



PSIHOLOGIE MEDICALĂ

Curs 3

STILUL DE VIAȚĂ

1. Stilul de viață – definiție și tipuri
2. Prevenția – definiție și tipuri
3. Teorii ale stilului de viață
 - a. Modelul convingerilor despre sănătate
 - b. Modelul simțului comun al autoreglajului sănătății și bolii
 - c. Teoria planificării comportamentale
 - d. Teoria autoeficacității
 - e. Teoria motivației pentru protecție

1. Stil de viață sanogen și stil de viață patogen

Stilul de viață se referă la ***totalitatea deciziilor și acțiunilor voluntare care ne afectează starea de sănătate***. Stilul de viață sănătos (*sanogen*) joacă un rol esențial în promovarea și menținerea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor. Stilul de viață negativ (*patogen*) este format din comportamente de risc pentru starea de sănătate. Comportamentele de risc au consecințe negative, pe termen scurt și lung, asupra sănătății fizice și psihice și, în consecință, reduc calitatea vieții și starea de bine a persoanei.

Studiile în domeniu (Sarafino, 1994) au identificat un set de comportamente protectoare a sănătății:

- a dormi între 7 și 9 ore;
- a lua micul dejun regulat;
- a nu consuma alimente între mese;
- menținerea greutății în limite normale;
- a nu fuma (activ și pasiv);
- a nu consuma alcool decât ocazional;
- a face exerciții fizice regulat.

Factorii comportamentali de risc au un rol important în etiologia și evoluția bolilor; de exemplu, peste 25% din bolile cardiovasculare ar putea fi evitate prin modificarea unui singur comportament de risc - fumatul.

- Comportamentele de risc care sunt în relație cu cele mai importante cauze de deces sunt:
 - a) fumatul, sedentarismul, alimentația necorespunzătoare, stresul - în tulburările cardiovasculare;
 - b) fumatul, consumul de alcool, alimentația neechilibrată, expunerea la soare neprotejat - în cancer;
 - c) alimentația neechilibrată, stresul, sedentarismul - în accidentele vasculare cerebrale;
 - d) consumul de alcool, droguri, conducerea fără utilizarea centurilor de siguranță, stresul - în accidente (inclusiv accidentele de mașină).



- Caracteristicile comportamentelor relaționate cu sănătatea:
 - a) *Comportamentele relaționate cu sănătatea sunt determinate de factori diferiți.* De exemplu, fumatul poate avea o funcție de “rezolvare” a situațiilor de stres, în timp ce activitatea fizică poate fi relaționată cu accesul la o sală de sport.
 - b) *Factori diferiți pot controla același comportament în mod diferit, la persoane diferite.* De exemplu, fumatul poate fi determinat de inabilitatea adolescentului de a-și face prieteni, de abilități scăzute de management al situațiilor de stres sau de nevoia de acceptare într-un grup de colegi.
 - c) *Factorii care controlează comportamentul se schimbă în timp.* De exemplu, un tânăr fumează la început pentru a se identifica cu normele grupului său de prieteni, pentru ca mai târziu fumatul să aibă o funcție de control al situațiilor de stres. Un alt exemplu este cel legat de exercițiu fizic. Elevii fac sport prin natura programei școlare, însă după ce își finalizează studiile renunță la exercițiul fizic.
 - d) *Comportamentele relaționate cu sănătatea și factorii care îi controlează diferă de la individ la individ.* Un tânăr poate începe să consume alcool din motive sociale, după care alcoolul să aibă o funcție de “rezolvare” a problemelor emoționale; pentru un alt tânăr, etapele pot fi diferite.

Este evident faptul că nu există un stil de viață total protector sau total distructiv și că, mai degrabă, în viața curentă avem prezente atât comportamente care ne susțin sănătatea, cât și comportamente care ne agravează starea și ne conduc încet spre boală.

2. Rolul programelor de prevenție a îmbolnăvirilor și a educației pentru sănătate

Promovarea și menținerea sănătății, în care cadrul medical are un rol extrem de important, se realizează prin programele de prevenție și cele de educație pentru un stil de viață sănătos. Recunoașterea importanței prevenției pentru sănătatea publică reprezintă cel mai semnificativ aspect al promovării sănătății fizice și mentale. Prevenția are trei componente:

1. **Prevenția primară** are ca obiective reducerea riscului de îmbolnăvire prin adoptarea comportamentelor protectoare a sănătății. Prevenția primară se realizează mai ales în familie și școală. Aici se dezvoltă atitudini de respingere a comportamentelor de risc - fumat, consum de alcool, droguri, alte comportamente de risc, cum sunt cele sexuale, legate de siguranță - prin activitățile de educație pentru sănătate, în școală, în cadrul orelor de dirigenție, consiliere și orientare, educație pentru sănătate etc.

2. **Prevenția secundară** implică reducerea factorilor de risc la grupurile cu risc crescut pentru îmbolnăvire. Aceste grupuri sunt cele care au adoptat deja comportamentul de risc. Școala poate să aibă un rol important și în prevenția secundară. De exemplu, se realizează prevenția secundară la elevii care fumează sau care consumă alcool și droguri prin realizarea unui plan de intervenție pentru modificarea acestor comportamente și atitudini negative față de un stil de viață sănătos.

3. **Prevenția terțiară** are ca obiective reducerea duratei îmbolnăvirii și creșterea calității vieții persoanelor care suferă de o boală. Prin proiectele de voluntariat în care este implicată școala și în care e vitală implicarea cadrelor medicale, elevii pot contribui la creșterea calității vieții unor persoane cu anumite boli terminale.

Promovarea și menținerea sănătății se realizează, așa cum am precizat, prin educația pentru sănătate în cadrul orelor de dirigenție, a orelor de consiliere și a programelor de



voluntariat la care participă elevii sub coordonarea profesorului-consilier și/sau a unui cadru medical. Dezvoltarea programelor de educație pentru sănătate în școală și comunitate este esențială pentru formarea unor valori pozitive față de sănătate.

În același timp, aceste programe oferă studenților de la instituțiile de învățământ medical superior posibilitatea de a-și dezvolta abilitățile de comunicare necesare mai târziu, în profesie, fără presiunea prezentă în relația cu pacientul, întâlnită la majoritatea rezidenților, și cu avantajul relaxării oferită de timpul îndelungat pentru pregătirea explicațiilor și de posibilitatea de a alege subiectele preferate ca teme de discuții.

Obiectivele educației pentru sănătate sunt:

- achiziționarea unui set de informații despre comportamentele de risc și cele de protecție;
- formarea unor atitudini de acceptare a comportamentelor protective și de respingere a celor de risc;
- practicarea de comportamente de promovare și menținere a sănătății și de evitare a riscului de îmbolnăviri;
- întărirea comportamentelor sănătoase și scăderea frecvenței comportamentelor de risc - fumat, consum de alcool, droguri, sedentarism, alimentație neechilibrată, viață sexuală de risc;
- promovarea în comunitate și mass-media a unui stil de viață sănătos;
- facilitarea promovării și menținerii unui nivel optim al sănătății fizice sociale, emoționale, cognitive și spirituale.

3. Formarea stilului de viață sănătos

Stilul de viață se formează și se modifică în funcție de interacțiunea dintre convingerile persoanei despre comportamente și consecințele lor, experiențele trecute și prezente, dar și informațiile primite din mediu la un anumit moment dat.

Mai jos sunt prezentate patru teorii pe care le puteți folosi pentru a aduna informații despre pacient și credințele lui legate de boală, dar și pentru a-l ajuta să formuleze noi intenții pentru starea lui actuală de sănătate. Mai mult, aceste teorii pot fi folosite și în toate tipurile de prevenție, pentru a ajuta pacientul să adopte comportamente protectoare în situații de risc dovedit prezent.

A. **Modelul convingerilor despre sănătate** (Health Belief Model - HBM) a fost dezvoltat pentru a explica modul de formare a comportamentelor relaționate cu sănătatea. Este o teorie care ajută și în direcția adunării informațiilor despre valorile și principiile de viață ale pacientului. Pe baza ei a fost construită foaia de observație clinică, folosită în instituțiile medicale. Conform acestui model, un comportament se formează prin evaluarea de către individ a două componente:

- 1) *percepția amenințării bolii sau comportamentului de risc*
- 2) *costurile și beneficiile comportamentului.*

Percepția amenințării (1) este influențată de informațiile pe care un individ le are despre acel comportament sau boală și este influențată de trei factori:

- a) valorile generale privind sănătatea (“Sunt preocupat de sănătatea mea”);



b) convingerile privind vulnerabilitatea la o anumită boală (“Mama mea este supraponderală, așa că și eu voi fi supraponderală”);

c) convingerile despre consecințele bolilor (“Vor muri dacă voi avea cancer pulmonar”).

Alți factori care sunt relevanți în percepția amenințării: variabilele demografice (vârstă, sex, rasă, etnie), variabilele psihosociale (caracteristici de personalitate, norme sociale, presiunea grupului), variabilele structurale (cunoștințele despre o boală).

Evaluarea costurilor și beneficiilor adoptării unor comportamente (2) este un alt factor important în formarea atitudinii față de comportamentele protectoare și de risc și are un rol important în luarea unei decizii adecvate pentru adoptarea unui stil de viață sănătos. Aceste “costuri” sau consecințe pot fi materiale (“Nu am bani să merg la o sală de sport”) sau psihologice (“Nu voi mai avea atât de mult timp să stau cu prietenii mei dacă merg la sport”). Indivizii trebuie învățați să evalueze aceste costuri și consecințe în adoptarea unui comportament.

Totodată este importantă această evaluare privind comportamentul de risc. Individul adoptă un comportament luând în calcul, în principal, beneficiile pe care el le aduce în viața sa. Dacă această balanță ar înclina mai mult înspre costuri, comportamentul nu ar fi acceptat. De cele mai multe ori, cel mai căutat beneficiu este plăcerea obținută. Poate fi clarificatoare o discuție care are ca rol informarea pacientului despre situația curentă de boală și importanța obținerii beneficiilor aduse de comportamentul protector.

Așadar, avem o de a face cu o relație între dorința pacientului de a se face bine (1) și credința că un anumit comportament recomandat pentru protecție are consecințele pozitive așteptate (2). Situația de boală se creează atunci când dorința pacientului de a fi bine nu este alimentată de frica de boală (pacientul crede că este sănătos sau că ceea ce face în prezent nu îi face rău), iar comportamentul protector este inutil în acest caz. Pentru ca pacientul să aibă motivația de a adopta comportamentul protector, este absolut obligatoriu ca mai întâi să îi fie clară situația de boală în care se află și să fie sprijin în acceptarea ei, iar apoi să îi fie prezentate comportamentele protectoare, ca furnizoare ale beneficiilor pe care le dorește.

Pentru a aduna informațiile despre pacient folosind foaia de observație clinică este crucial să ascultăm cu atenție toate răspunsurile pe care el le oferă și să le structurăm în funcție de componente. De exemplu:

1) percepția amenințării bolii sau riscului

a) valorile generale privind sănătatea

„Când ați fost la un control medical ultima oară?”

„Când v-ați făcut analizele medicale ultima oară?”

„Când ați fost internat ultima oară?/Ați mai fost internat vreodată?”

b) convingerile privind vulnerabilitățile sale

„Ce alte diagnostice vi s-au transmis? Aveți și alte boli?”

„Ce știți despre bolile respective? Cum credeți/știți că vă afectează ele?”

„Ce boli există în familia dumneavoastră? Care dintre ele credeți că se transmit genetic?”

c) convingerile privind consecințele bolii

„La ce riscuri credeți că vă supuneți? Cum credeți că acționează această boală în timp? Cum credeți că acționează boala?”

„Cum credeți că ar arăta viața dumneavoastră dacă nu ați primi niciun fel de tratament?”

2) costurile și beneficiile comportamentului (de risc și protector)

„Care credeți că sunt comportamentele care vă fac rău în această situație? Cum acționează ele asupra stării dumneavoastră? Dar cele care vă ajută? Cum vă ajută?”

„Ce credeți că ar trebui să schimbați ca să vă fie mai bine? De ce?”

„Ce ar fi cel mai greu de făcut? De ce? De ce anume aveți nevoie ca să vă fie mai ușor?”

Pentru a oferi o perspectivă nouă asupra situației actuale în care se află pacientul, este indicat să folosim aceleași informații pe care le-am colectat în anamneză, pe care să i le prezentăm folosind structura teoriei, împreună cu indicațiile medicale.

De exemplu, pentru un pacient care a fost diagnosticat cu ulcer gastric, care are o viață profesională intensă, în care este extrem de implicat din cauza presiunii faptului că este principalul furnizor de confort financiar din gospodărie:

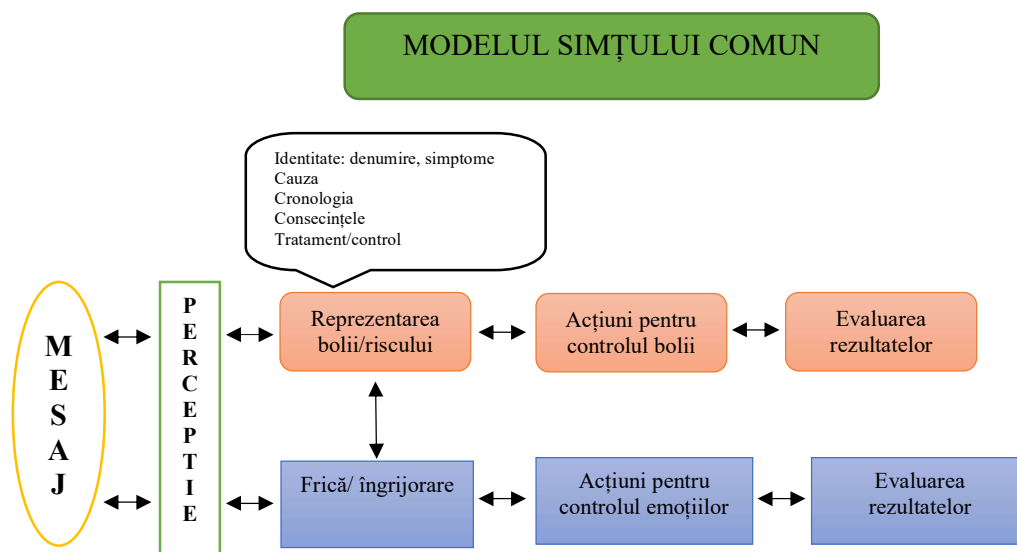
Domnule Popescu, așa cum mi-ați spus, lucrați foarte mult și sunteți implicat la serviciu pentru a asigura familiei dumneavoastră traiul bun pe care îl doriți pentru ei, drept urmare nu sunteți prea atent cu sănătatea dumneavoastră, fiindcă nu aveți timp și nici energie să faceți vizite medicale des (1. a.) De-a lungul timpului nici nu ați avut probleme prea mari de sănătate și corpul v-a ajutat să vă desfășurați bine activitatea și nici în familie nu ați avut membrii cu boli grave (1. b.). Ați neglijat efectele pe termen lung ale acțiunilor dumneavoastră și ați ignorat semnalele pe care corpul vi le transmitea că nu se simte bine (1.c.). Dar, așa cum era normal, programul de masă dezechilibrat, haotic și cu mâncare de proastă calitate, stresul/tensiunea în care trăiți zi de zi și faptul că nu ați avut prea mult timp liber în care să refaceți resursele corpului pentru ziua sau perioada următoare au produs modificări, care, în timp, au dus la această boală. (Pentru pacienții dornici de mai multe detalii, acesta ar fi un moment bun pentru a le explica și reacțiile biochimice de la nivelul corpului – de exemplu, modificările care apar în structura chimică a sucului gastric în funcție de starea emoțională – ca să înțeleagă tabloul complet al afecțiunii). Drept urmare, acum, pentru că aveți o afecțiune medicală, este nevoie să facem împreună niște schimbări în programul dumneavoastră zilnic, la care să adăugăm un tratament medicamentos care să amelioreze stările de disconfort. Și este nevoie să fie făcute amândouă pentru a obține cât mai repede starea de bine pe care v-o doriți.

B. Modelul simțului comun al autoreglajului sănătății și bolii (The Common Sense Model of Self-Regulation of Health and Illness, prescurtat CSM, Leventhal 1997) descrie modul în care pacientul își formează credințele de bază despre boală și apoi își alege strategiile de acțiune asupra bolii și de gestionare a ei. Există două procese paralele implicate: a) *unul cognitiv* ("Ce este această boală și ce pot face, obiectiv, în privința ei?") și b) *răspunsul emoțional*, precum și încercările de autoreglaj al acestuia ("Ce simt despre asta și ce pot face ca să mă ajut să mă simt mai bine în legătură cu asta?")

Pacientul pornește de la credințele generale privind bolile prin perspectiva cărora încearcă să înțeleagă simptomele actuale (procesul cognitiv) și apoi să decidă și să ghideze strategii de gestionare a lor (ce pot face eu și ce le permit altora să îmi facă) (răspunsul emoțional).

Leventhal descrie 5 componente ale reprezentării bolii:

1. Identitatea – eticheta sau numele bolii și al simptomelor care o însoțesc;
2. Cauza – ideile despre cauza percepută a bolii, care nu sunt întotdeauna corecte din punct de vedere științific. Aceste idei vin din experiența personală directă, dar și din discuțiile cu persoanele importante pentru pacient, cadrele medicale, mass-media etc;
3. Cronologia – credințele predictive despre durata bolii (de exemplu: acută sau cronică), care vor fi reevaluate în timp;
4. Consecințele – credințele pacientului despre consecințele bolii și modul în care va fi afectat fizic și social. Acestea vor deveni mai realiste în timp;
5. Tratamentul/controlul bolii – credințele despre cât din boală poate fi vindecat și/sau controlat și gradul în care pacientul va fi implicat în acesta.



Linia roșie este reprezentarea grafică a procesului cognitiv, iar linia albastră este reprezentarea grafică a procesului/răspunsului emoțional.

Așadar, pacientul are deja credințe și valori despre cum funcționează și cum ar trebui să funcționeze el fizic și psihic, iar în momentul în care începe să observe simptomele începe să își formeze și o imagine (cu gânduri și emoții) despre ce i se întâmplă. Când ajunge în fața medicului, această percepție asupra realității va încorpora explicațiile și răspunsurile primite. În funcție de ceea ce rezultă, va decide ce acțiuni sunt necesare (de exemplu, ce este nevoie să se schimbe în rutina zilnică sau dacă indicațiile medicale trebuie respectate), va decide cum este nevoie să se raporteze la propria persoană și va permite sau nu intervenția altor oameni pentru a-și îmbunătăți starea (cadre medicale, familie etc.).

C. **Teoria planificării comportamentale** (Fishbein & Ajzen, 1986) este o teorie cognitivă care explică formarea comportamentelor sănătoase sau de risc prin trei componente: atitudinile față de un comportament specific, normele subiective față de comportament și percepția controlului (intern și extern) comportamental (fig. 1). Ea poate fi folosită mai ales pentru a crea intenția respectării indicațiilor medicale.

Scopul cadrelor medicale este ca, prin discuții clarificatoare, să formeze în pacient intenții cât mai sănătoase. Dacă ne-am axa doar pe realizarea comportamentelor, fără a stimula motivația internă din spatele lor, am obține cooperarea pacientului pe termen scurt, cât timp amenințarea bolii este evidentă și prezența medicului amintește de ea.

Prima componentă, **atitudinile specifice față de comportament (A.)**, se referă la credințele pacientului despre utilitatea unui anumit comportament cunoscut, pe care medicul îl recomandă ca protector. Este important să verificăm dacă pacientul cunoaște consecințele comportamentului și dacă ele sunt importante pentru pacient. Dacă la începutul relației a fost folosită teoria anterioară, atunci această etapă va fi un pic mai ușoară.

A doua componentă, **normele subiective față de comportament (B.)**, vizează părerea pacientului despre sine și ceilalți care au făcut deja schimbările recomandate. Menționăm că una dintre nevoile umane de bază este aceea de a fi acceptat așa cum suntem, ceea ce înseamnă că, dacă schimbările pe care le facem presupunem că ne vor aduce respingere din partea celorlalți,

atunci este foarte puțin probabil chiar să le realizăm. Aici vor fi utile interacțiunile cu ceilalți pacienți, aflați într-o etapă avansată a vindecării sau tratamentului. Dacă interacțiunile nu sunt posibile, atunci medicul poate oferi acces la poveștile lor de viață, fără date de identificare.

A treia componentă, **percepția controlului comportamentului (C.)**, include atât perspectiva asupra controlului intern („sunt capabil”, „sunt în stare”), cât și asupra celui extern („am resursele externe necesare pentru a face asta”).

Ca și în cazul primei teorii, recomandăm ca discuția cu pacientul să fie desfășurată sub formă de dialog, pe cele trei componente, în care, mai întâi obținem informațiile despre credințele pacientului, apoi oferim informațiile științifice corecte care observăm că lipsesc.

Continuăm, pentru exemplificare, cazul domnului Popescu, diagnosticat cu ulcer gastric. Intenția pe care dorim să o formăm este aceea de a avea un program de masă regulat, conform indicațiilor nutriționistului/medicului curant.

A. Atitudinile specifice față de comportament

- **convingerile despre consecințele unui comportament**

- „De ce credeți dumneavoastră că insist în legătură cu programul de masă?”

- „De ce credeți că insist în legătură cu lista alimentelor permise?”

- „Ce credeți că se va întâmpla dacă procedați așa?”

- **evaluarea consecințelor comportamentului**

- „Este important pentru dumneavoastră programul de masă? Sau aveți o părere diferită despre ce v-ar face bine în acest moment?”

B. Normele subiective față de comportament

- **convingerile normative**

- „Cunoașteți și alte persoane care au ulcer gastric?”

- „Cunoașteți persoane care urmează sau au urmat diete alimentare?”

- „Cunoașteți persoane care au un program regulat de masă?”

- **motivația de acceptare a convingerilor celorlalți**

- „De ce credeți că ei urmează dietele respective? Ce credeți că îi motivează?”

- „Ce dificultăți credeți că întâmpină? Cum credeți că le fac față?”

C. Percepția controlului comportamentului

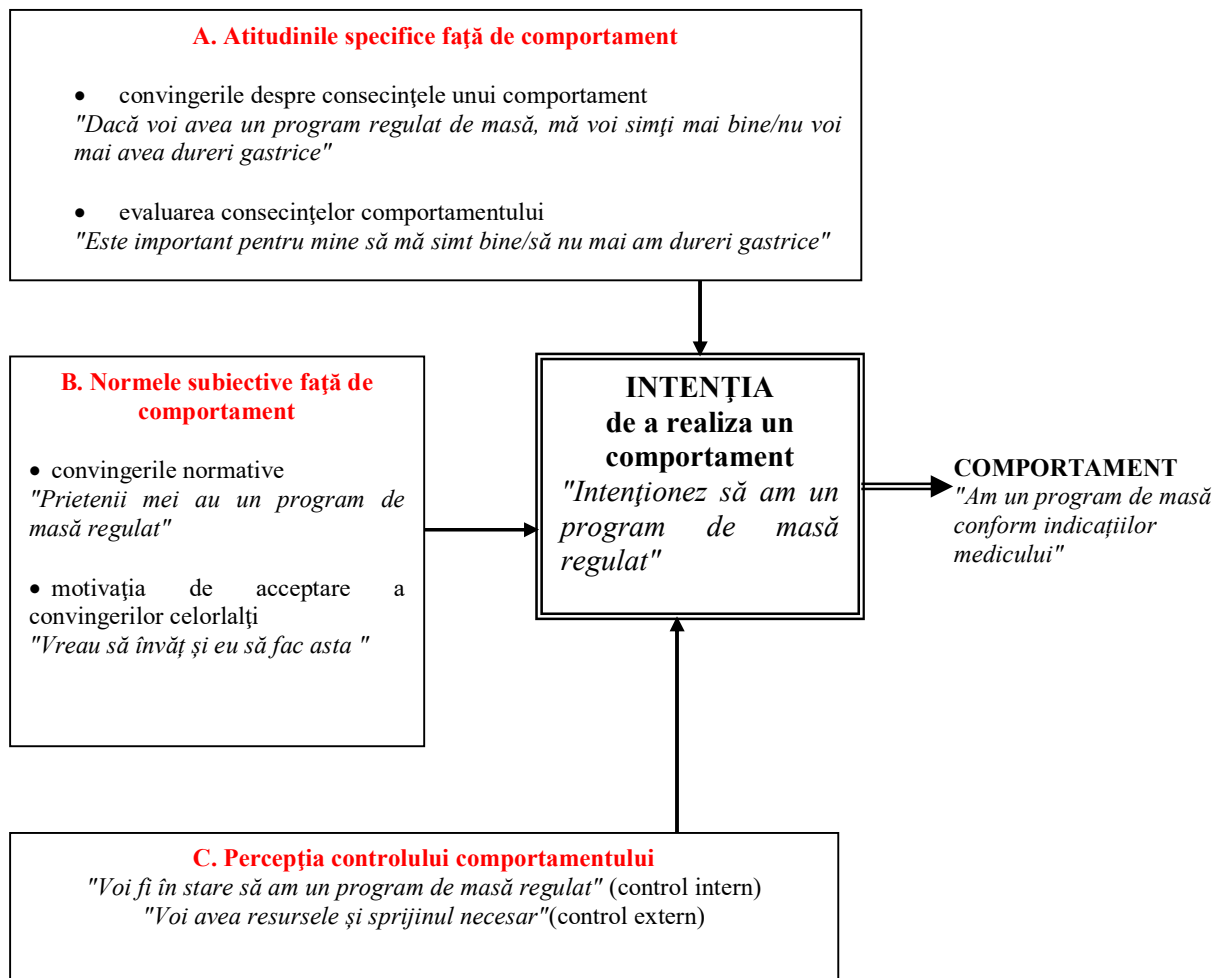
- **control intern**

- „De ce resurse interne aveți nevoie pentru a respecta programul de masă?/Pe ce vă bazați, din interior, pentru a reuși?/Credeți că sunteți capabil/în stare să aveți un program de masă regulat?”

- **control extern**

- „De ce aveți nevoie, în afară de resursele interne, pentru a reuși?”

- „Cum și de la cine puteți obține sprijin, pe termen scurt și lung, pentru a reuși?”



TEORIA PLANIFICĂRII COMPORTAMENTALE

D. Teoria autoeficacității (Bandura 1982). Autoeficacitatea se referă la *convingerea unei persoane în capacitățile sale de a-și mobiliza resursele cognitive și motivaționale necesare adoptării unor comportamente.*

Autoeficacitatea este un proces cognitiv care generează opțiuni, emoții, motivații și comportamente (Băban, 1998). Acest proces este influențat de:

- 1) perceperea succeselor și eșecurilor din performanțele anterioare;
- 2) observarea comportamentelor celorlalți;
- 3) feedback-ul din partea celorlalți;
- 4) starea fiziologică.

De exemplu, un individ care încearcă să renunțe la fumat și are frecvente eșecuri își dezvoltă un sentiment scăzut de autoeficacitate, ceea ce îl face să renunțe la modificarea comportamentului.

Conștientizarea oamenilor în legătură cu acest proces este importantă pentru formarea și menținerea comportamentelor corespunzătoare unui stil de viață sănătos. De cele mai multe ori, indivizii, în special adolescenții, adoptă comportamentul de risc pentru a face față unor situații, ignorând consecințele de lungă durată ale acestuia.

În cazul domnului Popescu, dacă în urma discuției reiese că nu se simte în stare să respecte pe termen lung indicațiile despre dietă pe care i le-ați dat, adică identificați o lipsă de motivație în direcția vindecării, ar fi utilă o re poziționare față de sine pe care această teorie vă poate ajuta să i-o oferiți:

1) perceperea succeselor și eșecurilor din performanțele anterioare

„De obicei reușiți ce vă propuneți? Sau mai degrabă vă este greu să vă respectați planurile și să vă puneți în aplicare intențiile?”

„Când ați mai avut probleme medicale, ați reușit să respectați indicațiile medicale? Sau mai degrabă ați făcut lucruri din categoria celor contraindicate?”

2) observarea comportamentelor celorlalți

„Cum ați observat că se comportă pacienții bolnavi de ulcer? Ce fac diferit de ceilalți oameni, care sunt sănătoși?”

„Ce aveți nevoie să învățați, în plus, ca să reușiți?”

3) feedback-ul din partea celorlalți

„Cine s-ar bucura cel mai mult dacă ați reuși? Pe sprijinul cui, moral și fizic. Vă bazați cel mai mult?”

„Ce părere are familia dumneavoastră despre boala dumneavoastră?”

4) starea fiziologică

În primul rând, propunerile pentru schimbarea stilului de viață se fac atunci când starea fiziologică a pacientului este ameliorată. Apoi, avertizăm pacientul despre influența pe care această stare o are asupra motivației lui, folosind exemple din povestea lui, personală, și exemple din experiențele cu ceilalți pacienți.

Exemplu: „Vor fi momente când, poate, vă veți simți obosit, sau veți avea altfel de disconfort fizic și vă va fi mai greu să vă determinați să rămâneți conștient de importanța acestor recomandări. Haideți să discutăm despre ele și să găsim o modalitate prin care să le puteți face față.”

E. Teoria motivației pentru protecție. Elaborată de Rogers în 1983, această teorie susține faptul că un element hotărâtor în decizia de a adopta un comportament salutogenetic este reprezentat de teama individului de a nu se îmbolnăvi.

Această teamă de îmbolnăvire este puternic motivată în cazul în care:

o Frecvența bolii respective este crescută;

o Severitatea bolii este mai mare;

Din constatările noastre, considerăm că este foarte fină granița dintre stimularea motivației pacientului și amenințarea, până la îngrozirea lui cu amenințarea bolii. Prima parte, stimularea motivației pentru protecție se face prin informarea corectă și elaborată în legătură cu vulnerabilități și riscurile la care se supune pacientului, precum și a legăturii dintre ele, așa cum există ea la pacientul respectiv. Cealaltă, amenințarea pacientului în legătură cu îmbolnăvirea, produce mai multe daune sănătății lui, prin adăugarea unei tensiuni suplimentare celei care există deja, dar pe care pacientul alege să o ignore, care, în final, va duce la blocaj emoțional.

Recomandăm ca informațiile despre frecvență și severitate să fie exclusiv științifice, bazate pe studiile clinice și statistica aferentă lor, și nu pe părerile personale sau informații exagerate prezentate de medic cu scopul de a „trezi” pacientul. De asemenea, recomandăm ca



această teorie să fie aplicată după ce au fost folosite toate celelalte prezentate anterior și ca ultimă soluție posibilă pentru responsabilizarea pacientului în situațiile în care celelalte eforturi nu au avut succes.

***Notă: Structura acestor cursuri este, în mare parte, preluate din „Psihologie Medicală” de Ioan-Bradul Iamandescu, Ed. INFOMEDICA, București, 2005

RESURSE ONLINE:

Modelul convingerilor despre sănătate

- https://www.utwente.nl/en/bms/communication-theories/sorted-by-cluster/Health%20Communication/Health_Belief_Model/
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530978/>

Teoria planificării comportamentale

- <https://www.youtube.com/watch?v=nZsxD3gExE>
- <https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.intervention.pdf>

Teoria autoeficacității

- <https://pdfs.semanticscholar.org/e8af/4369e0533210860587b7add0c566b74b963a.pdf>
- <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>

Teoria motivației pentru protecție

- https://www.utwente.nl/en/bms/communication-theories/sorted-by-cluster/Health%20Communication/Protection_Motivation_Theory/
- https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40194577/Protection_Motivation_and_Self-Efficacy_20151119-25604-kyykmx.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1509310443&Signature=Rcu3Iv6027%2BU38YVzYVTtenYr6M%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DProtection_motivation_and_self-efficacy.pdf