea sănătății. Organizarea acestor beneficii, într-o astfel de manieră, va asigura conștientizarea de către fiecare cetățean a dreptului său înnăscut la sănătate și longevitate"*[6, p.4].

Definițiile enumerate mai sus subliniază că, marketingul social are drept scop *schimbarea voluntară a comportamentului*, atunci când informarea nu este suficientă pentru a produce această schimbare. Așa cum în marketingul comercial sunt utilizate strategii și tactici pentru ca produsul sau serviciul „să se vândă singur”, la fel și în marketingul social trebuie cunoscute care sunt atitudinile, motivațiile și preferințele grupurilor-țintă pentru a le putea influența.

#### *Particularitățile marketingului social*

Deși marketingul social utilizează ca bază tehnicile și principiile marketingului tradițional (comercial), există anumite particularități de care trebuie să se țină cont. Asemănările și deosebirile dintre aceste domenii sunt prezentate în figura ce urmează.

| Marketing social                                | Asemănări   | Marketing comercial  |
|---|---|--|
| Produse intangibile                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientarea spre consumator;</li> <li>- Obținerea unor beneficii cât mai mari în schimbul investițiilor;</li> <li>- Necesitatea de a identifica și de a poziționa oferta mai bine decât concurenții;</li> <li>- Utilizează ca bază „teoria schimbului”;</li> <li>- Audiențele sunt segmentate</li> <li>- Se utilizează cei 4 P: produs, preț, promovare, plasament</li> <li>- Rezultatele sunt măsurabile și se utilizează pentru îmbunătățire</li> </ul> | Produse mai tangibile  |
| Complexitate mai mare a produselor              |   | Complexitate mai redusă a produselor                           |
| Cerere mai variată                              |   |  |
| Grupuri țintă mai greu de atins                 |   | Alinierea la preferințele consumatorilor                       |
| O mai mare implicare a consumatorului           |   | O mai mare implicare a prestatorului                           |
| Competiția mai subtilă și mai variată           |   | Competiția „fățișă”, orientată pe piață sau pe produs/serviciu |
| Scopul principal: influențarea comportamentului |   | Scopul principal: obținerea de profit                          |
| Selectarea segmentelor după criterii complexe   |   | Selectarea segmentelor de consumatori mai profitabile          |

**Fig.17. Asemănări și deosebiri între marketingul social și cel comercial.**

Sursa: *MacFadyenetal, 2003* [7].

Astfel, vedem că marketingul social se axează pe produse intangibile (idei, atitudini, schimbări în stilul de viață), pe când în sfera business-ului, produsele și serviciile sunt mai tangibile sau pot fi „tangibilizate” prin diverse metode. De asemenea, produsele marketingului social sunt mai complexe, decât produsele marketingului comercial; prezintă o cerere mai variată, iar grupurile-țintă sunt mult mai greu de „atins”, deoarece prezintă un anumit grad de rezistență.

Dacă vorbim de profituri și avantaje, atunci, în cazul sectorului comercial, regăsim necesitatea de a obține beneficii pentru întreprindere, pe când în sfera socială, beneficiul va fi unul pentru întreaga societate, prin influențarea comportamentului.

În marketingul social vom segmenta audiența în funcție de criterii multiple, printre care: prevalența și acuitatea problemei, abilitatea de a ținti audiența, predispunerea spre schimbare etc., pe când marketingul comercial tinde să identifice segmentele cele mai profitabile.

Marketingul social nu poate fi echivalat cu relațiile publice, publicitatea sau *social media*. Acestea reprezintă niște instrumente sau tehnici care pot contribui la atingerea obiectivelor propuse, dar nicidecum nu cuprind noțiunea în totalitate.

#### *Boxa 18. Definiții distincte de marketingul social*

**Relațiile publice** – reprezintă o funcție managerială a unei organizații care evaluează atitudinile publice, identifică politicile și procedurile unui individ sau ale unei organizații cu interesul public și planifică, după care execută, un program de acțiune pentru a câștiga înțelegerea și încrederea publicului [8].

**Publicitatea** – este orice formă plătită de prezentare și promovare nepersonală a ideilor, bunurilor sau a serviciilor de către un sponsor identificat. Reclamele pot fi un mijloc eficient, din punct de vedere al costurilor, de a răspândi mesaje, indiferent dacă e vorba de impunerea unei preferințe pentru o marcă sau de educarea persoanelor [9].

**Social media** – este un canal de comunicare, care poate fi definit cel mai bine în contextul analizei canalelor media industriale, cum ar fi televiziunea, ziarele, posturile de radio, revistele, care reprezintă tehnologii de difuzare statice, unidirecționate. În contrast, media socială, permite crearea de conținut personal și obținerea de feedback, prin utilizarea mai multor forme, printre care: bloguri, micro-bloguri (*Twitter*), rețele de socializare (*Facebook, LinkedIn*), pagini web de distribuire media (*YouTube, Flickr*) etc. [10].

Totodată, nu trebuie confundat marketingul social cu marketingul aplicat în sectorul public sau non-profit, nici cu activitățile de responsabilitate socială sau cauze comunitare. Chiar dacă

organizațiile care aplică aceste tehnici deseori recurg și la marketing social, impactul este unul pe termen scurt, deoarece nu se axează preponderent pe schimbarea comportamentului specific. Totuși, aceste instituții contribuie substanțial la atingerea obiectivelor de marketing social.

### ***5.1.2. Domenii de aplicare ale marketingului social***

Principiile marketingului social, precum și tehnicile pe care le aplică, au cunoscut vaste sfere de aplicare, de-a lungul timpului. În acest sens, au fost identificate patru domenii majore: *promovarea sănătății, prevenirea daunelor, protecția mediului și mobilizarea comunitară* [6, p.3].

*Promovarea sănătății* – sunt abordate probleme de comportament legate de: utilizarea tutunului, consumului și abuzului de alcool, obezitate, sarcina în rândul adolescenților, HIV/SIDA, consumul de fructe și legume, nivelul ridicat al colesterolului, alăptarea, cancerul, deficiențele înnăscute, imunizarea, sănătatea orală, diabetul, presiunea arterială și tulburările de alimentație.

*Prevenirea daunelor* – se promovează cuplarea centurii de siguranță, evitarea condusului în stare de ebrietate, prevenirea suicidului, violenței domestice, păstrarea armelor etc.

*Protecția mediului* – se promovează reducerea deșeurilor, protejarea habitatului sălbatic, distrugerea pădurilor, conservarea energiei, reducerea poluării aerului etc.

*Mobilizarea comunitară* – se susține donarea de sânge și de organe, ieșirea la vot, alfabetizarea, adoptarea animalelor etc.

*Cine aplică marketingul social?*

Potrivit autorilor Nancy Lee și Philip Kotler [1], marketingul social este implementat de persoanele „din prima linie”, responsabile de ameliorarea sănătății publice, prevenirea daunelor, protejarea mediului, generarea participării comunitare, consolidarea bunăstării financiare.

De cele mai multe ori, organizațiile care sponsorizează aceste inițiative sunt agențiile din sectorul public: agenții internaționale (cum este OMS), agenții naționale (centre de sănătate publică), departamentele de sănătate, departamentele de servicii sociale și umane, departamentele de intervenție în situații excepționale, instituții de învățământ ș.a. Fundațiile și organizațiile non-profit participă la acțiuni care contribuie la atingerea obiectivelor acestora. Spre exemplu, Programul ONU pentru HIV/SIDA Moldova încurajează tinerii să facă testul la HIV. Centrul Național de Transfuzie a Sângelui desfășoară, în colaborare cu alte instituții și organizații, campania "Donează sânge – salvează vieți".

Comaniile din sectorul privat pot susține marketingul social prin intermediul specialiștilor în marketing și a celor care activează în domeniul responsabilității social-corporative sau al relațiilor publice. Chiar dacă beneficiarul final este societatea, aceste companii înțeleg impactul favorabil pe care îl au acțiunile respective asupra imaginii companiei și pentru dezvoltarea unui brand. Printre companiile care susțin cauze sociale găsim: Union Fenosa, Orange, Coca-Cola Hellenic Moldova ș.a.

Drept intermediari în marketingul social sunt: companii de publicitate și relații publice, companii de consultanță în comunicare și marketing etc. Cum a fost menționat anterior, aceste categorii de organizații nu au drept scop primordial aplicarea principiilor de marketing social, dar aduc o contribuție la atingerea obiectivelor acestui domeniu. Astfel, poate fi afirmat că, marketingul social este implementat de agențiile specializate în colaborare cu numeroși actori din alte sfere și sectoare ale economiei.

### ***5.1.3. Marketingul social în sănătate publică***

În domeniul sănătății publice, marketingul social a fost utilizat în diverse privințe, cum ar fi: prevenirea fumatului în rândul adolescenților, reducerea ratei infecțiilor HIV/SIDA, combaterea bolilor cronice, promovarea planificării familiale, a modului sănătos de alimentație, practicarea exercițiilor fizice, utilizarea serviciilor de sănătate publică ș.a.

Principiile de marketing sunt relativ simple, dar aplicarea lor în sănătate publică ar putea deveni o adevărată provocare. Acest fapt se datorează intenției de a oferi beneficii grupului-țintă prin procesul de schimb care, de regulă, vor presupune un cost mai mare decât valoarea banilor. Spre exemplu, prin oferirea de cursuri de pierdere în greutate, se promite beneficiul de reducere a afecțiunilor cardiace, dar prețul plătit de consumator va fi renunțarea la obiceiurile de a găti „ca la bunica”. În acest caz, sentimentele și amintirile vor reprezenta un impediment major.

Pe de altă parte, în promovarea unui praf de copt (un bun tangibil) acesta ar putea servi, dimpotrivă, drept element de influențare și convingere. Astfel, se demonstrează că, produsele tangibile sau serviciile prestate prin intermediul acestora sunt mult mai ușor de oferit consumatorului prin utilizarea tehnicilor de marketing. Totuși, pentru a asigura succesul campaniilor de marketing social în sănătate publică, beneficiile oferite consumatorului trebuie să fie net mai mari decât *costul* pe care trebuie să-l plătească, care poate fi atât monetar, cât și nemonetar.

Dacă reprezentanții diferitor grupuri-țintă ar fi conștienți de nevoile lor, legate de sănătate, și ar întreprinde pașii necesari pentru a participa la programele realizate în acest sens, marketingul nu ar fi necesar în sănătatea publică. Totuși, realitatea prezintă o situație diferită, în care persoanele trebuie încurajate ca să adopte un mod de viață sănătos, să beneficieze de serviciile de sănătate și să prevină afecțiuni sau infecții. Pentru realizarea acestui deziderat, potrivit Departamentului Comunicare al Organizației Mondiale a Sănătății trebuie definită foarte clar schimbarea pe care vrem să o generăm în urma acțiunilor de comunicare [12].

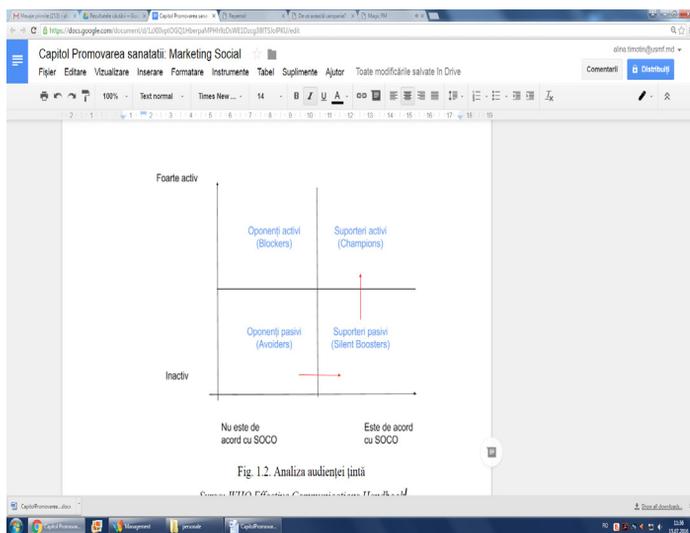
Inițial, trebuie definit rezultatul unic și global al comunicării (*Single Overarching Communications Outcome – eng. sau SOCO*), prin răspunsul la trei întrebări:

1. Care este tema sau problema adresată?  
(*Ex.: gripa sezonieră*)
2. De ce este importantă axarea pe acest subiect anume acum?  
(*Ex.: Înregistrarea cazurilor multiple de îmbolnăvire. Risc de epidemie*)
3. Ce schimbare vrei să generezi în audiența-țintă?  
(*Ex.: Părinții să-și vaccineze copiii în următoarele 2 săptămâni*)

În dependență de atitudinea manifestată față de SOCO, populația poate fi împărțită în 4 categorii:

- Oponenți activi (*Blockers – eng.* ),
- Suporteri activi (*Champions – eng.* ),
- Oponenți pasivi (*Avoiders – eng.* ) și
- Suporteri pasivi (*Silent Boosters – eng.* ).

Pentru că cei din prima secțiune sunt, practic, imposibil de convins, ei nu vor face parte din audiența-țintă. Spre exemplu, aceștia pot fi împotriva vaccinării din motive religioase sau pentru că au ferma convingere (chiar dacă greșită) că vaccinurile dăunează. Pe de altă parte, suporterii activi, mai ales dacă sunt lideri de opinie, pot fi utilizați pentru a încuraja suporterii și oponenții pasivi să întreprindă anumite acțiuni privind sănătatea sau, mai concret, imunizarea.



**Fig. 18. Analiza audienței-țintă.**

Sursa: *WHO Effective Communications Handbook* [12].

Totodată, pentru a asigura succesul campaniilor de marketing social este important să se pună accent pe menținerea consumatorilor actuali, deoarece procesul de atragere a noilor adepți este unul mai

dificil. Potrivit unor autori [13], menținerea clienților satisfăcuți prezintă două avantaje majore:

- o ei pot oferi promovare gratuită prin transmiterea, de la persoană la persoană, a impresiilor pozitive și
- o conservarea comportamentului celor din populația-prioritară, ca rezultat al participării la programe de promovare a sănătății.

Totuși, rata de abandon a comportamentului privind sănătatea, modificat prin aceste programe, este una foarte ridicată. Pentru a motiva persoanele să continue participarea la astfel de inițiative pot fi implementate următoarele:

- aplicarea strategiilor de contractare (încheierea de contracte între prestator și beneficiar),
- oferirea suportului social,
- recunoașterea în mass-media (promovarea prin diverse canale),
- concursuri ș.a.

### ***5.1.4. Marketingul social pentru schimbarea comportamentului***

Dacă în cazul marketingului comercial accentul este pus pe vânzarea de produse și servicii, atunci marketingul social are drept obiectiv influențarea comportamentului, care presupune:

- acceptarea unui nou comportament (ex.: sortarea deșeurilor, evitarea fumatului în spații închise);
- respingerea unui comportament potențial nedorit (fumat, consum de alcool);
- modificarea comportamentului curent (majorarea numărului de ore de exerciții fizice practicate săptămânal, reducerea numărului de grăsimi consumate);
- abandonarea unor obiceiuri vechi nedorite (consumul de alimente în fața televizorului/computerului);

- continuarea unui comportament dorit (donarea de sânge cu regularitate);
- înlocuirea comportamentelor (optarea pentru scări în detrimentul ascensorului).

Potrivit MacFadyen et al [7, p. 702], schimbările de comportament pot fi pe termen scurt sau lung și pot fi efectuate la nivel de individ, grup de indivizi sau la nivel de societate (detalii în figura ce urmează).

|                           | Schimbare la nivelul individului  | Schimbare la nivelul grupului   | Schimbare la nivelul societății   |
|---------------------------|---|---|---|
| Schimbare pe termen scurt | <b>Schimbarea comportamentului individului</b><br>(renunțarea la produse fast-food) | <b>Schimbări ale normelor administrative</b><br>(interzicerea comercializării produselor fast-food în școli)                    | <b>Schimbări ale politicilor publice</b><br>(limitarea formelor de promovare a produselor fast-food în rândul copiilor) |
| Schimbare pe termen lung  | <b>Schimbarea stilului de viață</b><br>(consum mare de fructe și legume)            | <b>Schimbări organizaționale</b><br>(oferirea unor meniuri sănătoase în școli, crearea punctelor de comercializare a fructelor) | <b>„Evoluție socio-culturală”</b><br>(reducerea obezității și a altor afecțiuni cauzate de o alimentație nesănătoasă)   |

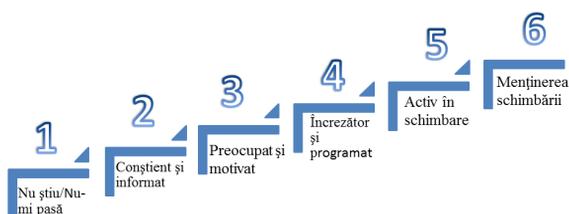
**Fig. 19. Cele 6 tipuri de schimbare socială ce pot fi induse prin marketing social**

*Sursa: Adaptare după MacFadyen L., Stead M., Hastings G. [7, p. 702].*

Trebuie remarcat faptul că schimbarea de comportament este, de regulă, voluntară, iar nucleul conceptului de marketing social presupune atingerea unui nivel de înțelegere și empatie din partea publicului pentru a descoperi motivațiile și beneficiile personale, care ar contribui la schimbarea de comportament sau oferirea/acceptarea de produse.

Pornind de la cunoștințele, atitudinile și comportamentul personal, se determină șase stadii ale procesului de schimbare comportamentală [14]:

1. *Nepăsător*– nu cunoaște și nu este preocupat de faptul că un anumit comportament prezintă riscuri, spre exemplu că lipsa activităților fizice ar putea cauza afecțiuni.
2. *Conștient și informat*– cunoaște că un anumit comportament poate reduce riscul pentru sănătate, cum ar fi: mișcarea reduce riscul apariției afecțiunilor cardiace etc.
3. *Preocupat și motivat*– susține ideea și e motivat spre schimbare, de ex.: știe că activitatea fizică este benefică și e motivat să-și schimbe comportamentul.
4. *Încrezător și planificat*– caută oportunități și planifică, de ex.: să fie activ fizic.
5. *Activ în schimbare* – întreprinde acțiuni concrete, de ex.: este activ fizic.
6. *Mentținerea schimbării*– de ex.: face mișcare de o perioadă îndelungată de timp și planifică să fie activ și în viitor.



**Fig. 20. Stadii de schimbare comportamentală.**

Cunoașterea acestor stadii ne ajută la determinarea nevoilor, motivațiilor și barierelor întâlnite de diferite grupuri de persoane. Spre exemplu, unii pot fi informați despre importanța activităților fizice în vederea reducerii riscurilor pentru sănătate, dar nu cred că o anumită acțiune, cum ar fi mersul pe jos, va fi eficientă în acest sens. O altă categorie de persoane, chiar dacă este preocupată de schimbarea comportamentului, nu are suficientă încredere în forțele proprii din cauza unor bariere multiple sau din absența unui model în comunitate. Alții pot participa activ la schimbare, dar există riscul să renunțe din lipsă de sociabilitate, distracție sau capacitate de plată (în cazul serviciilor contra cost).

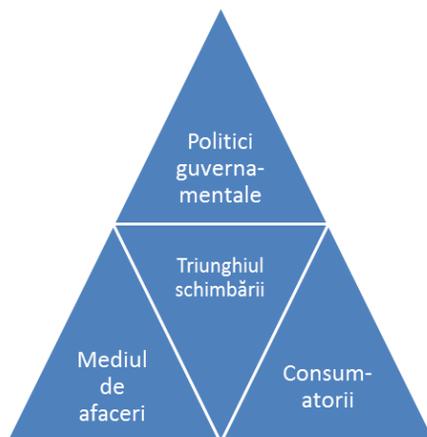
În literatura de specialitate [15] există numeroase teorii ale schimbării comportamentale, printre care:

- Modelul credinței în sănătate,
- Modelul transteoretic,
- Teoria acțiunii motivate,
- Teoria comportamentului planificat ș.a.

Totodată, este important de menționat faptul că, schimbarea depinde de trei factori:

- o politicile guvernamentale,
- o mediul de afaceri și
- o consumatorii, care dețin câte un colț din „triunghiul schimbării” [16].

Astfel, niciuna dintre cele trei categorii nu este capabilă de a produce schimbarea de sine stătător, fiind necesară coordonarea celor trei elemente. Politicile guvernamentale prezintă cadrul legal necesar schimbării, mediul de afaceri vine să susțină schimbarea prin produsele și serviciile oferite, iar consumatorii își asumă responsabilitatea pentru propriile acțiuni.



**Fig. 21. Triunghiul schimbării.**

*Sursa: Adaptat după V. Sharp [16].*

Pe parcursul anilor au fost desfășurate numeroase acțiuni de marketing social, printre primele fiind inițiative precum: campanii de planificare familială în India, campanii contra fumatului și consumului de alcool în Suedia, campanii privind siguranța în trafic în Australia. Printre cele mai mari succese de marketing social, înregistrate la nivel global, sunt:

- Promovarea terapiei prin rehidratare pe cale orală în Honduras a dus la scăderea semnificativă a numărului de decese la copii cu vârstă de până la 5 ani.
- Promovarea drepturilor femeii în America Latină de către organizația *Population Communication Services*, care a creat două piese, ce au devenit extrem de populare, întitulate "Stop" și "Când suntem împreună", cu ideea de a susține tinerele femei să spună "Nu".
- Campania desfășurată cu succes de către Institutul Național pentru Inimă, Plămâni și Sânge, SUA (*National Heart, Lung and Blood Institute*) pentru sensibilizarea populației privind problema colesterolului și a hipertensiunii arteriale, fapt ce a contribuit semnificativ la reducerea numărului de decese.

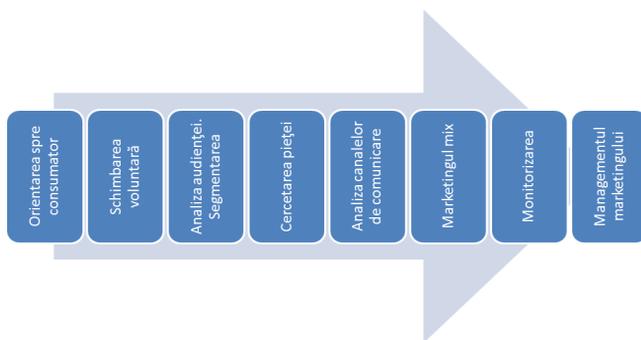
Astfel, scopul marketingului social este de a induce o schimbare voluntară a comportamentului, adică nu se limitează doar la informarea despre pericolele posibile, ci îndeamnă spre acțiune. În cadrul unei campanii de marketing social nu va fi suficient să se stabilească ca obiectiv creșterea numărului de persoane care cunosc despre necesitatea de a se spăla zilnic pe dinți, ci majorarea numărului celor care respectă igiena orală cel puțin de două ori în zi. În rezultat, va scădea și incidența cariilor sau altor infecții dentare. Informarea corectă reprezintă punctul de pornire. Spre exemplu, fără a informa populația că HIV nu se transmite prin îmbrățișări sau prin utilizarea unor tacâmuri în comun, nu vom putea combate discriminarea persoanelor infectate cu acest virus.

## 5.2 COMPONENTELE MARKETINGULUI SOCIAL

Marketingul social are drept scop promovarea și susținerea comportamentelor care aduc beneficii indivizilor și comunității. În sectorul sănătății – presupune promovarea sănătății și reducerea inegalităților în domeniu prin intermediul unor campanii specifice. Pentru a asigura succesul acestora, este foarte important ca „beneficiul” promis în schimb să reflecte experiențele, nevoile, motivațiile și barierele audienței-țintă.

Spre exemplu, unele persoane doresc să-i ajute pe cei aflați în suferință, fie din mărinimie, fie din motiv că ei sau apropiații lor s-au aflat în situații similare. O oportunitate în acest sens ar fi donarea de sânge, dar au temeri de a se infecta din cauza seringilor de prelevare. Astfel, în cadrul unei campanii de încurajare a donării de sânge, se vor pune accente pe inofensivitatea procedurii, posibilitatea de a beneficia de o analiză gratuită a sângelui, obținerea unor zile libere (de la muncă sau ore) și satisfacția de a ajuta pe cineva.

Aspectele esențiale ale marketingului social pot fi cuprinse în opt componente principale:



**Fig. 22. Componentele marketingului social.**

### 1. Orientarea spre consumator.

Punctul central al marketingului modern este consumatorul. Totuși, orientarea spre consumator nu se limitează la etapa de evaluare a nevoilor. De exemplu, cunoașterea faptului că „informarea

cu privire la colesterol” este o necesitate, nu este suficient. Trebuie de asigurat că produsele și serviciile care vin să satisfacă această nevoie vor fi înțelese și vor determina grupurile-țintă să acționeze.

## 2. *Schimbarea voluntară a comportamentului* (teoria schimbului).

În promovarea sănătății, cele mai importante costuri sunt: banii, timpul, efortul fizic și cognitiv, stilul de viață, factorii psihologici și contactele sociale. Resursele disponibile, de regulă, în cadrul agențiilor de sănătate sunt: banii, expertiza tehnică și o varietate de idei, produse, servicii. În timp ce aceste resurse reprezintă costurile pentru fiecare parte, care se antrenează în activitatea de promovare a sănătății, planul de marketing trebuie să evidențieze și beneficiile de care vor avea parte. Spre exemplu, persoanele care participă în programe de promovare a sănătății vor avea parte de: o calitate mai bună a vieții, o mai mare stimă și o imagine de sine îmbunătățită, mai multe relații și contacte. Pe de altă parte, agențiile de promovare a sănătății își vor atinge obiectivele organizaționale, va crește probabilitatea de a fi finanțate din surse externe și vor putea desfășura mai multe cercetări în domeniu.

## 3. *Analiza audienței și segmentarea pieței.*

Segmentarea audienței prezintă două obiective majore:

(1) definirea subgrupurilor omogene pentru crearea produselor și conceperea mesajelor;

(2) identificarea segmentelor care vor fi țintite prin intermediul strategiilor de comunicare și distribuție.

Aceste variabile de segmentare includ următoarele tipuri de criterii: geografice (regiune, localitate), demografice (vârstă, sex, mărimea familiei, ocupație, rasă, clasă socială), psihografice (stil de viață, personalitate, receptivitate la schimbare ș.a.).

## 4. *Cercetarea pieței.*

Un rol aparte revine aici studiilor inițiale desfășurate pe un eșantion mic pentru a testa eficiența produselor/serviciilor și a mesajelor până la diseminarea în masă a acestora. Multe organizații, din lipsă de resurse financiare, tind să renunțe la componentul

respectiv, care poate contribui substanțial la ajustarea programelor pentru a asigura o eficacitate mai mare (atât din punct de vedere al impactului mesajului, cât și al costurilor suportate).

#### 5. *Analiza canalelor de comunicare*

Intervențiile de sănătate publică necesită o varietate mare de canale prin intermediul cărora mesajele, produsele sau serviciile să fie transmise grupurilor țintă. Aceste canale pot varia de la mass-media (electronică și tradițională), până la lideri care să influențeze comunitatea și voluntarii. Orice persoană, organizație sau instituție, care are acces la o categorie determinată de populație, reprezintă un potențial canal pentru comunicarea în sănătate. Trebuie remarcat că, sursele interpersonale sunt mai credibile și se bucură de o atitudine mai favorabilă din partea publicului.

Canalele trebuie evaluate după: abilitatea de a transmite un mesaj complex; mediul utilizat (auditiv, vizual, printat, electronic); costurile; audiența; frecvența; continuitatea; numărul de intermediari; autoritatea/credibilitatea; capacitatea de a genera efecte multiple ș.a.

#### 6. *Marketingul mixt.*

Esența conceperii și implementării planurilor de marketing este reprezentată de marketingul mixt (cei 4P), format din: **Produx, Preț, Plasament, Promovare**. De mixarea acestor componente va depinde succesul implementării campaniei de marketing social. Descrierea mai detaliată este prezentată ulterior în acest capitol.

#### 7. *Monitorizarea procesului.*

Pentru a monitoriza programele de marketing social în sănătate publică, este necesar de a crea un sistem de urmărire a gradului de implementare a activităților. Acesta ar putea include următoarele informații specifice:

- denumirea activității;
- data desfășurării;
- cum a fost transmis mesajul/produsul/serviciul;
- dimensiunea grupului țintă/audienței;
- obiectivele.

### *8. Managementul marketingului*

Există o percepție greșită, atât în sfera comercială, cât și în sectoarele non-profit, potrivit căreia implementarea principiilor de marketing în activitate ar duce la schimbarea organizațiilor din „centrate pe consumator” în „centrate pe marketing”. Acest fapt este cauzat, primordial, de preconcepția pe care o au managerii despre marketing, care nu este întotdeauna una fundamentată și corectă. Este important ca, până la implementarea principiilor de marketing, să fie înțeles pe deplin rolul și locul marketingului în cadrul organizației și importanța pe care o are pentru activitatea desfășurată.

## **5.3. STRATEGIA DE MARKETING SOCIAL**

În literatura de specialitate sunt descrise două modele de aplicare ale marketingului social [3, p.195-197]:

- o modelul procesului de marketing social,
- o modelul strategic de implementare a marketingului social.

În fiecare situație, realizatorii sunt în drept să-și selecteze cea mai oportună strategie, care să se adapteze cât mai bine la o anumită situație. În acest context, sunt recomandate anumite principii pe care urmează să se centreze marketingul social, și anume [18]:

- Axarea pe comportament;
- Utilizarea unui proces de planificare sistematică, care aplică principiile și tehnicile de marketing tradițional;
- Selectarea și influențarea audienței-țintă;
- Beneficiarul primar este societatea.

În dezvoltarea unei strategii de marketing social unii autori recomandă respectarea unor pași și acțiuni concrete [11, 19]:

#### *1. Definirea problemei și a scopurilor:*

Pe ce problemă socială va fi axat planul și de ce?

2. *Desfășurarea unei analize a situației:*

- Analiza SWOT (puncte forte, puncte slabe, oportunități și amenințări);
- Revizuirea literaturii și analiza programelor axate pe eforturi similare.

3. *Selectarea audienței țintă:*

- Determinarea profilului consumatorilor după criterii socio-demografice, psihografice, geografice, comportamentale. Identificarea stadiului schimbării la care se află;
- Stabilirea dimensiunii grupului-țintă.

4. *Stabilirea obiectivelor și scopurilor de marketing:*

- Obiectivele campaniei: comportamentele și atitudinile țintite (cunoștințe și păreri);
- Scopuri SMART (specifice, măsurabile, realizabile, relevante, schimbări în comportamente și atitudini limitate în timp).

5. *Identificarea factorilor de influență privind adoptarea comportamentului:*

- Barierele percepute;
- Potențialele beneficii pentru grupul-țintă;
- Comportamente/forțe care vin în competiție;
- Alți factori de influență.

6. *Formularea unei declarații de poziționare:*

Se descrie ce ar trebui să simtă și să gândească audiența-țintă în legătură cu comportamentul promovat și beneficiile pe care le promite. Declarația de poziționare este inspirată de audiența-țintă, de barierele pe care le presupune și factorii cu care intră în competiție.

7. *Dezvoltarea unei strategii de marketing mixt:*

Utilizarea celor **4P** în crearea, comunicarea și livrarea beneficiilor comportamentului către consumator.

8. *Schițarea unui plan de monitorizare și implementare:*

Ce urmează a fi măsurat? (intrările, ieșirile, rezultatele și impactul). Când și cum vor fi efectuate măsurările?

9. *Stabilirea bugetului și identificarea surselor de finanțare*

Costurile pentru implementarea planurilor de marketing (inclusiv cheltuieli pentru cercetare, monitorizare și implementare);

Anticiparea veniturilor posibile, economisirilor și a contribuțiilor partenerilor.

10. *Completarea planului pentru implementarea și gestionarea campaniei*

Cine și ce va întreprinde, cum și unde, inclusiv, rolurile partenerilor.

În prezent, marketingul social în sănătate publică are o răspândire largă, fiind implementat în țările din întreaga lume. La nivel mondial, au fost identificate un șir de tendințe privind aplicarea acestui concept [11, p.5]:

- o orientarea globală a sănătății publice (contează nu doar acțiunile locale, dar și cele din exterior);
- o crearea de parteneriate între organizații non-profit, sectorul privat, guvernele, organizațiile mediatice, comunitățile locale;
- o integrarea celor 4P;
- o educarea prin divertisment;
- o valorificarea cercetărilor de marketing ș.a.

Un alt aspect important este faptul că, campaniile actuale sunt orientate pe schimbarea de comportamente, cum ar fi: renunțarea la fumat, consumul moderat de alcool, utilizarea contraceptivelor, imunizarea copiilor ș.a.

## **5.4. ROLUL COMPETIȚIEI ÎN MARKETINGUL SOCIAL**

Un rol aparte în determinarea strategiei de marketing social în promovarea sănătății revine competiției. Audiența-țintă are întotdeauna libera alegere în acțiuni, fiind influențată de mulți factori și actori, care luptă pentru atenția și timpul acesteia. Acest fapt demonstrează prezența concurenței.

Spre exemplu, prin marketingul social este promovată practicarea exercițiilor fizice, dar comportamentul preferat poate fi vizionarea emisiunilor la televizor sau petrecerile cu prietenii. De asemenea, este încurajată donarea de organe pentru transplant, fapt pus în contradicție de ideologia promovată de către organizațiile religioase. Este propagată ideea de renunțare la fumat, pe când cineva poate vedea în ieșirea „la o țigară” o modalitate de socializare cu prietenii. În aceste situații, beneficiile promise în schimb trebuie să fie suficient de mari și de clare pentru a putea concura cu celelalte opțiuni.

În marketingul social competiția este reprezentată de [3]:

- Comportamentele actuale, prezente, obișnuite ale audienței-țintă;
- Comportamentele și beneficiile asociate cu aceste comportamente, pe care audiența-țintă le-ar prefera în locul comportamentului promovat prin marketingul social;
- Organizațiile și persoanele care transmit mesaje, care se opun comportamentului promovat.

Alan Andreasen prezintă 5 niveluri ale competiției în marketingul social [20]:

1. *Generic*– La această etapă marketerii se confruntă cu provocarea de a produce schimbarea sistemică, concurând cu letargia și obișnuința.

2. *Nivelul de intervenție*– Intervențiile vor genera schimbare socială: la nivel de individ, la nivel de comunitate sau la nivel de structură (prin politici publice, advocacy, modificări legislative etc.). Dacă unii specialiști consideră că trebuie responsabilizată fiecare persoană în parte, alții cred că doar intervențiile majore la

nivel de societate au efect. Pe de altă parte, „structuraliștii” susțin că trebuie modificat sistemul, nu comportamentul indivizilor sau al comunităților. Astfel, pentru a evita accidentele rutiere trebuie regândite drumurile, redusă limita de viteză, iar producătorii de automobile trebuie determinați să pună accent pe siguranță.

3. *Piața-subiect*– Există multiple probleme sociale, care țin de sănătate, mediu, criminalitate, bunăstare socială, arte ș.a., iar practicienii din aceste domenii concurează între ei pentru obținerea de fonduri și pentru atenția opiniei publice.

4. *Produsul*– Pentru fiecare nivel de intervenție și pentru fiecare subiect de piață există câte un șir de instrumente de intervenție (denumite „ produse”).

5. *Brandul*– Nivelul final al competiției se produce în cadrul categoriei de schimbare personală voluntară. Marketingul social este doar unul dintre multiplele concepte pe care le pot utiliza organizațiile pentru a genera schimbarea voluntară.

**Boxa 19. Programul de prevenire durabilă a malariei în Africa (1999-2009) [1, p.3].**

În fiecare zi, în Africa, peste 3000 de persoane decedază de malarie, iar anual această cifră ajunge la 1 milion. Malaria este cauza principală de deces în rândul femeilor însărcinate și a copiilor cu vârstă de până la 5 ani (unul din 20). Familiile cheltuie cca 20% din venituri pentru tratament, iar instituțiile de sănătate utilizează până la 40% din bugete pentru tratamente de ambulatoriu al malariei. Totuși, multe din îmbolnăviri, decese și chiar cheltuieli pot fi prevenite. În acest sens, OMS recomandă utilizarea unor plase prelucrate cu insecticid (PPI), drept cea mai bună metodă de protecție contra țânțarilor. Acestea s-au dovedit a reduce riscul infectării cu până la 45% și, astfel, riscul mortalității cu 30%.

În anul 1999, Agenția USAID a finanțat un program denumit NetMark, în vederea creșterii cererii pentru utilizarea adecvată și accesibilitatea plaselor cu insecticid (PPI-lor) prin intermediul sectorului comercial. La acea etapă, plasele nu erau disponibile în vânzare, în cele mai multe dintre țările africane.

Comportamentul care trebuia adoptat de familii era procurarea plaselor, atârănarea lor corespunzătoare și utilizarea sistematică a PPI. În acest sens, au fost desfășurate cercetări privind evaluarea cunoștințelor și percepțiilor populației cu privire la țânțari și malarie. Astfel, au fost identificate următoarele bariere:

- persoanele nu cunoșteau despre existența PPI-lor;
- costul ridicat, perceput de populație, pentru aceste plase;
- disponibilitatea redusă sau chiar lipsa de pe piață a PPI (cel mai apropiat punct de achiziționare a plaselor se afla la o oră distanță, parcursă cu autobuzul);
- preocuparea cu privire la potențialele efecte adverse asupra sănătății, cauzate de insecticidul cu care era tratată plasa;
- "înăbușeala" simțită în timpul somnului din cauza plasei.

#### *Strategiile implementate*

Strategia de produs a fost axată pe asigurarea unui lanț de distribuție pentru 2-5 mărci de comercializare a PPI-lor, în fiecare stat african, cu aplicarea unui "sigiliu de calitate", care să exprime racordarea la cerințele internaționale de calitate.

Au fost încurajați întreprinzătorii din sectorul privat să inițieze puncte de comercializare a plaselor.

A fost stabilit drept scop reducerea prețului (prin concurența de piață) și revizuirea prețurilor cu distribuitorii. De asemenea, a fost prevăzută modalitatea de a face plasele accesibile și celor, care nu puteau să plătească prețul integral, prin oferire de reduceri (40-100%).

Politica de promovare a avut drept scop generarea cererii pentru PPI prin informarea populației despre pericolul pe care îl prezintă malarie și beneficiile utilizării plaselor în timpul somnului. În acest sens, a fost dezvoltată o campanie de publicitate și de comunicare cu componente specific-regionale. Mesajul inițial a fost: "*Țânțariiucid. Ucide țânțarii!*", fiind bazat pe rezultatele cercetărilor, în care consumatorii au arătat că pun preț pe puterea de distrugere a insecticidelor. Campania a inclus utilizarea canalelor mass-media (print, televiziune, radio), precum și activități promoționale specifice, cum ar fi picturi pe perete, materiale distribuite la puncte de cumpărare și spectacole stradale.

#### *Rezultate obținute:*

- *Aprovizionarea* – în anul 1999 existau doar 2 mărci de PPI disponibile în Africa, iar în 2008 cifra lor a ajuns la 22, cu 50 de parteneri comerciali, care asigurau accesul populației la aceste produse.

- *Formarea cererii* – în 2009 cca 90% dintre femeile cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani cunoșteau despre PPI. În Ghana, 64% din populație deținea așa plase, iar în Etiopia – 91%.

Partenerii NetMark au vândut peste 60 mln. de plase timp de 10 ani, în cele 7 state africane în care a fost desfășurată campania.

## **5.5. ANALIZA SITUAȚIEI CURENTE ȘI SELECTAREA GRUPULUI ȚINTĂ**

Pentru a iniția un program de marketing social, este necesar de a analiza situația curentă prin descrierea factorilor din mediul intern și extern, care vor influența procesul de planificare și cel de luare a deciziilor. Analiza SWOT este cea mai indicată în acest sens. Astfel, vor fi depistați atât factorii organizaționali (puncte forte și puncte slabe): resurse, experiențe anterioare, parteneriate și colaborări, servicii prestate, categorii de public; cât și factorii de mediu (oportunități și amenințări): publicul extern, factorii STEP (socio-demografici, tehnologici, economici, politici/legislativi).

Un rol cheie în desfășurarea activității de marketing revine cercetărilor. Astfel, cercetarea de marketing poate fi divizată în [18, p.13]:

- formativă;
- de pretestare;
- de monitorizare;
- de evaluare.

*Cercetarea formativă* (sau inițială) servește ca bază în determinarea și înțelegerea grupurilor-țintă pentru fundamentarea strategiilor de marketing.

*Pretestarea* se utilizează până la lansarea campaniei și contribuie la testarea mesajelor, materialelor sau produselor/serviciilor, înainte de distribuirea în masă, în vederea ajustării acestora.

*Cercetarea de monitorizare și evaluare* se desfășoară pe parcursul și, respectiv, după finalizarea campaniei.

Sunt delimitate patru tipuri de evaluare a campaniilor, care răspund la patru întrebări [21].

1. Cercetarea formativă: *Ce mesaje și materiale ale strategiei vor avea cel mai bun rezultat?*
2. Cercetarea eficacității: *Va fi capabilă campania, implementată în condiții ideale, să facă diferența?*
3. Evaluarea procesului: *A fost implementată campania după cum a fost planificată?*
4. Evaluarea rezultatelor: *Ce impact a avut campania (dacă a existat unul)?*

La prima vedere, s-ar părea că de intervențiile în domeniul promovării sănătății ar putea beneficia fiecare, fapt pentru care trebuie transmise mesaje tuturor persoanelor. Cu toate acestea, o parte dintre persoane nu sunt interesate, pregătite sau nici doritoare de a răspunde stimulilor. Piața prezintă un colaj din diverși indivizi, fiecare având propriul set de valori, dorințe și nevoi. Ceea ce este valabil pentru unul nu este neapărat valabil pentru altcineva. Iată de ce, este necesară divizarea populației totale în grupuri similare (segmente de piață), măsurarea potențialului relativ pentru fiecare segment, selectarea unui segment (sau câteva), care să reprezinte audiența-țintă, pe care ne vom concentra eforturile și resursele. Segmentarea contribuie la dezvoltarea, eficace și eficient, a produsului dorit de consumator, precum și la luarea deciziilor privind cel mai potrivit mod de promovare.

Există metode directe și indirecte de analiză și segmentare. Cele directe presupun:

- desfășurarea de sondaje pe eșantioane aleatoare,
- tehnici de observare,
- chestionare,
- metode calitative ca interviul personal sau focus-grupul.

Metodele indirecte sunt cele mai utilizate, pentru că sunt mai comode și mai accesibile, și presupun: metode de cercetare a arhivelor de date și utilizarea datelor din surse secundare bazate pe cercetări desfășurate de alte organizații.

Segmentarea se bazează pe un șir de factori, printre care: demografici, geografici, psihografici, de comportament ș.a. Aceștia sunt utilizați în complex, pentru a identifica cât mai exact audiența țintă.

**Tabelul 10. Categoriile și variabilele de segmentare [13, p.291].**

| Categoriile și variabilele de segmentare   |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| Geografică   | Demografică  | Psihografică  | Comportamentală   | Beneficiile căutate   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Națiuni;</li> <li>- State;</li> <li>- Regiuni;</li> <li>- Raioane/județe;</li> <li>- Orașe, sate;</li> <li>- Vecinătate.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vârstă;</li> <li>- Stadiul ciclului de viață;</li> <li>- Diagnostic/categoria bolii;</li> <li>- Sex;</li> <li>- Asigurare medicală;</li> <li>- Venituri;</li> <li>- Educație;</li> <li>- Religie;</li> <li>- Rasă/etnie.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clasă socială;</li> <li>- Stil de viață;</li> <li>- Atitudini;</li> <li>- Valori;</li> <li>- Personalitate (imagine despre propria persoană).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocaziile de cumpărare;</li> <li>- Statut de utilizator;</li> <li>- Statut de loialitate;</li> <li>- Predispunere spre cumpărare;</li> <li>- Comportament de sănătate.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distracție;</li> <li>- Stare de sănătate;</li> <li>- Lipsă de stres;</li> <li>- Relaxare ș.a.</li> </ul> |

Institutul Național de Cancer din SUA a desfășurat o cercetare a segmentului-țintă a populației, prin intermediul studiului atitudinilor și stilului de viață, pentru a identifica populația prioritară pentru campaniile de cancer. A fost stabilită prezența unui grup, pe care l-au numit ca *optimiști*, care era nepăsător cu privire la propria sănătate. Reprezentanții acestuia nu depuneau careva eforturi pentru a-și menține sănătatea, nu căutau informații în acest sens și nu îi preocupa deloc acest subiect. Din acest grup făceau parte tineri din familii cu venituri mari, care reprezentau circa 12% din populație. Deținerea unei astfel de informații permite dezvoltarea unui plan de marketing social echilibrat, fiind cunoscute specificul audienței.

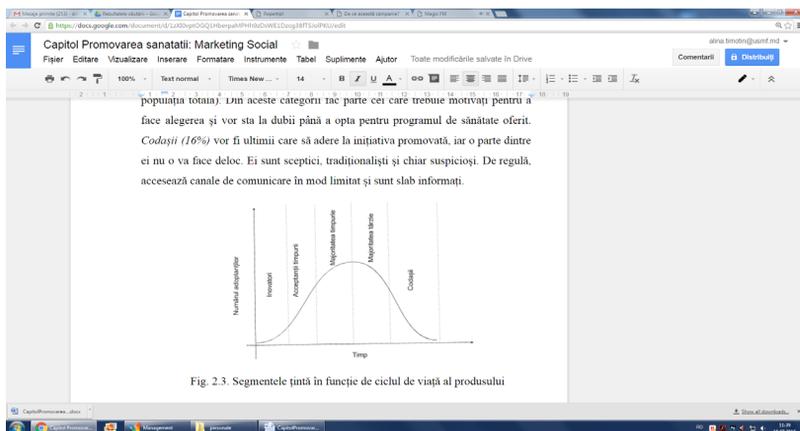
Nu există o modalitate corectă sau incorectă de a realiza segmentarea, important este să se răspundă cerințelor de planificare. Odată ce au fost determinate segmentele potențiale, urmează a fi alese cele pe care se va axa programul, care vor fi analizate prin prisma a 5 criterii [13, p.292]:

1. Să fie *măsurabile* : câte persoane constituie segmentele respective;
2. Să fie *substanțiale* : să cuprindă un număr suficient de mare din populație;
3. Să fie *accesibile*: trebuie luați în calcul factorii timp, distanță pentru a ajunge la audiența țintă;
4. Să poată fi *diferențiate*: grupul trebuie să fie omogen și unic în felul său, să se deosebească de alte segmente;
5. *Predispușe* la acțiune: urmează a fi analizată posibilitatea de creare a produsului, care să corespundă nevoilor grupului-țintă (spre exemplu, dacă pentru persoanele din păturile social-vulnerabile fumatul reprezintă sursa principală de luptă cu stresul, atunci trebuie găsită o alternativă foarte bună, care să-i determine să renunțe la fumat).

Pentru fiecare grup-țintă identificat va fi întocmit un marketing mixt (conform celor 4P), care va contribui la depășirea barierelor segmentului, a competiției și va elucida beneficiile. Totodată, din grupul-țintă pot să facă parte persoanele cu putere de influență asupra unor grupuri de indivizi.

În general, ar fi bine să se țină cont și de faptul că, în dependență de ciclul de viață al programului de sănătate, acesta va trezi atenția diferitor tipuri de consumatori. Intervenția poate fi privită ca o noutate, iar în acest caz *inovatorii* (2-3% din populație) vor fi primii care vor dori să testeze produsul, fiind urmași de *acceptanții timpurii* (14%), care sunt reprezentați de liderii de opinie.

În continuare programul va fi testat de *majoritatea timpurie* și cea *târzie* (a câte 34% fiecare din populația totală). Din aceste categorii fac parte cei care trebuie motivați pentru a face alegerea și vor sta la dubii până vor opta pentru programul de sănătate oferit. *Codașii* (16%) vor fi ultimii care să adere la inițiativa promovată, iar o parte dintre ei nu o vor face deloc. Ei sunt sceptici, tradiționaliști și chiar suspicioși. De regulă, accesează canale de comunicare în mod limitat și sunt slab informați.



**Fig. 23. Segmentele țintă în funcție de ciclul de viață al produsului.**

*Sursa: Adaptat după Rogers Everett, 1983 [22].*

În cazul marketingului comercial va fi identificată o nevoie și un comportament al persoanei, care va fi valorificat. Spre exemplu, se vor propune servicii de albire a dinților pentru consumatorii de cafea și produse de tutun, pe când, în cazul marketingului social, va fi încurajată populația să reducă cantitatea de cofeină consumată și se va încuraja renunțarea la fumat. În primul caz, are loc alinierea la dorințele consumatorilor și, astfel, este trezit interesul, pe când în cel de-al doilea caz, se va forma, oarecum, un interes nou.

Pentru a trezi interesul la campaniile sociale este important de a cerceta preferințele consumatorului, pentru ca să fie clar ce stă la baza comportamentului, care urmează a fi schimbat. Vor fi delimitate segmente distincte, care vor forma audiența-țintă. Ulterior, se va construi un mesaj care să îndemne la acțiune. Ar fi bine să se evite negațiile, cum ar fi "Nu fuma!", optând pentru construcție pozitivă: "Lasă-te de fumat!". Va fi stabilit un plan de acțiuni pentru a fi implementat într-o anumită perioadă de timp. Astfel, e bine să fie utilizată o combinație de tehnici, cum ar fi: distribuirea de pliante informative, organizarea de flashmob-uri, cursuri de formare de la egal la egal, spoturi audio și video difuzate în presa locală, articole în ziare și reviste etc. După implementare, prin intermediul cercetărilor, va fi evaluat impactul campaniei.

**Boxa 20. Campania "O casă fără pericole pentru copilul tău", Republica Moldova.**

În Republica Moldova, anumite campanii sociale au avut o răspândire destul de largă cu un efect pozitiv înregistrat la nivel de țară. Una dintre acestea este și campania "*O casă fără pericole pentru copilul tău*", inițiată în anul 2008, care a avut ca scop ridicarea nivelului de cunoștințe și îmbunătățirea comportamentului familiilor cu copii în ceea ce privește prevenirea accidentelor în condiții casnice. Campania a fost realizată în cadrul proiectului "Regionalizarea Serviciilor Pediatriche de Urgență și Terapie Intensivă în Republica Moldova (REPEMOL)", derulat de Ministerul Sănătății cu suportul Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare.

La data inițierii campaniei, datele acumulate de Centrul Național de Management în Sănătate arătau că pe parcursul unui an au fost înregistrate 52795 de accidente, în care au avut de suferit copii; 2353 de copii în vârstă de până la 5 ani au primit asistență medicală de urgență în urma intoxicațiilor și diverselor traumatisme. În fiecare zi, circa 145 copii au suferit în urma accidentelor [23].

Campania a inclus un șir de activități, printre care: afișarea în locuri publice a două postere create special; întâlniri cu părinții copiilor din grădinițe; obligarea medicilor de familie pentru realizarea a câte două vizite la domiciliul familiilor cu copii 0-5 ani; desfășurarea unui concurs cu premii pentru familiile care înlătură pericolele pentru copii.

Rezultatele campaniei au fost vizibile. Un studiu de evaluare a arătat că cca 64% dintre respondenți au declarat că au fost vizitați acasă de cel puțin un specialist medical pentru a discuta pe această temă, iar cca 78% dintre familiile cu copii 0-5 ani au menționat că, în urma campaniei, au făcut ceva anume ca să reducă din riscurile de accidentare a copiilor în gospodărie. Potrivit studiului, 73,1% din populație au supravegheat copilul/copiii mai atent, decât înainte, și au luat măsuri de prevenire a arsurilor, intoxicării/otrăvirii, a înecului sau sufocării.

Un studiu realizat ulterior, în 2011, a demonstrat o tendință de reducere a responsabilității supraveghetorilor față de eventualitatea unor întâmplări nefaste pentru copiii de care au grijă. Astfel, dacă în 2010 persoanele care conștientizau probabilitatea vătămării copiilor în condiții casnice erau 62,9% dintre respondenți, în anul 2011 ponderea acestora se reduce la 57,7% (înainte de campanie, în 2009 același grup reprezenta 55,2%). Riscurile de accidentare a copiilor în gospodărie sunt subestimate, în mai mare măsură, de către bărbați, rezidenți ai localităților urbane, persoane cu nivel socio-economic redus și de către supraveghetorii copiilor sugari [24].

Evaluarea *pre-* și *post-* campanie a demonstrat eficiența acesteia, însă, numai pe perioada imediat după finalizare, fapt pentru care ar fi trebuit asigurată continuitatea acesteia.

## 5.6. DEZVOLTAREA STRATEGIEI DE MARKETING MIXT ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

În formularea strategiilor, marketingul social ca și marketingul comercial, face apel la mix-ul de marketing, reprezentat de cei 4P: **Produs, Preț, Plasament, Promovare**. Chiar dacă aceste elemente sunt analizate separat, ele trebuie corelate și integrate în vederea atingerii rezultatelor dorite.

| Strategia de marketing mix   |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Produs   | Preț  | Plasament   | Promovare   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nucleul produsului (beneficiile noului comportament)</li> <li>• Produsul actual (comportamentul dorit)</li> <li>• Produsul îmbunătățit (produsele/serviciile care susțin schimbarea)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducerea costurilor (monetare și non-monetare) percepute</li> <li>• Maximizarea beneficiilor (monetare și non-monetare) oferite în schimb</li> <li>• Creșterea costurilor (monetare și non-monetare) pentru competiție</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Locurile în care poate fi întâlnită audiența-țintă</li> <li>• Formularea propoziției de poziționare</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formularea mesajelor</li> <li>• Identificarea mesagerilor</li> <li>• Selectarea canalelor de comunicare</li> <li>• Utilizarea creativității</li> <li>• Selectarea tehnicilor de promovare (publicitate, relații publice, evenimente ș.a.)</li> </ul> |

**Fig. 24. Rezumatul strategiei de marketing mixt.**

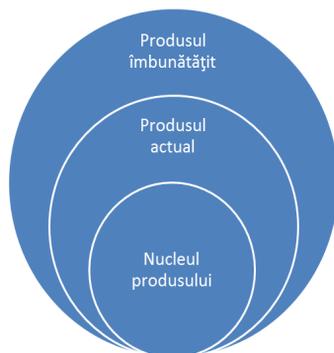
### *Strategia de produs*

Produsul reprezintă ceea ce se oferă consumatorului, pentru a-i satisface anumite necesități. În literatură sunt descrise trei niveluri ale produsului în marketingul social [1]: *nucleul produsului, produsul actual și produsul îmbunătățit*.

În *nucleu* regăsim beneficiile pe care le va obține grupul-țintă, în urma adoptării comportamentului promovat prin campaniile de marketing social (ex.: reducerea riscului de a deveni obez sau supraponderal).

*Produsul actual* exprimă comportamentul dorit (ex.: renunțarea la consumul de produse fast-food).

*Produsul îmbunătățit* include produsele și serviciile care vin să susțină schimbarea comportamentului (ex.: puncte de comercializare cât mai accesibile a fructelor și legumelor).



**Fig. 25. Nivelurile produsului în marketingul social.**

*Sursa:*[1]

Dacă în marketingul comercial produsul este, mai mult sau mai puțin, tangibil și poate fi supus schimbului pe o anumită piață-țintă, atunci în marketingul social acest concept este lărgit, cuprinzând „idei, cauze sociale și schimbări de comportament” [17]. În marketingul social produsul poate fi reprezentat de: informație, idei, bunuri, servicii, evenimente, comportamente.

Tangibilizarea acestor produse devine o adevărată provocare pentru marketeri, deoarece este mult mai ușor să vinzi o ciocolată cu lapte, care poate fi gustată și testată decât „un mod sănătos de viață”, care nu prezintă nicio evidență fizică pentru consumator. Mesajele, materialele (pliante, afișe, postere, broșuri, prezervative, calendare menstruale ș.a.) și serviciile (de consiliere, linii telefonice

anonime etc.) pot contribui la interconexiunea acestor „produse”, iar elemente, precum calitatea, stilul, ambalajul, denumirea, ajută la formarea unui brand și la motivarea grupului-țintă să-l încerce. Este foarte important de acordat o atenție deosebită acestor evidențe, care vor ajuta consumatorul să perceapă mai ușor „ideea, cauza socială sau schimbarea de comportament” pe care o propunem.

În marketingul comercial portofoliul produselor include *lărgimea, profunzimea și lungimea gamei de produse*.

*Lărgimea* reprezintă numărul de linii distincte de produse lansate de o companie (ex.: detergenți, produse cosmetice, paste de dinți), *profunzimea* cuprinde numărul de produse pentru fiecare linie (ex.: detergenți pentru rufe albe și colorate; rujuri de buze și rimeluri; paste de dinți pentru albirea dinților sau din ierburi), iar *lungimea* cuprinde toate produsele prezentate de companie pe piață (din toate liniile).

Similar, în marketingul social, delimităm diferite linii distincte de produse, care presupun comportamente țintite de campaniile sociale (ex.: activitate fizică, alimentație sănătoasă, donare de sânge), pe când profunzimea prezintă un număr de produse pentru fiecare grup-țintă (ex.: activitate fizică promovată în rândul copiilor, a părinților, adulților etc.).

Portofoliul campaniilor sociale trebuie revăzut și ajustat cu regularitate, pentru a introduce produse noi sau a le elimina/modifica pe cele care nu mai prezintă rezultatele dorite. Este important de menționat că managerii de marketing tind să influențeze cererea pentru produse/servicii, inclusiv, în marketingul social, fapt pentru care este esențial de cunoscut care sunt stările posibile ale acesteia [9, p.10]:

1. *Cerere negativă* – consumatorilor nu le place produsul și ar fi dispuși chiar să plătească un preț pentru a-l evita.

2. *Cerere inexistentă* – consumatorii nu știu despre existența produsului sau nu sunt interesați de produsul respectiv.

3. *Cerere latentă* – consumatorii prezintă o nevoie puternică, dar care nu este satisfăcută de niciun produs existent pe piață.

4. *Cerere în scădere* – consumatorii cumpără tot mai rar produsul sau chiar deloc.

5. *Cerere neregulată* – consumatorii cumpără în cantități variabile (sezonier, lunar, săptămânal, zilnic).

6. *Cerere completă* (denumită și *acoperită*) – consumatorii cumpără toate produsele prezentate pe piață.

7. *Cerere supracompletă* (sau *excesivă*) – mai mulți consumatori dornici să achiziționeze produsul, decât oferta disponibilă.

8. *Cerere nocivă* – consumatorii pot fi atrași de produse care au consecințe sociale nedorite.

Din categoriile prezentate putem evidenția că marketingul social este orientat, mai mult, spre cererea negativă, inexistentă sau nocivă, ceea ce face ca provocarea marketerilor să fie una suficient de mare. Există, totuși, situații în care sunt prezente și alte tipuri de cerere, cum ar fi cea latentă. Astfel, spre exemplu, unele persoane și-ar dori să renunțe la fumat, dar nu au suportul necesar (ex.: acces la programe de asistență sau la produse înlocuitoare). Specialiștilor le revine misiunea de a identifica tipul de cerere și de a ajusta strategiile de produs corespunzător.

### ***Strategia de preț***

Dacă în marketingul comercial consumatorii plătesc un preț exprimat, de regulă, în valori monetare, în marketingul social regăsim și costuri psihologice, pe care trebuie să le „plătească”, pentru a adopta comportamentul promovat, și care promite un șir de beneficii dorite. Dacă unele activități presupun costuri, în sensul direct al cuvântului, ex.: prețul plătit pentru orele de dans sau pentru secțiile sportive, altele cer doar timp, efort, energie, disconfort fizic. Strategia de preț în marketingul social vine să reducă costurile (monetare și non-monetare) percepute prin maximizarea beneficiilor (monetare și non-monetare), oferite în schimb. Totodată, există tendința de a crește costurile (monetare și non-monetare) pentru comportamentele care vin în competiție cu cel promovat.

**Tabel 11. Costurile monetare și non-monetare în marketingul social [3, p.215]**

| <i>Costuri monetare</i>   | <i>Timp, efort, energie</i>   | <i>Riscuri psihologice</i>   |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aparat de monitorizare a tensiunii arteriale la domiciliu.</li> <li>○ Cremă de protecție pentru expunerea la soare</li> <li>○ Contraceptive.</li> <li>○ Prezervative.</li> <li>○ Mănuși de protecție.</li> <li>○ Seringi de unică folosință.</li> <li>○ Cursuri de dans/ activități sportive.</li> <li>○ Consultațiile medicilor specialiști.</li> <li>○ Ochelari de soare pentru protejarea vederii.</li> <li>○ Organizarea trusei de prim-ajutor.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Monitorizarea tensiunii arteriale.</li> <li>○ Pregătirea unor alimente sănătoase.</li> <li>○ Optarea pentru alergatul dimineața în parc (trezitul devreme, selectarea echipamentului).</li> <li>○ Selectarea unor haine din fibre naturale.</li> <li>○ Deplasarea până la punctele de colectare a sângelui.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Renunțarea la fumat.</li> <li>○ Atragerea atenției prietenilor privind riscul asumat prin conducerea automobilului în stare de ebrietate și, în caz de necesitate, ascunderea cheilor.</li> <li>○ Evitarea expunerii la soare și utilizarea cremelor de protecție.</li> <li>○ Adresarea la medic la depistarea unei umflături la nivelul sânelui.</li> <li>○ Prezentarea la medic pentru un consult ginecologic sau de prostată.</li> </ul> |

Nu trebuie confundată noțiunea de *preț* cu cea de *bariere*. Drept bariere în prepararea unor bucate sănătoase ar putea fi: diversitatea redusă de produse pe piață, lipsa abilităților de gătit sau tradițiile locale. Pe de altă parte, prețul este exprimat de costul alimentelor, timpul destinat pentru procurarea alimentelor necesare, prepararea mesei, timpul și costurile instruirii specializate etc.

De regulă, prețul este exprimat prin intermediul mesajelor de comunicare, care fac apel la rațiune sau emoții, și nu este întotdeauna unul pozitiv. Spre exemplu, în Republica Moldova vaccinarea este obligatorie, iar copiii care nu sunt vaccinați nu sunt acceptați în instituțiile educaționale: școli sau grădinițe. Chiar dacă este o metodă controversată, practică de mai multe țări, aceasta vine să penalizeze părinții, care nu se supun regulii generale și îi încurajează să-și imunizeze copiii.

De asemenea, se recomandă evidențierea beneficiilor pe termen scurt, mai mult decât a celor pe termen lung. Astfel, putem pune un accent mai mare pe siguranța simțită în urma vaccinării și calitatea de a fi un părinte bun, decât pe posibilitatea de a evita potențiale îmbolnăviri în viitor.

### ***Strategia de plasament/ poziționare***

Aceasta exprimă locul și momentul, în care audiența-țintă va fi influențată să adopte noul comportament benefic pentru sănătate. Totodată, la fel ca în marketingul comercial, aici trebuie luate în considerare canalele de distribuție prin intermediul cărora va fi „livrat” produsul/serviciul. Se va căuta răspuns la întrebările: *Câte puncte de distribuție vor exista? Vor fi utilizați intermediari?*

Toate elementele trebuie să contribuie la crearea unei experiențe cât mai plăcute pentru consumatori, pentru ca aceștia să fie tot mai determinați să adopte comportamentul. Pentru a fundamenta strategia de plasament, este necesară desfășurarea de cercetări prin care să se identifice locurile în care consumatorii vor fi mai predispuși să asimileze mesajele (la cinematograful, în supermarket, în școală ș.a.), precum și locurile în care își petrec timpul sau obișnuiesc să se întrunească (biserica, cluburi sociale, forumuri ș.a.). Totodată, poziționarea poate genera costuri pentru beneficiari, în special atunci când trebuie să se deplaseze la locul prestării. Acest dezavantaj poate fi evitat prin combinarea mai multor evenimente, spre exemplu, în cadrul unei expoziții de produse de înfrumusețare, destinate femeilor, poate fi organizat și un screening gratuit al glandei mamare.

Strategia de plasament ține și de felul în care este efectuată poziționarea în percepția beneficiarilor, adică modul în care se dorește ca aceștia să perceapă produsul/serviciul/acțiunea. Aici este utilă ***propoziția de poziționare***, care are o formă de felul: „Vrem ca (audiența-țintă) să vadă/perceapă (*comportamentul dorit*) ca fiind (*descriere*) și mult mai benefic decât (*competiția*)”.

Spre exemplu, pentru o campanie de promovare a activității fizice, aceasta ar putea fi: *”Vrem ca adolescenții și copiii să perceapă activitatea fizică ca fiind o ocupație distractivă și interesantă și mult mai benefică decât jocurile la calculator sau emisiunile televizate”*.

### ***Strategia de promovare***

Pentru a inspira audiența-țintă la acțiune, e necesar să-i fie comunicate *beneficiile* și *caracteristicile* comportamentului promovat, *prețul* și *accesibilitatea* acestuia. Acest fapt poate fi realizat prin intermediul strategiei de promovare, care va maximiza efectele de comunicare și care are trei scopuri:

- Să facă produsul cunoscut;
- Să încurajeze audiența-țintă să-l procure sau să-l aleagă din multitudinea de alte produse;
- Să reamintească despre existența produsului.

Dezvoltarea strategiei de promovare pornește de la identificarea și conceperea mesajelor, după care vor fi selectați mesagerii și canalele de comunicare. Toate se realizează în strânsă concordanță cu obiectivele stabilite, utilizând datele din cercetări, privind preferințele și atitudinile consumatorilor.

**Mesajele** prezintă ce se dorește să cunoască audiența-țintă, să creadă și să facă. Acestea trebuie să fie motivaționale și să fie pozitive (de evitat mesajele negative și cele cu tentă de pedeapsă sau amenințare).

**Mesagerii** selectați în transmiterea mesajului trebuie să fie de încredere și să corespundă imaginii promovate. Spre exemplu, în cazul în care se selectează un sportiv de performanță pentru promovarea unei campanii pentru activitatea fizică, acesta trebuie să prezinte un comportament corespunzător (nu poate fi un adept al petrecerilor sau al modului nesănătos de viață).

În prezent, beneficiem de o varietate mare **decanale de comunicare**, pornind de la cele tradiționale (televiziune, radio, presă scrisă, panouri stradale ș.a.), la cele netradiționale (portaluri de știri, bloguri, forumuri, rețele de socializare ș.a.).

În practica de marketing sunt întâlnite mai multe **tehnici de promovare**: publicitate, marketing direct (vânzări directe, prin e-mail, telemarketing), relații publice, evenimente, sponsorizări, marketing interactiv (social-media) și promovarea vânzărilor (mostre, concursuri, cupoane de reducere ș.a.). În dependență de preferințele audienței-țintă, vor fi selectate și utilizate cele mai potrivite tehnici.

Pentru a atrage atenția publicului, este necesar să fie pus accentul pe **creativitate**, care va reprezenta sursa unor mesaje și metode inedite de comunicare, care vor avea un efect cognitiv și/sau emoțional asupra grupului-țintă. În acest fel, produsele promovate vor deveni mai acceptate de public și vor încuraja utilizarea acestora.

Un loc aparte în promovarea sănătății revine brandului care, potrivit Asociației Americane de Marketing [25], este un „nume, termen, design, simbol sau orice altă caracteristică care identifică produsele sau serviciile unui vânzător ca fiind diferite de cele oferite de alți vânzători”. Un brand puternic nu face decât să crească avantajul competitiv al unui prestator, astfel încât, produsele oferite de acesta să fie alese de către consumator.

În cazul campaniilor de promovare a sănătății, prima care va veni în contact cu audiența este *denumirea*, care trebuie să fie cât mai reprezentativă și atractivă. Ulterior, poate fi creat un *simbol* sau un *logo*, care, prin promovare, să devină ușor de recunoscut. Pe lângă denumire și logo, este important și *sloganul* este *fraza memorabilă*, care îndeamnă la acțiune.

Spre exemplu, în cadrul campaniei *”O casă fără pericole pentru copilul tău”*, desfășurată în Republica Moldova, logoul reprezintă o imagine schițată a unui copil într-o căsuță, cu o linie curbată deasupra acoperișului, care vine să exprime soarele și protecția/siguranța. Totodată, în materialele promoționale se regăsește sloganul *„Ai grijă de mine! Eu vreau să trăiesc!”*, care în spoturile video sau audio este rostit de un copil, pentru a lăsa o impresie profundă asupra audienței.

#### *Boxa 21. Campania VERB [26].*

VERB este o campanie de marketing social, inițiată în SUA în anul 2002, care a avut drept scop creșterea și menținerea activității fizice în rândurile copiilor cu vârsta cuprinsă între 9 și 13 ani, care duceau un mod de viață sedentar. Părinții, în special mamele de 29-46 de ani, precum și alte surse de influențare a adolescenților (profesorii, liderii de programe pentru tineri etc.), au reprezentat audiența secundară a inițiativei VERB. În acest sens, în anul 2001, au fost alocate 125 de milioane de dolari pentru centrele de prevenire și control al bolilor.

La prima etapă, au fost desfășurate cercetări în rândul adolescenților și al părinților, pentru a identifica și a înțelege care sunt atitudinile, opiniile și comportamentul acestora privind activitatea fizică. Titlul campaniei vine să exprime acțiunea prin "verb" – ca parte de vorbire, iar ca mesaj a fost utilizată sintagma "Este ceea ce faci tu!" Astfel, prin utilizarea celor 4 P și a rezultatelor cercetărilor, a fost elaborată strategia marketingului social.

### ***Prodot***

Prodotul este reprezentat de activitatea fizică – o acțiune voluntară, care necesită alegerea personală și motivația interioară pentru a fi desfășurată repetat de adolescent. Scopul campaniei a fost de a câștiga o cotă de piață mai mare în ceea ce privește timpul alocat de adolescenți pentru activitățile sedentare. Strategia a fost bazată pe influențarea copiilor să participe în activități fizice prin asocierea cu beneficiile pe care aceștia pun preț, cum ar fi: petrecerea timpului cu prietenii, jocul, distracția, oportunitatea de a petrece timpul activ cu părinții, obținerea recunoașterii din partea semenilor și a adulților.

### ***Preț***

Pentru activitatea fizică costurile pot fi financiare (ex.: prețul pentru cursurile de dans), psihologice (ex.: adolescentul "nu se simte suficient de bine" în practicarea activității fizice sau a unui sport de grup), de mediu (ex.: în vecinătate nu se regăsesc trotuare sau terenuri de joacă) sau de timp (ex.: ambii părinți lucrează, copiii nu au suficient timp pentru activități fizice supravegheate etc.) Mesajele comunicate prin VERB vin să convingă tinerii și părinții acestora că activitatea fizică presupune "prețul potrivit", care este unul mult mai mic, decât beneficiile obținute în schimb.

### ***Plasament***

În cazul VERB, plasamentul exprimă locul în care adolescenții pot fi activi, din punct de vedere fizic, într-un mediu sigur, cum ar fi: curtea, organizațiile destinate tinerilor, organizațiile comunitare, parcurile sau locurile de recreere, școala, cluburile sportive private sau publice, sau orice alt loc în care sunt oferite facilități (periodice sau permanente) de a practica activitățile fizice într-un mod distractiv.

### **Promovare**

Pentru "a vinde" activitatea fizică adolescenților a fost necesar de a crea un brand pentru VERB. În acest sens, campania s-a asociat cu mărcile populare în rândul copiilor, sportivi și celebrități, activități și produse care sunt "cool", distractive și motivaționale. Mesajele au făcut diferența. Astfel, în loc de a spune "Faceți mișcare cel puțin 60 de minute în fiecare zi", campania le oferea ocazia copiilor să descopere activități noi, care le-ar plăcea.

În spoturile televizate apăreau copii de diferite vârste, din diferite grupuri rasiale și etnice, cu abilități diferite și cu greutate corporală variată, inclusiv cu dizabilități, care veneau să inducă ideea "Copii ca mine fac asta. Și eu pot!". Părinții și persoanele cu influență asupra copiilor au fost îndemnați să susțină și să încurajeze adolescenții să facă mișcare și să încerce noi activități.

Drept canale de comunicare au fost selectate posturile TV pentru copii (Cartoon, Network, Nickelodeon, Disney, Telemundo etc.), de radio, precum și reviste (Sports Illustrated for Kids, Seventeen, TIME for Kids, Teen People etc.). Pe lângă acestea, au fost organizate evenimente stradale, au fost desfășurate concursuri și competiții.

Campania a fost desfășurată până în anul 2006, iar în 2004 a fost supusă unui proces de evaluare, prin care a fost evidențiată influența extensivă pe care a atins-o. Potrivit rezultatelor de la acel moment [27], 96% dintre adolescenții chestionați au menționat că au înțeles cel puțin un mesaj-cheie promovat în campanie. Copiii care știau despre campania VERB au indicat 3,9 sesiuni de activitate fizică pe săptămână, p când cei care nu cunoșteau despre VERB au indicat o valoare de 3 puncte pentru același indicator. Astfel, observăm o diferență de 22% între persoanele informate despre campanie și cele neinformate.

## **5.7. IMPLEMENTAREA CAMPANIILOR DE MARKETING SOCIAL**

Faza de implementare se referă la execuția planului de marketing social și lansarea intervenției. Planul se stabilește de regulă pentru un an, dar recomandabil este termenul de 2-3 ani. Odată realizat, planul urmează a fi pus în aplicare. La această etapă trebuie întruniți toți actorii, care vor fi instruiți cu privire la rolurile concrete ce trebuie să le îndeplinească.

Jeff French [28] scoate în evidență un șir de caracteristici ale planului de marketing social, printre care:

- structurarea clară și bine-definită;
- argumentarea necesității intervențiilor;
- sustenabilitatea;
- specificarea unor mecanisme de evaluare,
- gestionare a performanței, precum și de măsurare a feedback-ului;
- delimitarea etapelor de dezvoltare și aplicare a programului ș.a.

Astfel, se observă distincția, care trebuie făcută între perioada de elaborare a planului și cea de implementare, fără a omite ajustările care pot fi operate pe parcurs.

Atunci când este planificat evenimentul de lansare, urmează a fi prevăzută utilizarea unui complex de tehnici, precum: relații publice, evenimente comunitare pentru a amplifica efectul mesajelor și a fi mediatizat pe larg. În acest sens, trebuie luate în calcul un șir de factori, și anume: *când*, *unde*, *cine* și *cum* [2, p.58-60].

| Când                    | Unde                        | Cine                         | Cum                      |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Data lansării campaniei | Locul desfășurării acțiunii | Responsabili de implementare | Descrierea activităților |

**Fig. 26. Implementarea campaniei de marketing social.**

### ***Când?***

În stabilirea momentului în care urmează să fie lansată Campania trebuie analizate și alte acțiuni, care ar putea complete sau compromite eforturile de inițiere a planului. O atenție deosebită trebuie acordată organizării, astfel încât să nu lipsească niciun element important. Trebuie verificate toate elementele, precum: numărul de pliante disponibile, numărul de locuri amenajate pentru invitați, accesibilitatea numerelor de telefon indicate pe materiale ș.a.

Urmează a fi luată în calcul și posibilitatea de a alege un moment sugestiv pentru eveniment. Spre exemplu, o campanie de promovare

a activității fizice poate fi lansată de Ziua Mondială a Sănătății sau de Ziua Internațională a Fericirii. Trebuie consultată agenda altor instituții (ministere, agenții, organizații), care ar putea desfășura, de asemenea, anumite acțiuni cu această ocazie.

### ***Unde?***

După ce a fost stabilit momentul, este necesar să decidem care va fi locul potrivit pentru lansare. Aici vom face diferența între lansare la nivel național/regional și la nivel local. Dacă intenționăm să testăm întâi campania, evident vom selecta o audiență mai mică. Pentru o mai mare amploare, însă, vom opta pentru audiențe mai largi. De remarcat că, în acest caz, costurile suportate pentru mediatizare vor fi mai mici, iar subiectul va deveni cunoscut mult mai rapid. Totuși, perioada de testare este recomandabilă.

### ***Cine?***

Către cine va fi direcționată campania de lansare - este următoarea întrebare care trebuie pusă. Astfel, se poate opta pentru un anumit segment din audiența-țintă, iar spre restul să fie direcționată atenția ulterior sau să fie dat startul campaniei pentru toate grupurile-țintă în același timp, în masă. Aceste decizii depind, în mare parte, de dimensiunea audienței și de capacitatea de țintire a acesteia, dar și de bugetul disponibil.

### ***Cum?***

Ce acțiuni de relații publice vor fi întreprinse? Care va fi tipul și numărul instituțiilor media invitate la eveniment? Unde se vor desfășura evenimentele comunitare și flashmob-urile?

În acest sens, este necesar de a desemna persoanele responsabile pentru fiecare activitate și de a determina calendarul implementării pentru a evita omiterea unor elemente importante.

Campaniile de marketing social nu trebuie să fie neapărat costisitoare. Prin valorificarea oportunităților existente pot fi efectuate economii considerabile. Mediul on-line oferă un șir de astfel de posibilități. Din acest motiv sunt recomandate următoarele:

- Prezența unei pagini web simplu de accesat, actualizate și atractive (cu poze, filmulețe scurte și date interesante);
- O bază de date electronică a reprezentanților mass-media pentru expedierea comunicatelor de presă electronice și una a potențialilor beneficiari pentru transmiterea de buletine informative;
- Promovare social-media marketing, care include: bloguri, microbloguri, video bloguri, site-uri de conținut, rețele sociale etc. Printre cele mai populare instrumente menționăm: YouTube, Facebook, Twitter, LinkedIn, WordPress ș.a.
- Prezența pe rețelele de socializare trebuie realizată prin conținut interesant, integrativ și operativ. În plus, fiecare din cadrul organizației ar trebui să devină un ambasador al mesajelor campaniei, iar aceste rețele pot reprezenta o ocazie pentru realizarea conexiunilor.

Cu referire la principiile de succes pentru o campanie de marketing social, prezentate de Nancy Lee și Philip Kotler [1], regăsim câteva sfaturi:

- Profită de campaniile de succes actuale sau cele desfășurate anterior;
- Susține și promovează unul-două comportamente cu un impact potențial semnificativ;
- Distrează-te, joacă-te cu mesajele;
- Urmărește rezultatele și efectuează ajustări pe parcurs.

Trebuie remarcat faptul că, rolul tot mai crescut pe care îl are în prezent marketingul social în promovarea sănătății va deveni unul indispensabil pentru viitor. Marketingul social în sănătate reprezintă un potențial important pentru atingerea unui grup de persoane cât mai mare posibil, cu costurile cele mai mici, printr-un program eficient, care să satisfacă consumatorii cât mai mult. Domeniul este în permanență schimbare, iar provocările pe care le aduce vor necesita o abordare tot mai profesionistă. Esențial este să se cunoască punctul de pornire și destinația, restul reprezintă doar creativitate și entuziasm.

## ***Bibliografie:***

1. Lee R. N., Kotler Ph. Social marketing: influencing behaviors for good, 4th edition, SAGE, 2011.
2. Bellamy H., Salit R., Bell L. Social Marketing Resource Manual: A guide for State Nutrition Education Networks, Washington, D. C.: Health Systems Research, 1997, p. 5.
3. Promovarea sănătății și educație pentru sănătate, Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar. București: Public H Press, 2006, p. 183.
4. Zaharia R. Marketing social-politic, București: Editura Uranus, 2002.
5. Building Our Understanding: Social Marketing on a Dime, CDC's Healthy Communities Program. Disponibil la: [http://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/tools/pdf/social\\_marketing.pdf](http://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/tools/pdf/social_marketing.pdf)
6. Cheng H., Kotler Ph., Lee N. R. Social marketing for public health: global trends and succes stories, USA: Jones and Bartlett Publishers, 2011.
7. Baker M. J. The marketing book. Fifth edition, Oxford: Elsevier Science, 2003.
8. Wilcox D.L. et al. Relații publice: strategii și tactici, București: Curtea Veche Publishing, 2009, p. 3.
9. Kotler Ph., Keller K. L. Managementul marketingului, București: Editura Teora, 2008. p. 840.
10. Zarella D. Social Media Marketing Book, Ontario: O'Reilly Media, 2010.
11. Cheng H., Kotler Ph., Lee N. R. Social marketing for public health: global trends and success stories, USA: Jones and Bartlett Publishers, 2011, p. 3.
12. *WHO Effective Communications Handbook*. Accesat la: <http://www.who.int/risk-communication/training/who-effective-communications-handbook-en.pdf>
13. McKenzie J. F., Neiger B. L., Thackeray R. Planning, implementing and evaluating health promotion programs, San Francisco: Pearson Eduction, 2009, p. 307.
14. A guide to health promotion through social marketing, Australian Sports Commission. Accesat la: [https://www.clearinghouseforsport.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/632935/Social\\_Marketing\\_Guide.pdf](https://www.clearinghouseforsport.gov.au/_data/assets/pdf_file/0010/632935/Social_Marketing_Guide.pdf)
15. Buzea C.M., Milicescu V.M., Ranga R. Teorii de schimbare a comportamentului cu aplicabilitate în sănătatea orală. In: Revista română de stomatologie. Vol. LVII (3), 2011, p. 198-203.
16. Kourdi J. The Marketing Century: How Marketing Drives Business and Shapes Society, The Chartered Institute, London: Wiley, 2011, p. 247.
17. Lefebvre R. C., Flora J. A. Social Marketing. In: Health Education Quarterly. 1988, Vol. 15 (3): 299-315.

18. Kotler Ph., Roberto N., Lee N. Social marketing: improving the quality of life, second edition. USA: Sage Publications, 2002, p. 9-11.
19. MacFadyen L., Stead M., Hastings G. A Synopsis of Social Marketing, 1999. Disponibil la: [http://www.evidenceintopractice.scot.nhs.uk/media/135280/social\\_marketing\\_synopsis.pdf](http://www.evidenceintopractice.scot.nhs.uk/media/135280/social_marketing_synopsis.pdf)
20. Andreassen A. R. Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace. In: *Journal of Public Policy & Marketing*, 2002, Vol. 21 (1) Spring, pp.3-13 .
21. Donovan R., Henley N. Principles and Practice of Social Marketing: an international perspective, Cambridge: University Press, 2010.
22. Rogers Everett M. Diffuziuni de inovatii. 3rd Edition. New York: The Free Press, 1983, p. 247.
23. <http://parinti.md/DESPRE-CAMPANIE/Despre-Campanie/De-ce-aceasta-campanie--eID35.html>.
24. Cunoștințe, atitudini și practici ale persoanelor care au în grijă copii 0-4 ani împliniți, cu privire la accidente casnice, Chișinău: Centrul de Analiză și Investigații Sociologice, Politologie și Psihologie CIVIS, 2011. Accesat la: [http://parinti.md/Document\\_Files/Studii-KAP/00000098/qybeo-Studiul%20KAP%202011.pdf](http://parinti.md/Document_Files/Studii-KAP/00000098/qybeo-Studiul%20KAP%202011.pdf)
25. <https://www.ama.org/resources/Pages/Dictionary.aspx?dLetter=B>
26. Wong F, Huhman M., Heitzler C., Asbury L., Bretthauer-Mueller R., McCarthy S. et al. VERB™ — a social marketing campaign to increase physical activity among youth. *Prev Chronic Dis* [serial online] 2004, July.
27. Huhman M. E., Potter L. D. et al. Evaluation of a National Physical Activity Intervention for Children: VERB™ Campaign, 2002-2004. In: *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 32 (1) January 2007, p. 38-43.
28. French J., Blair-Stevens C. et al. Social marketing and public health: theory and practice, Oxford: Oxford University Press, 2010.
29. European Centre for Disease Prevention and Control. Social marketing guide for public health managers and practitioners. Stockholm: ECDC, 2014.
30. Zanoschi G. Sănătate Publică și Management Sanitar, Iași: Edit Dan, 2003.

## Carta de la Ottawa

**Carta de la Ottawa** - Prima Conferință Internațională de Promovare a Sănătății, Ottawa, 21 noiembrie 1986.

*„Prima Conferință Internațională de Promovare a Sănătății, desfășurată la Ottawa a adoptat în 21 noiembrie 1986 prezenta carte de acțiune în scopul de a contribui la atingerea obiectivului de sănătate pentru toți din acel moment, până în anul 2000 și anii următori.*

*Această conferință a reprezentat, în primul rând, un răspuns la așteptările tot mai mari pentru o nouă mișcare de sănătate publică din întreaga lume. Discuțiile au fost focalizate pe nevoile din țările industrializate, dar a luat în considerare preocupările similare din toate celelalte regiuni. Aceasta s-a construit pe baza progreselor realizate grație Declarației de la Alma Ata, privind asistența medicală primară, obiectivelor fixate de Organizația Mondială a Sănătății în Strategia pentru sănătate pentru toți document, precum și dezbaterile privind acțiunile intersectoriale pentru sănătate din cadrul Adunării Mondiale a Sănătății.*

### **Promovarea Sănătății**

*Promovarea sănătății este procesul care le permite indivizilor să dețină controlul asupra determinantilor sănătății și, astfel, de a-și îmbunătăți starea lor generală de sănătate. În vederea atingerii unei bunăstări fizice, mentală și socială complete, un individ sau un grup trebuie să fie în măsură să-și identifice și să-și realizeze aspirațiile, pentru a-și satisface nevoile, și de a se adapta sau a schimba mediul său înconjurător. Sănătatea este, prin urmare, văzută ca o resursă pentru viața de zi cu zi, nu scopul vieții în sine. Aceasta reprezintă un concept pozitiv subliniind resursele sociale și personale, precum și aptitudinile fizice. Promovarea sănătății nu relevă doar domeniul sănătății: nu se limitează doar la a susține adoptarea unui stil de viață favorabil sănătății; ambiția sa fiind bunăstarea completă a individului.*

## **Condiții prealabile pentru sănătate**

Condițiile de fundamentale și resursele pentru sănătate sunt:

- ✓ condiții de pace,
- ✓ adăpost,
- ✓ acces la educație,
- ✓ hrană corespunzătoare,
- ✓ accesul la o sursă de venit,
- ✓ eco-sistem stabil,
- ✓ acces la resurse durabile,
- ✓ dreptul la justiție socială, precum și la tratament echitabil.

Toate acestea sunt indispensabile oricărui demers de ameliorare a stării de sănătate.

## **Pledoaria pentru sănătate**

Starea optimă de sănătate este o resursă majoră pentru dezvoltarea socială, economică și personală și o dimensiune importantă a calității vieții. Factorii politici, economici, sociali, culturali, de mediu, comportamentali și biologici pot fie să favorizeze starea de sănătate, fie să acționeze ca dăunători. Promovarea sănătății își propune să facă aceste condiții favorabile prin pledoaria pentru sănătate.

## **Aplicarea de măsuri**

Promovarea sănătății se concentrează pe obținerea echității în sănătate. Acțiunea de promovare a sănătății are ca scop reducerea diferențelor actuale în ceea ce privește starea de sănătate și asigurarea egalității de șanse și a resurselor necesare pentru a le permite tuturor oamenilor să-și atingă potențialul maxim de sănătate. Aceasta include un fundament sigur într-un mediu propice, accesul la informații, deprinderi de viață și oportunități pentru a face alegeri sănătoase. Oamenii nu-și pot atinge potențialul maxim de sănătate, cu excepția cazului în care sunt în măsură să preia controlul asupra acelor lucruri care determină sănătatea lor. Acest lucru trebuie să se aplice în mod egal atât pentru femei, cât și pentru bărbați.

## **Medierea**

*Condițiile prealabile și perspectivele pentru sănătate nu pot fi asigurate numai de către sectorul sănătății. Promovarea sănătății impune, de fapt, acțiunea coordonată a tuturor părților implicate: guvernele, sectorul sănătății și alte sectoare economice și sociale, organizațiile non-guvernamentale și voluntare, autoritățile locale și mass-media. Oameni din toate categoriile sociale sunt implicați ca indivizi, familii și comunități. Grupuri sociale și profesionale și personalul din domeniul sănătății au responsabilitatea majoră de a media diferitele interese ale societății care vizează sănătatea.*

*Strategiile și programele de promovare a sănătății ar trebui să fie adaptate la nevoile și posibilitățile locale ale țărilor și regiunilor la nivel individual și să ia în considerare diferitele sisteme sociale, culturale și economice.*

## **Acțiuni pentru promovarea sănătății**

### **➤ Elaborarea unor politici publice care favorizează sănătatea.**

*Promovarea sănătății înseamnă mult mai mult decât asistența medicală. Aceasta pune ideea de sănătate pe agenda de lucru a factorilor de decizie din toate sectoarele și de pe toate nivelurile, direcționându-i spre conștientizarea consecințelor deciziilor lor asupra sănătății și spre acceptarea responsabilităților lor pentru sănătate. Politica de promovare a sănătății combină abordări diferite, însă complementare, incluzând legislația, măsuri fiscale, impozitarea și schimbarea organizațională. Este o acțiune coordonată care conduce spre sănătate, venituri și politici sociale, care determină o mai mare echitate. Acțiunea comună contribuie la asigurarea bunurilor și serviciilor mai sigure și mai sănătoase, servicii publice care favorizează sănătatea și medii mai curate și mai agreabile.*

*Promovarea sănătății presupune identificarea obstacolelor în adoptarea unor politici care promovează sănătatea în sectoarele nemedicale și presupune, de asemenea, găsirea unor modalități de înlăturare sau depășire a acestor obstacole. Obiectivul trebuie să fie acela de a face alegerea mai ușoară pentru factorii de decizie, care să fie, de asemenea, cea mai bună alegere din punct de vedere al sănătății.*

➤ **Crearea unor medii favorabile.**

*Societățile noastre sunt complexe și interdependente. Sănătatea nu poate fi separată de alte scopuri. Legătura indisolubilă între oameni și mediul lor de viață constituie baza unei abordări socio-ecologice a sănătății. Principiul de bază director pentru lume, cât și pentru națiuni, regiuni și comunități deopotrivă, este nevoia de conștientizare a sarcinilor care revin fiecăruia dintre noi față de ceilalți, față de întreaga comunitate și față de mediul nostru natural. Trebuie menționată aici și atenția care ar trebui acordată conservării resurselor naturale în întreaga lume, care reprezintă o responsabilitate globală.*

*Evoluția modurilor de viață, de muncă și de petrecere a timpului liber au un impact semnificativ asupra sănătății și modul în care societatea își organizează activitatea ar trebui să contribuie la crearea unei societăți mai sănătoase. Promovarea sănătății generează condiții de trai și de muncă sigure, stimulante, pline de satisfacții și plăcute.*

*Evaluarea sistematică a efectelor asupra sănătății ale unui mediu în schimbare rapidă, îndeosebi în domeniul tehnologiei, a locului de muncă, energiei și urbanizării este esențială și trebuie să fie urmată de măsuri pentru a se asigura efectele pozitive ale acestora asupra sănătății publice. Protecția mediilor naturale și a spațiilor construite, precum și conservarea resurselor naturale, trebuie să fie cuprinse în orice strategie de promovare a sănătății.*

➤ **Consolidarea acțiunilor comunitare**

*Promovarea sănătății funcționează prin acțiuni concrete și eficiente ale comunității în stabilirea priorităților, luarea deciziilor, planificarea strategiilor și punerea lor în aplicare pentru dobândirea unei stări optime de sănătate. În centrul acestui proces este împuternicirea comunităților – considerate capabile de a prelua controlul asupra destinului lor și de a-și asuma responsabilitatea pentru acțiunile lor.*

*Dezvoltarea comunitară se bazează pe resursele umane și materiale existente în comunitate pentru a spori capacitatea de auto-ajutorare și sprijin social, precum și de a dezvolta sisteme flexibile pentru consolidarea participării și controlului publicului în domeniul sănătății. Acest lucru necesită acces complet și continuu la informații, oportunități de acumulare de cunoștințe în materie de sănătate, precum și sprijin financiar.*

### ➤ **Dezvoltarea abilităților individuale**

*Promovarea sănătății sprijină dezvoltarea personală și socială, prin furnizarea de informații, educație pentru sănătate și îmbunătățirea abilităților de viață. Prin aceasta, crește opțiunile disponibile pentru persoanele care să exercite mai mult control asupra propriei lor stări de sănătate și asupra mediului lor, precum și de a face alegeri favorabile pentru sănătate.*

*Este esențial să li se permită oamenilor să învețe să facă față tuturor etapelor din viața lor și să se pregătească pentru a face față diferitelor situații, cum ar fi bolile cronice sau accidentele. Acest lucru trebuie să fie facilitat în școală, familie, la locul de muncă și în comunitate. Este necesară o acțiune prin intermediul organismelor educaționale, profesionale, comerciale și de voluntariat, precum și în cadrul instituțiilor înseși.*

### ➤ **Reorientarea serviciilor medicale**

*Responsabilitatea pentru promovarea sănătății în serviciile de sănătate este partajată între indivizi, grupuri comunitare, cadrele medicale, instituțiile furnizoare de servicii de sănătate și de guverne. Ele trebuie să concluzeze în vederea unui sistem de îngrijire care conduce spre o stare optimă de sănătate. Rolul sectorului sănătății trebuie să se deplaseze tot mai mult într-o direcție de promovare a sănătății, dincolo de responsabilitatea sa pentru furnizarea de servicii clinice și curative.*

*Serviciile de sănătate trebuie să adopte un mandat extins, mai puțin rigid și care respectă nevoile culturale. Acest mandat ar trebui să sprijine nevoile indivizilor și comunităților pentru o viață mai sănătoasă și să deschidă canalele între sectorul sănătății și componentele mai largi cum ar fi cele sociale, politice, economice, fizice și de mediu.*

*Reorientarea serviciilor de sănătate necesită, de asemenea, o atenție mai puternică pentru cercetarea în domeniul sănătății precum și pentru schimbările din educație și formarea profesională. Acest lucru trebuie să conducă la o schimbare de atitudine și de organizare a serviciilor de sănătate, care se refocusează pe ansamblul nevoilor individului ca persoană privită din perspectivă holistică.*

## **Pași spre viitor**

*Sănătate este creată și trăită de oameni în diferitele contexte ale vieții lor de zi cu zi; acolo unde individul învață, lucrează, se relaxează și își permite să-și manifeste sentimentele. Sănătate este creată și de grija pentru sine și ceilalți, de capacitatea de a lua propriile decizii și de a avea un control asupra circumstanțelor vieții. De asemenea, ea solicită o societate în care condițiile dorite sunt reunite și care permite tuturor membrilor să atingă o stare optimă sănătate.*

*Altruismul, viziunea de ansamblu și ecologia reprezintă fundamentul strategiilor de promovare a sănătate. Autorii acestor strategii trebuie deci să pornească de la principiul că la toate nivelurile de planificare, implementare și evaluare a promovării sănătate, toți partenerii, bărbați sau femei, ar trebui să fie considerați ca fiind egali unii cu ceilalți.*

## **Angajamentul pentru Promovarea Sănătății**

*Participanții la această Conferință se angajează:*

- *să se mute în arena politicilor publice de sănătate, precum și să susțină un angajament politic clar pentru sănătate și echitate în toate sectoarele;*
- *să lupte împotriva presiunilor exercitate în favoarea produselor nocive, împotriva epuizării resurselor, a condițiilor și a mediilor de viață nesănătoase, a nutriției dezechilibrate; și să-și îndrepte atenția asupra problemelor de sănătate publică, cum ar fi poluarea, riscurile profesionale, căminele și așezările;*
- *să combată diferențele de nivel în sănătate dintre societăți și să lupte împotriva inegalităților cauzate de normele și practicile acestor societăți;*
- *să recunoască oamenii ca fiind principala resursă a sănătății; să-i sprijine și să le permită să se mențină atât înșiși, cât și familiile și prietenii lor, sănătoși, prin mijloace financiare și alte modalități, și să accepte comunitatea ca purtător-de-cuvânt privind starea proprie de sănătate, condițiile de trai și propria-i bunăstare;*

- să reorienteze serviciile de sănătate și resursele acestora în vederea promovării sănătății; și să împartă puterea cu alte sectoare, alte discipline și, cel mai important, cu populația însăși;
- să recunoască sănătatea și menținerea acesteia ca o investiție socială și o provocare majoră; și să abordeze problema ecologică globală a modurilor noastre de viață.

*Conferința îndeamnă toate părțile implicate să i se alătore în acest demers în vederea creării unei puternice alianțe în sănătate publică.*

### ***Apel pentru acțiunea internațională***

*Conferința face apel la Organizația Mondială a Sănătății și la alte organizații internaționale, să susțină promovarea sănătății în toate forurile corespunzătoare și să sprijine țările în stabilirea unor strategii și programe de promovare a sănătății.*

*Conferința susține cu fermitate faptul că dacă oamenii din toate categoriile sociale, organizațiile non-guvernamentale și voluntare, guvernele, Organizația Mondială a Sănătății și toate celelalte organisme implicate își unesc forțele în introducerea unor strategii de promovare a sănătății, în conformitate cu valorile morale și sociale, care formează baza acestei CARTE, „Strategia de Sănătate pentru toți până în anul 2000” va deveni o realitate.*

*Carta adoptată la Conferința Internațională de Promovare a Sănătății \* Mișcarea spre o nouă sănătate publică, 17-21 noiembrie 1986 Ottawa, Ontario, Canada.”*