



**ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
ȘI MANAGEMENT**

**PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII
ȘI EDUCAȚIE PENTRU
SĂNĂTATE**

**Editura PUBLIC H PRESS
București 2006**

Manualul a apărut în cadrul Programului Național 1 al Ministerului Sănătății Publice din România, Programul comunitar de sănătate publică, pentru anul 2006, subprogramul 1.5, Promovarea sănătății și educație pentru sănătate, obiectivul 2.

Copyright © 2006, SNSPMS, pentru prezenta ediție

D.L. legea 111/1995

Coperta: Monica Balaban

Imprimat la Tipografia ALPHA MDN

Buzău, Str. Col. Ion Buzoianu Nr. 94

Tel.: 0238.721.303; Fax: 0238.721.304

E-mail: alpha@buzau.ro; Website: www.alphamd.n.ro

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI
MANAGEMENT SANITAR (București)

Promovarea sănătății și educație pentru sănătate/

Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar. –

București : Public H Press, 2006

Bibliogr.

ISBN (10) 973-87776-3-1 ; ISBN (13) 978-973-87776-3-7

Prefața

Când vorbim despre sănătate, înțelegem de fapt servicii de sănătate. Cealaltă față a monedei sănătate – prevenirea – se situează pe la sfârșitul listei în majoritatea agendelor. În general, sănătatea nu este prețuită până în momentul în care este afectată și apare o boală.

Traversăm o perioadă în care ne confruntăm cu creșterea costurilor serviciilor medicale și creșterea impactului bolilor asupra întregii populații a țării. Deși sloganul „este mai ieftin să previi decât să tratezi” poate părea demodat, noi credem că este mai adevărat decât oricând. Este necesar să facem educație pentru sănătate și să promovăm sănătatea în România în concordanță cu standardele internaționale, în special ale Uniunii Europene.

Până în 1990, promovarea sănătății și educația pentru sănătate erau asimilate cu „educația sanitară”. Intre acești doi termeni există câteva similități, care fac subiectul unei confuzii supărătoare.

Începutul se plasează în anul 1948, când serviciul de educație sanitară s-a organizat în cadrul Ministerului Sănătății. Centrul de Educație Sanitară a fost creat câțiva ani mai târziu, în 1951. Consecutiv, s-a înființat o rețea de 40 de unități specializate în planificarea, coordonarea și controlul activității sanitare, ceea ce a făcut ca România să devină una dintre primele țări care a avut un sistem de educație sanitară de stat. De asemenea, s-au elaborat: planul de acțiune anti-epidemică, prioritățile de educație sanitară ale populației și programe de educație sanitară. În 1957 s-a înființat Forumul Științific și Metodologic în cadrul Institutului de Igienă București.

În același timp, în majoritatea țărilor ne-comuniste, populația nu permitea nimănui să impună reguli privind sănătatea individului. În România, educația sanitară a fost inițial un instrument de lucru numai pentru specialiștii în igienă, nu și pentru formatorii de sănătate, dar experții în sănătate publică și-au dat curând seama că doar prelegerile și materialele audio-vizuale nu erau destul. În consecință, ca rezultat al cooperării între specialiștii din diferite domenii (experți medicali, sociologi, psihologi și filologi) a apărut o formă nouă de educație. Aceasta este cunoscută în toată lumea ca educație pentru sănătate.

După 1990, noile abordări în domeniul promovării sănătății, stabilite prin Charta de la Ottawa pentru Promovarea Sănătății din 1986 au devenit cunoscute în România. Charta stabilea cinci strategii fundamentale pentru succesul promovării sănătății: elaborarea politicilor de sănătate publică,

crearea unui mediu favorabil, intensificarea acțiunii comunitare, dezvoltarea deprinderilor individuale și reorientarea serviciilor de sănătate.

În 1992, a fost creat Centrul Național de Promovarea Sănătății și Educație pentru Sănătate, cu rol de for metodologic pentru unitățile (laboratoare) județene de educație pentru sănătate. Personalul Centrului era format din specialiști în sănătate publică, sociologi, psihologi, filologi, și asistente medicale. În aceeași perioadă personalul Centrului Național și cel din laboratoarele județene au început să învețe modalități noi de abordare a promovării sănătății și educației pentru sănătate.

Începând cu anul 1996 și cel puțin în perioada 1997-2000, Ministerul Sănătății a susținut consecvent dezvoltarea acestui concept, în România.

Astăzi, cadrul legal pentru asistența sănătății publice și programele naționale de sănătate publică - ambele organizate și finanțate de Ministerul Sănătății Publice – este stabilit prin Legea Nr. 95 din 2006, privind reforma în sănătate. Astfel, Centrul Național de Promovarea Sănătății se regăsește în structura Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management, iar structura și responsabilitățile Rețelei Naționale de Promovarea Sănătății au fost stabilite și s-au creat condițiile pentru atingerea unui înalt nivel profesional în domeniul promovării sănătății și educației pentru sănătate.

De fapt, educarea cetățenilor, ca mijloc de dezvoltare a cunoștințelor și schimbarea comportamentului într-un stil de viață nou, favorabil sănătății este unul dintre scopurile principale ale programului național de educație pentru sănătate.

În abordarea acestui domeniu, România ia în considerare legislația EU, conform căreia „scopul promovării sănătății este de a îmbunătăți standardele generale de sănătate în comunitate prin îmbunătățirea cunoștințelor despre factorii de risc și încurajarea populației să adopte comportamente și stiluri de viață sănătoase. Acestea se vor face prin măsuri de informare, educație și pregătire profesională, în domeniile: nutriție, consumul de alcool, tutun și droguri, exercițiul fizic, sănătate mintală, comportamentul sexual și folosirea medicamentelor”

Acestea sunt și intențiile noastre.

Profesor Universitar Dr. Mircea Ioan Popa

CUPRINS

PREFAȚA	3
CAPITOLUL I - Introducere în educația pentru sănătate și promovarea sănătății	7
CAPITOLUL II - Evaluarea nevoilor de promovarea sănătății la nivelul comunității	17
II.1. Conceptul de comunitate.....	17
II.2. Noțiunea de problemă comunitară	20
II.3. Tipuri de nevoi.....	23
II.4. Procesul de evaluare a nevoilor comunității	26
II.5. Metode și tehnici de colectare a informațiilor.....	38
II.6. Stabilirea priorităților	44
CAPITOLUL III - Teorii și modele cognitiv sociale de schimbarea comportamentului	45
III.1. Introducere.....	45
III.2. Modelul credinței în sănătate	48
III.3. Modelul localizării controlului asupra sănătății.....	50
III.4. Teoria acțiunii raționale/teoria comportamentului planificat.....	52
III.5. Teoria cognitiv-socială (self-efficacy).....	53
III.6. Modelul transteoretic	55
III.7. Concluzii.....	56
CAPITOLUL IV - Managementul de proiect	57
IV.1. Istoria managementului de proiect	57
IV.1.1. Abordarea tradițională	60
IV.1.2. Management bazat pe proces (flexibil).....	61
IV.2. Proiect – Definiție, tipuri de proiect.....	61
IV.3. Relația dintre proiecte, programe și politici	62
IV.3.1. Puncte slabe a abordării de tip proiect	62
IV.3.2. Managementul ciclului de proiect	63
IV.4. Instrumente: analiza SWOT, diagramele Venn, arborele problemei (Problem Tree)	66
IV.5. Managerul de proiect.....	68
IV.6. Standarde internaționale în management, Certificări profesionale, Literatură consacrată	73
CAPITOLUL V - Evaluarea și monitorizarea programelor de promovare a sănătății	74
V.1. Locul și rolul monitorizării și evaluării în ciclul de viață a unui program de promovare a sănătății.....	74
V.2. Monitorizarea și evaluarea – definiții	75
V.3. Tipuri de evaluare	77
V.4. Etapele evaluării în promovarea sănătății	78

V.5. Alegerea indicatorilor	80
V.6. Evaluarea componentei mass-media	81
V.7. Diferențe dintre monitorizare și evaluare	82
V.8. Probleme frecvent întâlnite în evaluarea programelor de promovare a sănătății	83
CAPITOLUL VI - Comunicarea în sănătate.....	84
VI.1. Comunicare și competența de comunicare	85
VI.2. Comunicarea interpersonală: definiții, elemente ale procesului de comunicare.....	90
VI.3. Comunicarea verbală	96
VI.4. Ascultarea – componentă esențială a comunicării eficiente	97
VI.5. Comunicarea nonverbală și paraverbală.....	99
VI.6. Comunicare și motivație.....	99
CAPITOLUL VII - Campanii de promovare a sănătății	102
VII.1. Promovarea sănătății prin comunicare	102
VII.2. Eficacitatea unei campanii de comunicare comprehensivă	105
VII.3. Ce poate și ce nu poate face comunicarea pentru promovarea sănătății	108
VII.4. Pașii pentru dezvoltarea unei campanii de promovare a sănătății prin comunicare	111
VII.5. Campanii de promovare a sănătății în România.....	123
CAPITOLUL VIII - Advocacy și dezvoltare de parteneriate	125
VIII.1. Advocacy	125
VIII.2. Structura unei propuneri de finanțare	135
CAPITOLUL IX - Spitale care promovează sănătatea	138
IX.1. De ce, sistem de promovare a sănătății în spitale?	139
IX.2. Ce conține promovarea sănătății în spitale?	141
IX.3. Promovarea sănătății în spitale - element de bază în sistemul de management al calității	144
IX.4. Nevoia de standarde pentru promovarea sănătății în spitale	145
IX.5. Instrument de auto-evaluare a promovării sănătății în spitale	154
CAPITOLUL X - Rețeaua europeană de școli care promovează sănătatea	159
CAPITOLUL XI - Programe de promovarea sănătății: exemple	171
XI.1. Alcoolul – a treia problemă de sănătate	171
XI.2. Stresul.....	178
XI.3. Obezitatea.....	181
CAPITOLUL XII - Marketing social.....	183
BIBLIOGRAFIE.....	231

CAPITOLUL I

INTRODUCERE ÎN EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE ȘI PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

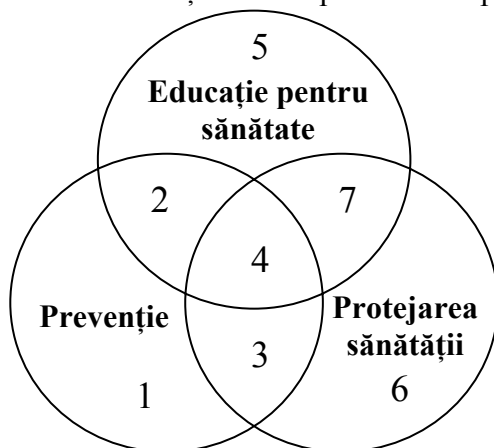
Dr. Irina Dincă

Promovarea sănătății este procesul care oferă individului și colectivităților posibilitatea de a-și crește controlul asupra determinantilor sănătății și, prin aceasta, de a-și îmbunătăți starea de sănătate. Reprezintă un concept unificator pentru cei care recunosc nevoia fundamentală de schimbare atât a stilului de viață, cât și a condițiilor de trai. Promovarea sănătății reprezintă o strategie de mediere între individ și mediu, combinând alegerea personală cu responsabilitatea socială și având drept scop asigurarea în viitor a unei mai bune stări de sănătate (WHO-EURO, Health Promotion Glossary, 1989).

Promovarea sănătății este un termen care presupune o abordare multidimensională de îmbunătățire a stării de sănătate, care include activități de educație, activități de promovare a unor schimbări comportamentale și de stil de viață, politici și măsuri legislative.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) subliniază (1986) că sănăta-tea este mult prea importantă pentru a fi lăsată numai practicienilor din domeniul sanitar; educația și elaborarea de politici trebuie să fie centrale pentru dezvoltarea sănătății la nivel individual, comunitar și național (Figura nr.1).

Figura nr. 1. Promovarea sănătății – concept multidisciplinary



Acest model prezintă 3 sfere de activitate distincte dar care, în același timp, se suprapun:

- educația pentru sănătate
- protejarea sănătății
- prevenirea îmbolnăvirilor

Diferitele zone din figura de mai sus au următoarea semnificație:

1. Servicii preventive, ex: imunizări, măsurarea tensiunii arteriale, folosirea gumei de mestecat cu nicotină pentru abandonarea fumatului;
2. Educație în medicina preventivă, ex: informații și sfaturi legate de renunțarea la fumat;
3. Protejarea sănătății prin metode preventive, ex: fluorizarea apei;
4. Educație pentru protejarea stării de sănătate prin metode preventive, ex: lobby pentru adoptarea legii de obligativitate a purtării centurii de siguranță;
5. Educație pentru sănătate pozitivă, ex: dobândirea unor abilități de viață/ comportamente sănătoase în rândul tinerilor;
6. Mesaje pozitive pentru protejarea sănătății, ex: politica legată de fumat la locurile de muncă;
7. Educația pentru sănătate orientată pe sănătatea pozitivă, ex: lobby pentru adoptarea unei legi de interzicere a publicității produselor din tutun

Experiența specialiștilor din domeniu, începând cu anul 1974, a permis identificarea a cinci **principii** care stau la baza promovării sănătății (Ashton, 1988):

1. Promovarea sănătății **implică activ** populația pentru stabilirea unui program de fiecare zi care favorizează sănătatea, în loc de a se orienta preponderent și exclusiv asupra indivizilor la risc, care au legături cu serviciile medicale. Acesta înseamnă, de fapt, folosirea strategiilor preventive populaționale ecologice, care încearcă să scadă incidența bolilor prin modificarea distribuției factorilor de risc în populație. Avantajul principal este că potențialul metodei este mare, iar dezavantajul major al acestei metode este că oferă beneficii mari pentru populația generală dar beneficii mici pentru indivizii la risc înalt, așa numitul “paradox al prevenirii” (Enăchescu, 1994). Combinarea celor două tipuri de strategii preventive - cea ecologică și cea a indivizilor la risc înalt poate asigura impactul cel mai bun.
2. Promovarea sănătății este orientată asupra **cauzelor** care produc îmbolnăviri;

3. Promovarea sănătății folosește diferite **abordări** care contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate. Acestea includ informarea și educarea, dezvoltarea comunității, organizarea, pledoaria pentru sănătate și legislația; prin toate acestea, promovarea sănătății este multisectorială și implică mai multe discipline, nu numai sectorul de sănătate, în demersurile sale;
4. Promovarea sănătății depinde în mod special de **participarea** populației;
5. Specialiștii din sănătate, în special cei din **asistența primară de sănătate**, au un rol important în facilitarea acțiunilor de promovare a sănătății (Ashton, 1988).

Termenul folosit în România este, încă, cel de educație sanitară, noțiune consacrată pentru transmiterea unor informații legate în special de deprinderi igienice. Astăzi se încearcă trecerea la un concept mai cuprinzător și anume, **educația pentru sănătate**.

Se poate, totuși, comenta că este nevoie și de învigorarea educației sanitare, mai precis a principiilor elementare de igienă în conceptul de educație pentru sănătate. Constatăm, din problemele de sănătate care apar la noi în țară, că aceste principii elementare de igienă personală, ca și de igienă a colectivităților, sunt din ce în ce mai puțin luate în considerare.

EDUCAȚIA SANITARĂ	EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE
- Atitudine prescriptivă , uneori culpabilizantă și manipulative	- Nici un comportament nu este lipsit de sens
- Prioritate acordată prevenirii îmbolnăvirilor și dobândirii unor principii igienice	- Promovarea unui stil de viață sănătos
- Activități punctuale , neorganizate	- Abordare integrată, coordonată și progresivă
- Prevenirea primară, secundară și terțiară – folosite numai ca și concepte medicalizate și individualizate	- Prioritate prevenirii primare în cadrul unei concepții globale
- Individul e considerat pasiv (determinare externă) și rațional	- Individul considerat activ (autonomie) și nerațional
- Strategie directă (cunoștințe)	- Strategie indirectă (motivare)

Concept care stă la baza promovării sănătății, educația pentru sănătate are drept scopuri:

- informarea-educarea populației în domeniul medical, pentru a cunoaște manifestările bolilor și prevenirea lor;
- dobândirea unor atitudini și deprinderi care să fie favorabile sănătății;
- implicarea activă a populației în domeniul păstrării sănătății, oamenii putând să ia decizii privind propria stare de sănătate.

Educația pentru sănătate folosește mai multe tipuri de abordări:

- medicală (bazată pe tipul de relație medic-pacient);
- educațională (bazată pe informarea oamenilor, care vor lua singuri decizii privind sănătatea);
- personalizată (individualizată), având drept caracteristică lucrul cu clienții, pentru a-i sprijini să identifice singuri problemele și să ia singuri deciziile necesare;
- care presupune schimbări sociale, în care se urmărește realizarea unor schimbări în mediu pentru a facilita luarea deciziilor cele mai favorabile sănătății, ex. Ajutoare sociale pentru mamele singure, astfel încât acestea să nu fie nevoite să se întoarcă prea devreme la lucru

Metodele folosite în educația pentru sănătate pot fi clasificate în funcție de mai multe criterii:

- după adresabilitate:
 - educație individuală
 - educație în grup
 - educație prin mijloace de comunicare în masă
- după mijloacele folosite:
 - mijloace audio
 - mijloace video:
 - predominarea textului
 - predominarea imaginii
 - mijloace combinate (audio-video)

Promovarea sănătății este un concept relativ nou, dezvoltându-se la sfârșitul anilor '70 și începutul anilor '80.

De fapt, "nașterea" promovării sănătății se consideră a fi marcată de discuțiile legate de Strategia OMS "Sănătate pentru Toți până în anul 2000".

Anul 1974 se consideră a fi punctul de referință pentru noua sănătate publică și pentru promovarea sănătății. Raportul publicat în Canada de către Marc Lalonde, ministrul sănătății din acea vreme, a arătat că foarte multe

decese din Canada puteau fi prevenite. De fapt, el a redescoperit sănătatea publică, sub forma *de noua sănătate publică*, o abordare care aduce laolaltă schimbări de mediu alături de măsuri preventive individuale și intervenții terapeutice adecvate, adresate în special vârstnicilor și persoanelor cu handicap. Noua sănătate publică merge mai departe de înțelegerea biologiei umane și recunoaște importanța aspectelor sociale ale problemelor de sănătate cauzate de stilul de viață. Astfel se înlătură tendința de a “da vina pe victimă”. Multe dintre problemele actuale de sănătate sunt percepute ca probleme sociale, mai degrabă decât probleme individuale. În cadrul acestei concepții, mediul este perceput ca fiind atât social și psihologic, cât și fizic.

Prin urmare, sănătatea trebuie să reprezinte preocuparea tuturor cetățenilor și nu numai a medicilor sau altor specialiști medicali. Cu toate acestea, numai o mică proporție a fondurilor Serviciului Național Britanic de Sănătate (NHS), de exemplu, a fost orientată către îmbunătățirea stării de sănătate și prevenirea îmbolnăvirilor. Situația este similară și pentru prevenirea îmbolnăvirilor și promovarea sănătății din România.

La Conferința de promovare a sănătății care a avut loc la Ottawa în anul 1986, principiile enunțate anterior au fost dezvoltate, elaborându-se “Carta de la Ottawa de promovare a sănătății”. Acest document subliniază, în special, necesitatea ca promovarea sănătății să realizeze următoarele:

I. *Elaborarea unor politici publice care favorizează sănătatea.*

Promovarea sănătății înseamnă mult mai mult decât asistența medicală. Ea pleacă de la ideea că sănătatea este un subiect aflat pe agenda de lucru a factorilor de decizie din toate domeniile, la nivel guvernamental sau instituțional. Promovarea sănătății presupune identificarea obstacolelor în adoptarea unor politici care promovează sănătatea de către sectorul medical, în colaborare cu sectoarele nemedicale. Presupune, de asemenea, găsirea unor modalități comune de înlăturare a acestor obstacole. Scopul final trebuie să constea în realizarea practică a posibilității ca alegerile, opțiunile favorabile sănătății să fie la îndemâna populației, să fie cel mai ușor accesibile.

II. *Crearea unor medii favorabile.*

Promovarea sănătății recunoaște că sănătatea indivizilor este legată și de modul în care tratăm natura și mediul înconjurător. Societățile în care mediul este exploatat fără a se face o abordare ecologică, culeg efectele acestei exploatare prin apariția inclusiv a unor probleme de sănătate și sociale. Sănătatea nu poate fi separată de alte scopuri sau obiceiuri din viață. Munca și timpul liber au un impact real asupra sănătății. Promovarea sănătății trebuie, prin urmare, să

participe la crearea unor condiții de trai și de muncă cu influență favorabilă asupra stării de sănătate.

III. *Întărirea acțiunii comunitare*

Promovarea sănătății acționează prin acțiuni comunitare eficiente. În centrul acestui proces se află comunitățile care au o forță proprie și pot controla propriile inițiative și activități. Aceasta înseamnă că specialiștii trebuie să învețe metode noi de lucru cu indivizi și cu comunități, adică să lucreze pentru și cu ei, în loc de a considera comunitatea ca un element pasiv.

IV. *Dezvoltarea (îmbunătățirea) abilităților individuale*

Promovarea sănătății sprijină dezvoltarea personală și socială prin oferirea de informații, educație pentru sănătate și prin sprijinirea indivizilor să-și dezvolte capacitatea de a lua decizii favorabile sănătății. Prin toate acestea, ea permite oamenilor să aibă un control crescut asupra propriei sănătăți și asupra mediului, le permite să învețe de-a lungul vieții cum să se pregătească pentru diferite situații, cum să facă față bolilor cronice sau accidentelor. Toate acestea trebuie să aibă loc acasă, la școală, la locul de muncă, precum și în cadrul altor comunități.

V. *Reorientarea serviciilor medicale*

Responsabilitatea promovării sănătății în cadrul serviciilor medicale este împărțită între indivizi, grupuri comunitare, specialiști din sănătate, asistenți sociali, birocrați și guvern. Toți trebuie să lucreze împreună la organizarea unui sistem sanitar care să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate. Rolul sectorului medical trebuie să depășească responsabilitățile curative și să se orienteze și către promovarea sănătății. Dar pentru ca aceasta să se realizeze, este nevoie de recunoașterea faptului că cele mai multe cauze de îmbolnăviri se află în afara influenței sectorului sanitar și este necesară cooperarea cu acele sectoare care pot influența pozitiv aceste cauze (Ashton, 1988).

În cadrul celei de-a 4 a Conferințe Internaționale de Promovare a Sănătății de la Jakarta s-au identificat **prioritățile** în acest domeniu pentru secolul XXI (OMS, 1997):

1. Promovarea responsabilității sociale pentru sănătate

Factorii de decizie trebuie să respecte cu fermitate responsabilitatea socială. Atât sectorul guvernamental, cât și cel particular, trebuie să promoveze sănătatea prin adoptarea de politici și practici care:

- evită afectarea sănătății indivizilor;

- protejează mediul și asigură folosirea rațională a resurselor;
- restricționează producția și comerțul produselor și bunurilor dăunătoare cum ar fi tutunul și armamentul, ca și practicile nesănătoase de marketing;
- protejează atât cetățeanul din piață, cât și individul de la locul de muncă;
- includ evaluări ale impactului legat de echitatea în sănătate ca o parte integrantă a elaborării de politici.

2. Creșterea investițiilor pentru îmbunătățirea stării de sănătate

În multe țări, investiția care se face în sănătate este inadecvată și frecvent ineficientă. Creșterea investițiilor pentru îmbunătățirea stării de sănătate necesită o abordare într-adevăr multisectorială, inclusiv alocarea suplimentară de resurse pentru educație, locuințe și sectorul de sănătate. O mai mare investiție pentru sănătate și reorientarea serviciilor existente - atât în cadrul, cât și între diferite țări - au potențialul de a favoriza evoluția pozitivă a dezvoltării umane, a sănătății și a calității vieții.

Investițiile în sănătate ar trebui să reflecte nevoile anumitor grupuri cum ar fi: femeile, copiii, persoanele în vârstă, populațiile sărace și marginalizate.

3. Consolidarea și extinderea parteneriatelor pentru sănătate

Promovarea sănătății presupune realizarea unor parteneriate pentru dezvoltarea socială și a sănătății între diferite sectoare la toate nivelele de conducere în societate. Parteneriatele existente trebuie să fie întărite și trebuie explorate posibilități pentru noi parteneriate.

Parteneriatele oferă un beneficiu mutual pentru sănătate prin împărțirea expertizei, a abilităților și a resurselor. Fiecare parteneriat trebuie să fie transparent și responsabil și să se bazeze pe principii etice stabilite de comun acord, pe înțelegere reciprocă și respect. Ar trebui să se adere la liniile directoare ale Organizației Mondiale a Sănătății.

4. Creșterea capacității comunitare și împuternicirea individului

Promovarea sănătății se face de către și cu oameni și nu despre oameni. Presupune atât îmbunătățirea capacității indivizilor de a pune în practică acțiuni, cât și capacitatea grupurilor, a organizațiilor sau a comunităților de a influența factorii determinanți ai stării de sănătate. Îmbunătățirea capacității comunităților pentru promovarea sănătății presupune educație practică, pregătirea în domeniul conducerii și acces la resurse. Împuternicirea indivizilor presupune accesul mai consistent la procesul de luare a deciziilor, ca și cunoștințele și abilitățile esențiale pentru a produce schimbarea.

5. Asigurarea unei infrastructuri de promovare a sănătății

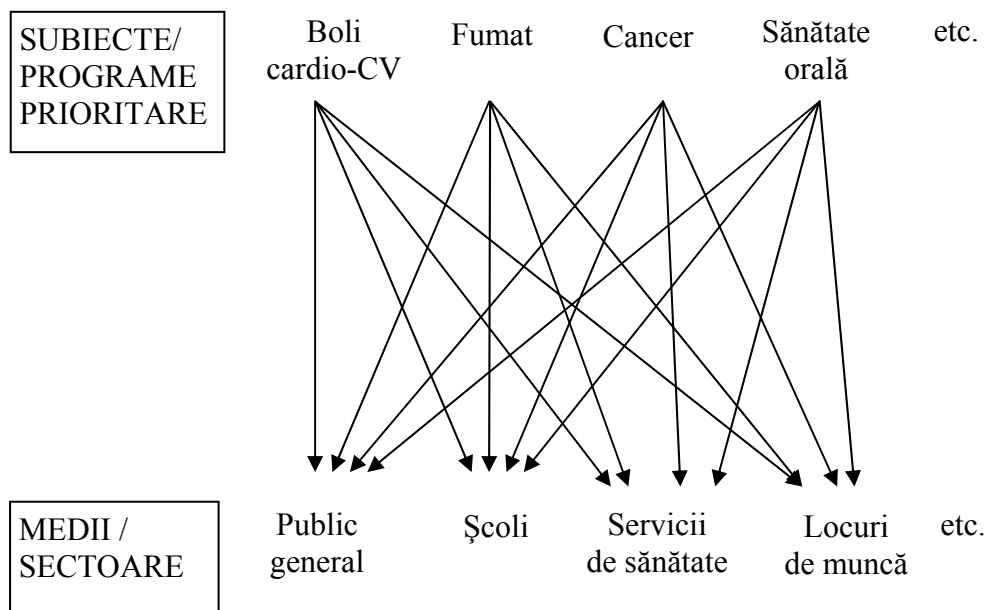
Trebuie găsite modalități de asigurare a unei infrastructuri de promovare a sănătății, noi mecanisme de finanțare locală, națională și globală. Trebuie găsite motivații pentru a influența acțiunile guvernelor, organizațiilor neguvernamentale, instituțiilor de educație și sectorului particular, pentru a se asigura mobilizarea resurselor la maximum în promovarea sănătății.

Există mai multe modalități de abordare practică a priorităților din promovarea sănătății: cea axată pe probleme/subiecte/boli, cea axată pe factori de risc și cea axată pe grupuri țintă.

Abordarea clasică este cea a realizării unor programe specifice fiecărei probleme/subiect de promovare a sănătății; în fapt, acestea se referă la abordarea unor boli sau obiceiuri dăunătoare sănătății. Astfel, se elaborează programe antifumat, anticancer, antialcool etc. (Naidoo, 1998).

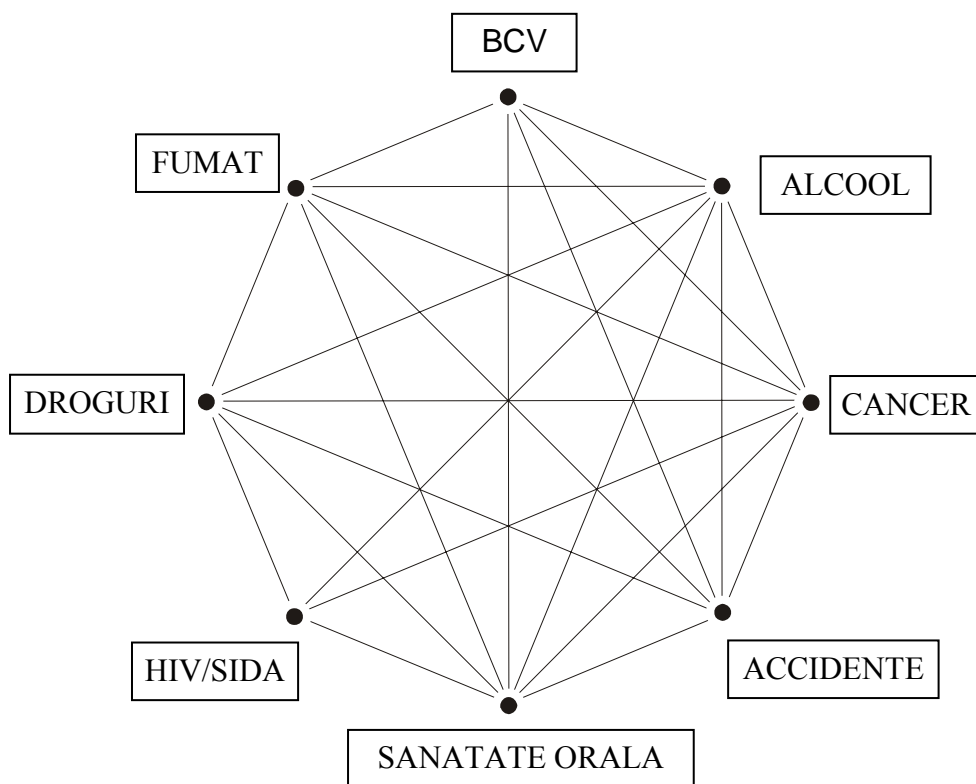
Fiecare din aceste programe încearcă să influențeze populația prin mass-media și printr-o varietate de medii și sectoare – școala, locul de muncă, mediul sanitar, mediul comunitar și sectorul voluntar. (Figura nr. 2)

Figura nr.2: Abordarea clasică (programe specifice problemelor)



Subiectele legate de alcool, de pildă, sunt un foarte bun exemplu (Figura nr. 3). Abuzul de alcool este un factor de risc pentru numeroase neoplasme; este frecvent cauza producerii de accidente; prin efectele sale influențează negativ comportamentul sexual și poate crește riscul transmiterii infecției cu HIV (ca și alte boli cu transmitere sexuală și sarcina nedorită); poate contribui la probleme dentare sau orale; poate fi legat de alte obiceiuri dăunătoare sănătății; este un factor pentru HTA (hipertensiune arterială), care, la rândul său, se asociază cu bolile cardiovasculare – BCV (Naidoo, 1998).

Figura nr.3.

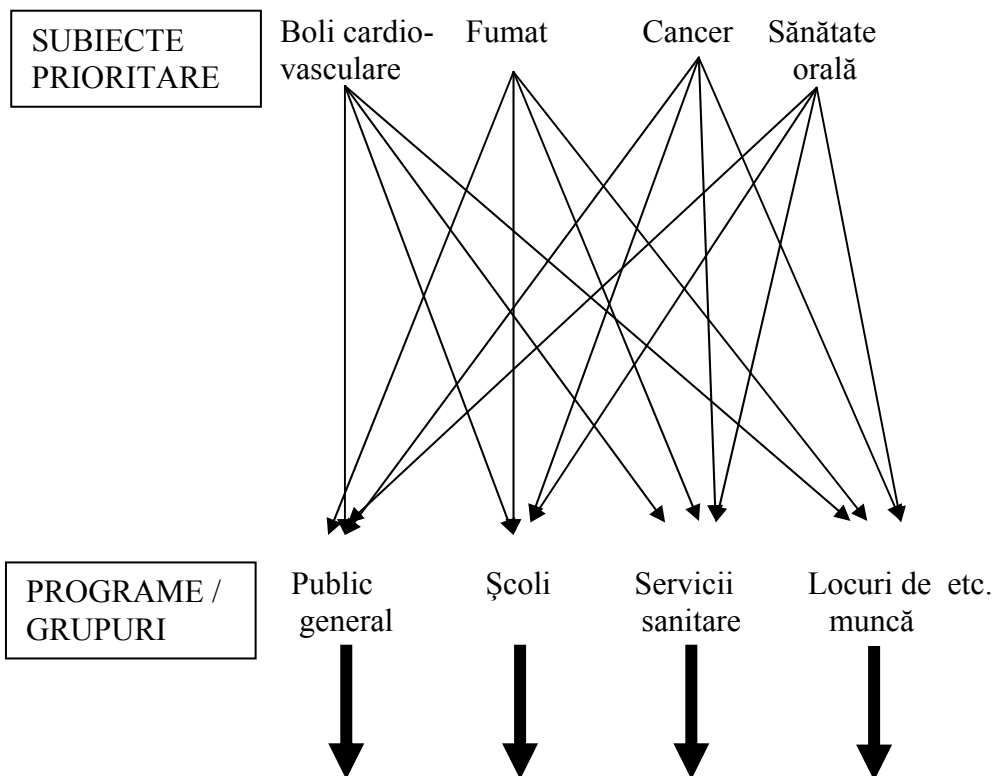


Existența acestor suprapuneri, ca și a altora, demonstrează că programele de educație pentru sănătate centrate pe boala individuală și pe factorii de risc duc la duplicarea eforturilor ca și lipsa de coordonare a activităților în privința conținutului și a desfășurării lor în timp. În cel mai bun caz, aceasta înseamnă risipă de energie, timp și resurse. În plus,

inițiativa separată, orientată pe subiecte, sunt frecvent în competiție unele cu altele și apare pericolul inconsistenței mesajelor, ceea ce poate oferi atât populației, cât și specialiștilor, un pretext să nu treacă la nici o acțiune, ex: o persoană este informată de specialistul în igiena orală să nu consume dulciuri, de cel în nutriție să nu consume nici lipide și, atunci, cel mai probabil persoana nu va face nimic.

O altfel de abordare, pe probleme, se bazează pe realizarea unor programe de educație pentru sănătate centrate pe grupuri țintă (Figura nr.4). Astfel, se pot elabora programe de educație pentru sănătate pentru: publicul general, comunitate, serviciile medicale, școli, sectorul voluntar, locurile de muncă etc. (Naidoo, 1998).

Figura nr.4. Programe centrate pe grupuri țintă



Un avantaj important al acestei abordări este posibilitatea integrării eforturilor de educație pentru sănătate în contextul mai larg al promovării sănătății, care este privită ca o îmbinare între serviciile preventive (cum ar fi imunizare și screening), politicile favorabile sănătății și educația pentru sănătate.

CAPITOLUL II

EVALUAREA NEVOILOR DE PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII LA NIVELUL COMUNITĂȚII

Sociolog drd. Marian Matei

SCOP

Scopul acestui capitol este de a contribui la aprofundarea cunoștințelor, rolului și importanței pe care o are acest proces în succesul intervențiilor în promovarea sănătății.

II.1. CONCEPTUL DE COMUNITATE

Ca reflectare perfectă în practică a principiilor democrației participative, autorități, instituții media și ale sectorului non-guvernamental, persoane și diferite instituții promovează, implementează, dezvoltă și susțin împreună programe, proiecte sau intervenții la nivel macro- și micro-social, legitimate de aceleași valori; toleranță, pluralism valoric, egalitate, participare publică, sănătate publică, civism etc.

Comunitățile se nasc sau se definesc, se regăsesc sau se dezvoltă continuu într-un spațiu unde criteriile identitare se ancorează în spații istorice, realități socio-economice, structuri culturale și idealuri în schimbare.

Un astfel de context complex conduce la structuri comunitare derivate, în care variația mare a unui *pattern* general valabil determină intervenții sociale fundamentate pe o cunoaștere temeinică a grupului țintă și ajustate continuu pe parcursul intervențiilor.

De aceea, instituțiile care acționează la nivel comunitar prin proiecte și programe ar trebui să cunoască elementele constitutive ale teoriei programelor sociale și să-și deruleze activitățile conștiente de impactul programului, pe termen mediu și lung, la nivelul întregii comunități.

Măsura unei schimbări este dată mai ales de dimensiunea participării și implicării active a participanților, implicit a grupurilor țintă, la această schimbare. Numai așa se poate vorbi de dezvoltare comunitară, de capacitate instituțională crescută, de practici pozitive și mai ales de programe și intervenții eficiente.

NOȚIUNI LEGATE DE COMUNITATE

Ce este de fapt o comunitate și ce caracteristici are ea?

De cele mai multe ori, când facem referire la termenul de comunitate ne gândim la delimitările spațiale de genul sat-oraș sau la ceea ce înseamnă cartierul sau vecinătățile. Comunitatea poate fi definită și după alte criterii, altele decât cele geografico-spațiale. Putem defini comunitățile plecând de la distincții lingvistice, religioase sau culturale. Fiecare dintre noi poate fi parte din mai multe comunități în același timp. Totuși trebuie să luăm în considerare faptul că nu toți cei care populează un anumit areal aparțin în mod automat unei comunități. Tipul de relații pe care un individ le are cu ceilalți (legăturile afective cu „locurile“) definesc pentru fiecare individ apartenența sau non-apartenența lui la o comunitate.

Pe scurt, *comunitatea este o unitate spațială sau teritorială de organizare socială în care indivizii au un sens al identității și apartenenței exprimate de relații sociale continue.*

Deci, *elementele-cheie care definesc comunitatea* sunt:

- Situația în spațiu (poziția geografică);
- Preocupările comune;
 - Credința în aceleași valori culturale, idealuri/preocupări și norme împărtășite de membrii comunității.

Cele două întrebări care ajută la identificarea unei comunități sunt:

- Unde este situată?
- Ce preocupări/idealuri comune au membrii comunității?

Dezvoltând ideea, comunitatea poate fi privită ca "o formă complexă de organizare umană aflată la granița dintre formal și informal, concretizată prin relații sociale/interpersonale, stabilite între persoane care ocupă un spațiu precizat și între care s-a creat o concordanță de:

- Valori, atitudini (grijă socială, apartenență, cooperare, responsabilitate);
- Limbă;
- Tradiții;
- Interese comune (bunăstare, sprijin, interese concrete de dezvoltare a infrastructurii, lucrări publice);
- Modele comportamentale (întrajutorare, voluntariat);
- Acțiune;
- Identitate (organizare în jurul unui principiu cultural-valoric, etnic).

Comunitățile sunt grupuri de persoane care locuiesc în același spațiu geografic, cu membri care au comportamente diferite, care au un limbaj și tradiții comune și ale căror interese și identitate cultural-valorică sunt asemănătoare.

Dar, într-o comunitate pot apărea și *subgrupuri*. Ceea ce le diferențiază pe acestea de restul comunității este prezența sau absența unei anumite caracteristici legate de gradul de școlarizare, etnie, vârstă etc. Acestea sunt alcătuite din persoane care aparțin unor clase sau grupuri sociale, vârste, și ambelor sexe.

În cadrul comunității există diferite nivele ale relațiilor sociale cum ar fi:

- Contactele umane;
- Interacțiunile sociale;
- Rețelele sociale.

În interiorul acestor nivele se regăsesc diferite tipuri de manifestare ale relațiilor sociale propriu-zise. Acestea sunt:

- Sociabilitatea;
- Socialitatea;
- Conflictetele sociale.

Caracteristica predominantă a relațiilor sociale este dată de manifestarea la nivel individual, iar apoi de grup a unor sentimente de ingroup sau outgroup, bazate pe nevoi, interese, aspirații ale indivizilor sau grupurilor.

Comunitatea se află la granița dintre formal și informal. Această caracteristică este dată de diferitele grupuri ce acționează într-o comunitate, așa-numiții "actori sociali".

Ei sunt cei ce iau deciziile cu privire la starea comunității sau care influențează membrii comunității în modul lor de a se comporta.

Pe de o parte, trebuie luate în considerare instituțiile și reprezentanții lor (*actorii instituționali/persoanele oficiale*):

- primăria (primarul, secretara);
- poliția;
- dispensarul medical (medicul de familie, asistenta medicală);
- biserica (preotul);
- școala și grădinița (profesorul, educatorul);
- biblioteca și căminul cultural;
- Autoritatea Județeană de Sănătate Publică prin reprezentanții săi în unele localități: medic, asistentul medical comunitar, mediatorul sanitar, asistentul social;
- organizațiile non-guvernamentale (ONG-uri);
- agenții economici.

Pe de altă parte, intervin *actorii individuali*. Ei sunt acei lideri informali, persoane care, fără să ocupe vreo funcție în administrație sau alt organ instituțional, au capacitatea de a influența membrii comunității - de

exemplu, cei cu un nivel de studii mai ridicat sau cu o stare materială mai bună decât ceilalți membri ai comunității sau cei mai în vârstă.

Nu trebuie să se înțeleagă că cele două categorii sunt în opoziție una față de cealaltă! Dimpotrivă, în cazul dezvoltării comunitare, ceea ce asigură succesul unui proiect (ducerea lui la bun sfârșit) este tocmai o bună colaborare a tuturor actorilor sociali implicați.

Dar, de unde se știe cum acționează aceste grupuri de interes? Întotdeauna, pentru a-i identifica pe cei ce pot influența desfășurarea unui proiect comunitar (și nu numai!), este bine de găsit răspunsurile la următoarele întrebări:

1. Cine ia deciziile?
2. Cine îi influențează pe cei care iau deciziile?
3. Ce persoane/instituții/organizații oferă finanțare?
4. Cine altcineva ar putea oferi finanțare?
5. Cine altcineva ar putea oferi alte resurse?
6. Cine este o persoană influentă în comunitate?
7. Cine / ce instituții sau organizații poate / pot reprezenta un obstacol?

Și, de fiecare dată, trebuie avut în vedere răspunsul la o a opta întrebare:

8. Care dintre persoanele pe care le cunosc mă poate ajuta să întâlnesc pe unul din cei de mai sus?

Organizarea administrativ-teritorială din România operează cu patru tipuri de comunități (d.p.d.v. teritorial) și anume, municipiu, oraș, comună, sat.

II.2. NOȚIUNEA DE PROBLEMĂ COMUNITARĂ

Problema comunitară este problema în jurul căreia urmează să fie concentrate atenția și eforturile comunității. În această situație, alegerea ei din multitudinea problemelor care pot fi identificate în interviurile din ușă în ușă este un proces foarte important.

Stabilirea priorităților se face de către comunitate și nu de către “specialist”.

Rolul acestuia este acela de a se asigura că analiza problemelor se face prin participarea tuturor membrilor comunității și luându-se în calcul toate implicațiile posibile. Lucrătorul comunitar propune doar o metodologie de analiză a problemelor și implicațiilor lor pe baza unei evaluări a nevoilor, fără a aduce argumente pro sau contra uneia dintre problemele analizate.

Alegerea unei anumite probleme dintr-o serie mai largă presupune un proces cu mai multe etape - evaluarea, ierarhizarea, înțelegerea și analiza problemelor.

Termenul de problemă socială poate fi definit ca fiind o situație pe care mai multe persoane dintr-o comunitate o percep ca fiind greu de rezolvat, dificilă, care creează disconfort și care cere o soluționare/ rezolvare imediată. Este necesar să cunoaștem nu numai “ comunitatea”, dar și comunitatea văzută de cei nou veniti, de membri ai grupurilor minoritare, de cei cu orientări sexuale diferite etc. Diferite grupuri vor prefera diferite tipuri de ajutor. De exemplu, adolescentele însărcinate vor căuta mai întâi ajutor în rețeaua de suport informal (familie și prieteni). Într-o comunitate care nu este omogenă din punct de vedere etnic este esențială înțelegerea valorilor și realităților politice și economice care aparțin comunităților etnice. În lipsa acestora se poate ajunge la identificarea unor probleme care de fapt nu sunt privite ca atare de către comunitatea respectivă sau la elaborarea unor viziuni și programe care nu țin seamă de specificul etnic.

Exemple de probleme ale unei comunități: sărăcia, consumul de droguri, rata ridicată a abandonului școlar, poluarea apei și a aerului, servicii medicale insuficiente în mediul rural, violența domestică etc.

În concluzie, problemele sociale generează nevoi sociale ce impun organizarea de servicii sociale în cadrul unei comunități.

ASUMAREA COMUNITARĂ A PROBLEMELOR

Se realizează atunci când actorii vieții comunitare colaborează pentru soluționarea unei probleme specifice, sau pentru a aborda o problemă de importanță mai mare, care privește condițiile de viață ale comunității locale sau ale unei părți a acesteia. Nevoia de intervenții integrative reiese din necesitatea de a lua în considerare individul în mod global, acționându-se asupra factorilor care stimulează sănătatea individuală, familială și comunitară.

Atât profesioniștii cât și membrii comunității trebuie să-și pună în joc elementele specifice, pentru că adesea calitatea rezultatelor depinde de întrepătrunderea lor și de natura colaborării (voluntariatul).

IERARHIZAREA PROBLEMELOR

Un aspect esențial este: cum aflăm care este cea mai importantă problemă a comunității?

În acest sens, se poate spune că cea mai importantă problemă este:

- problema care a fost indicată de cei mai mulți dintre membrii comunității. Ceea ce este important va fi semnalat de aproape toate persoanele intervievate;

- prima problemă la care se referă membrii comunității atunci când sunt întrebați. Ceea ce este important va fi semnalat înaintea aspectelor mai puțin relevante.

O metodă utilă din acest punct de vedere este notarea problemelor indicate de fiecare persoană cu care ați stat de vorbă. În final, analizând toate răspunsurile astfel obținute, veți avea o reprezentare clară a problemelor apărute în cadrul comunității și a importanței lor.

Dintre toate, problemele a căror rezolvare are gradul cel mai înalt de utilitate sunt cele ce prezintă un grad mare de interes pentru comunitate, acestea fiind problemele capabile să coitalizeze comunitatea și să o determine să acționeze.

ÎNȚELEGEREA PROBLEMELOR

Unul dintre cele mai importante elemente în pregătirea proiectului îl constituie punctul de plecare: definirea problemei și analiza acesteia.

Multe proiecte de dezvoltare comunitară nu se ridică la înălțimea obiectivelor lor sau eșuează complet din cauza faptului că problema pe care caută să o rezolve:

- Nu este bine definită sau înțeleasă.
- Nu este percepută ca fiind o problemă de către un număr suficient de mare de persoane.
- Poate avea la origine cauze complexe de care nu s-a ținut seama în elaborarea planurilor și care nu vor fi, deci, avute în vedere de strategia aleasă.

Faptul că așa se întâmplă se datorează câtorva motive previzibile:

- deseori, programele și strategiile sunt astfel concepute încât să corespundă dorințelor organizatorilor sau donatorilor și nu reprezintă rezultatul unei evaluări reale a necesităților;

- chiar dacă problema identificată reprezintă o prioritate a populației afectate, neglijăm deseori analizarea în profunzime a multiplelor ei cauze fundamentale. Aceasta face ca soluțiile alese să poată trata un aspect al problemei, dar să nu poată rezolva problema în totalitate sau, mai rău, să genereze alte probleme.

Pentru a evita producerea unor astfel de erori e bine să se răspundă mai întâi la o serie de întrebări referitoare la acțiunea de identificare a problemelor:

1) Cine spune că este o problemă?

Dacă o campanie de sprijin caută să antreneze femeile în efortul de organizare comunitară pentru rezolvarea unei probleme atunci acestea sunt persoanele care trebuie să definească problema.

2) Pe cine afectează această problemă?

Cei care sunt cel mai direct afectați de o problemă sunt și cei care au cel mai mult de câștigat de pe urma unei soluții: prin urmare, ei au o mare importanță pentru eforturile organizatorice pe care le desfășurați.

3) Care ar fi soluția dorită de cei confrunțați cu această problemă?

Putem presupune că, din cauza faptului că un grup de persoane confruntate cu o problemă sunt neștiutoare de carte sau pasive, aceste persoane nu știu cum să își rezolve problema. Aceasta este o presupunere greșită. Oamenii știu care este genul de soluții care le-ar fi de cel mai mare folos. Deși s-ar putea să fie bine intenționată sau mai rapidă, decizia unui organizator din afara comunității ar putea fi inaplicabilă celor cărora le este destinată.

Mai mult decât orice, este importantă antrenarea comunităților sau a grupurilor cu care se lucrează în definirea și analizarea problemei, deoarece acesta este primul pas în dezvoltarea unei conștiințe civice. Înțelegerea cauzelor structurale ale problemelor existente constituie primul pas important în direcția opusă apatiei sau autoblamării care descurajează acțiunea.

II.3. TIPURI DE NEVOI

Conceptul tradițional de nevoie se referă la diferența dintre starea existentă și cea dorită a statusului de sănătate. Această diferență devine „nevoie” atunci când, potențial, poate fi privită sau ameliorată prin folosirea serviciilor de sănătate, sau serviciilor sociale.

Termenul de nevoie desemnează necesitățile umane fundamentale, care, dacă nu sunt satisfăcute, produc neplăceri persoanei și împiedică participarea socială deplină a acesteia.

STRUCTURI CONCEPTUALE

Nevoile diferă de dorințe deoarece dorințele sunt exclusiv individuale și subiective, în timp ce nevoile pot fi determinate în mod obiectiv.

Clasificarea lui Bradshaw (1972) identifică patru tipuri de nevoi umane: *normative, comparative, simțite și exprimate*.

Nevoile normative sunt acele nevoi identificate în acord cu o normă stabilită în general de specialiști. Aceste nevoi sunt definite de un observator extern.

El sugerează că indiferent de ce intenționează cineva să facă în legătură cu anumite deficiențe legate de sănătate, acestea există și pot fi descrise (ex: fracturi, lipsa imunizării etc.). Acest concept identifică o terță parte: experții și/sau profesioniștii din domeniu. Diferiți profesioniști pot avea opinii diferite despre același aspect legat de sănătate/boală. Apar întrebări referitoare la cine ar trebui să fie considerat „judecătorul legitim” sau dacă fiecare are un rol legitim în acest proces, care este acel rol? (Vlădescu C, 2002).

Nevoile comparative sunt acele nevoi care apar în urma comparației pe care o face persoana între sine și alte grupuri pe care nu le consideră a fi aflate în nevoie. Se stabilesc/definesc prin studierea caracteristicilor populației ce beneficiază de anumite servicii. Conform acestui concept atunci când există populații cu caracteristici similare, dar care nu primesc un anumit serviciu medical, ele sunt în situația de a avea o nevoie de sănătate.

Nevoile simțite sunt acele nevoi pe care simt oamenii că le au, iar cele *exprimate* sunt acele nevoi care devin cereri, despre existența cărora se știe. Nu toate nevoile simțite sunt și nevoi exprimate, deoarece oamenii nu și le fac cunoscute din cauza inegalității de putere și status.

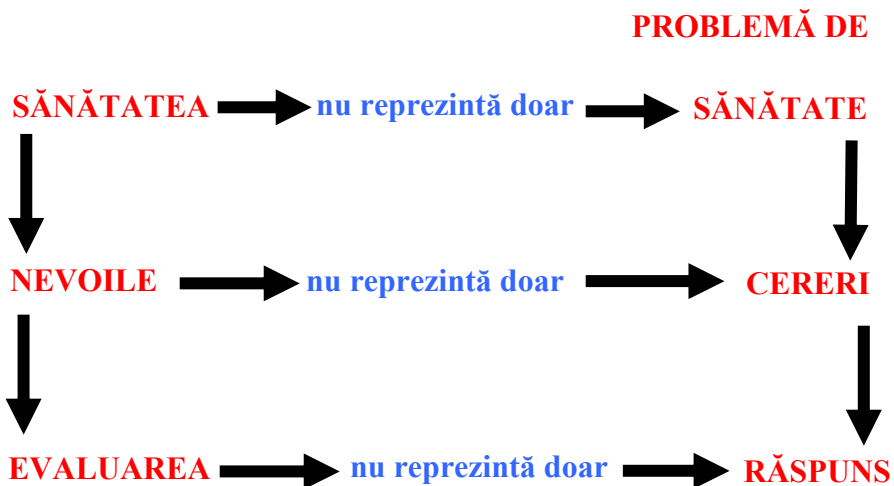
Nevoia simțită este deseori echivalentă dorinței. Astfel când se evaluează nevoile pentru un anumit serviciu de sănătate, cetățenii sunt întrebați dacă ei consideră că au nevoie de respectivul serviciu. Dar acest răspuns poate fi influențat de mulți factori, unul dintre ei fiind auto-percepția și cunoașterea care ar fi probabilitatea ca cineva să solicite ceva dacă nu este conștient de existența unei probleme de sănătate.

Nevoile depind atât de societatea în care trăiește individul, cât și de modul în care acesta își satisface nevoile comparativ cu ceilalți membri ai societății.

Nevoile exprimate (sau cerere) sunt nevoile resimțite puse în acțiune/operationalizate. Cererea reprezintă folosirea unui serviciu de către consumator. Cererea este influențată de de numeroși factori dar cel mai important este disponibilitatea fizică a serviciilor alături de prezența sau absența unor bariere în calea folosirii serviciilor respective.

Nevoile sunt relative la societatea în care trăiește individul deoarece resursele care sunt necesare pentru satisfacerea acestora depind de circumstanțele fizice și sociale existente. De asemenea, satisfacerea nevoii este determinată și de modul de funcționare al societății respective, de tipul de mijloace pe care le are individul la dispoziție pentru satisfacerea nevoilor. În plus, Titmuss (1963) arată că situația în care apar anumite nevoi și sunt recunoscute ca atare se schimbă de la o perioadă la alta, nevoile fiind relative deci și la perioada de timp luată în considerare.

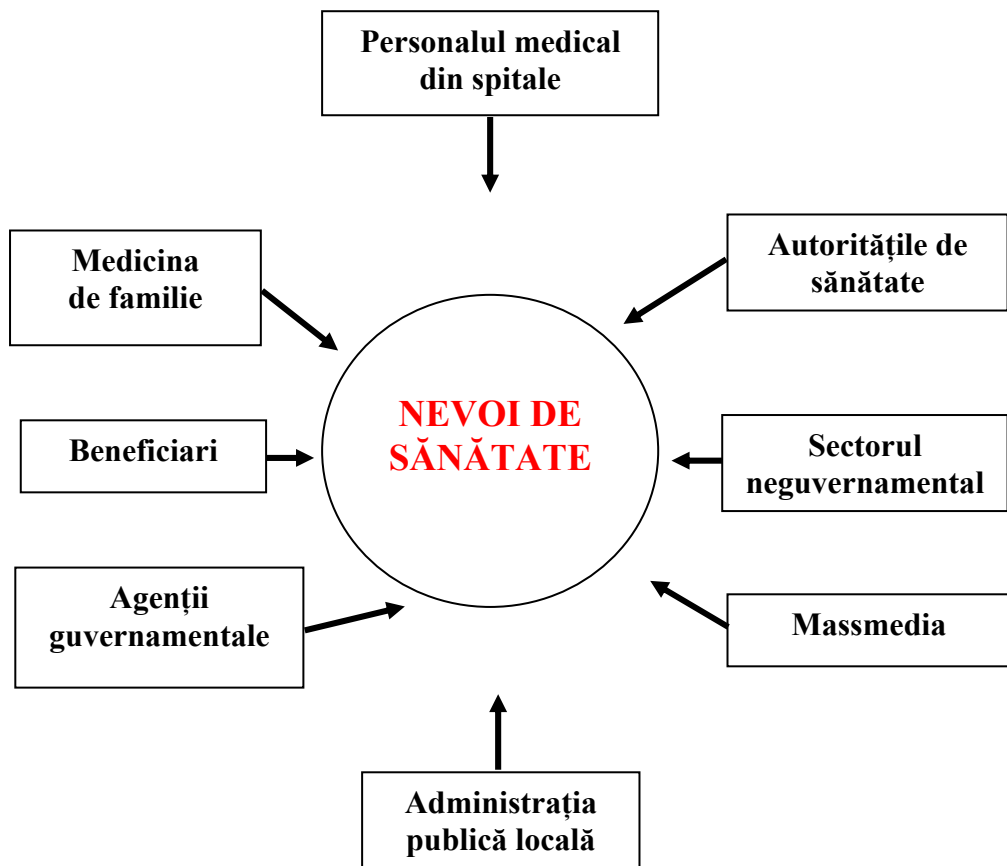
În sfera nevoilor umane de bază, Doyal și Gough (1991), includ *sănătatea fizică* și *autonomia*, înțelegând prin autonomie „capacitatea de a face alegeri fiind informat despre ceea ce trebuie făcut și despre modul în care trebuie făcut”. Pentru satisfacerea celor două nevoi considerate de bază este necesară satisfacerea unor nevoi considerate de autori ca fiind intermediare. Aceste nevoi intermediare sunt grupate la rândul lor în două categorii: intermediari pentru satisfacerea nevoii de sănătate fizică (hrană adecvată, apă curată, locuință adecvată, mediu de muncă fără riscuri, mediu fizic fără riscuri, îngrijire medicală adecvată) și factori care contribuie la autonomia emoțională (securitate în copilărie, securitate fizică, securitate economică, rețea socială care asigură educația și un mediu emoțional securizant). La nivel populațional nevoia este reprezentată de suma nevoilor individuale.



National Health Service Management Executive. *Assessing health care needs*. Leeds: NHSME , 1991

Evaluarea nevoilor de sănătate reprezintă o abordare sistematică în scopul stabilirii faptului că serviciile de sănătate folosesc toate resursele pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației în cel mai eficient mod, și reducerea inegalităților.

Acest lucru implică metode calitative, comparative și epidemiologice pentru a descrie problemele de sănătate ale populației; identificarea inegalităților în sănătate și accesul la servicii și determinarea priorităților pentru folosirea în mod eficient a serviciilor și a resurselor alocate.



National Health Service Management Executive. *Assessing health care needs*. Leeds: NHSME , 1991

II.4. PROCESUL DE EVALUARE A NEVOILOR COMUNITĂȚII

Dezvoltarea programelor sociale, investițiile financiare și umane pe care le-au implicat, au dus la creșterea nevoii de evaluare, cu scopul controlului calității serviciilor/produselor, justificării investițiilor, analizei efectelor și impactului programelor sau aprecierea măsurii în care acestea au servit la ameliorarea sau rezolvarea unei probleme.

Analiza comunității este procesul de evaluare și definire a nevoilor, posibilelor bariere și oportunități și resurse implicate în inițierea programelor de sănătate comunitară. Acest proces îl întâlnim definit în mai multe forme în literatura de specialitate ca diagnoză comunitară evaluarea nevoilor

comunitare, educație pentru sănătate planificată și harta comunității. Analiza este primul pas nu numai în stabilirea designului, intervențiilor stabilite prin proiect dar și de adaptare a planurilor de intervenție potrivit caracteristicilor comunității.

Produsul obținut prin analiza comunității este profilul acesteia din care reies date referitoare la starea de sănătate a comunității, indicatorii demografici cu informații despre factorii politici și socio-culturali. Profilul comunității este o imagine a acesteia și a viitorului ei. Istoria trecută și prezentă, schimbările petrecute, resurse și capacitatea acesteia de a desfășura activități de promovare a sănătății. Procesul de analiză comunitară poate oferi de asemenea o ocazie unică pentru participarea activă a cetățenilor la proiectele de promovare a sănătății.

Termenii de analiză comunitară și diagnoză comunitară sunt interșan-jabili astfel încât analiza este demersul care precede diagnoza. Termenul de diagnoză comunitară a apărut în anul 1950 și a fost introdus în programele de sănătate la mijlocul anilor 1960. conținutul termenului de diagnoză comunitară a fost reformulat de către Bennett în 1979, Green, Kreuter, Deeds și Partridge în 1980 în lucrarea „Planificarea în educația pentru sănătate”, în care a propus un cadru de diagnoză socială ce urma a fi aplicat acestei discipline.

Analiza comunității stimulează forme de responsabilitate și de asumare comunitară a problemelor. Analiza comunității se dezvoltă pornind de la un concept de sănătate valabil pentru fiecare nivel instituțional, organizatoric și operativ. Dacă de exemplu, contextul de referință este constituit din problemele de sănătate publică, va predomina necesitatea de a dezvolta o analiză a compoziției demografice, a conformației geografice a teritoriului, a intereselor legate de activitățile productive, a surselor de poluare, a factorilor de risc pentru mediu.

Analiza comunității implică o clarificare în privința premiselor de la care pornește și a nivelului de interes pe care îl oferă. Ea poate fi efectuată descriptiv, prin folosirea unor date obiective sau prin interpretarea și evaluarea nevoilor dacă capătă o expresie ca urmare a:

- unei cereri exprimate de către comunitate;
- rezultat al unei comunicări simetrice între profesioniști și populația comunității.

Prin urmare nevoile pot fi interpretate de către profesioniști, sau putem avea situații în care cetățenii participă activ la propunerea și formularea obiectivelor referitoare la sănătatea publică ce urmează a fi realizate pe baza unor proiecte.

Realizarea proiectelor sau programelor acceptate de către comunitate, impune stabilirea clară a domeniilor de intervenție și presupune

îndeplinirea unor condiții preliminare pentru ca intervenția să fie recunoscută la nivel organizatoric, instituțional și comunitar.

Datorită raportului organic cu comunitatea locală, comunitatea însăși este cea care va susține intervenția programată. O analiză care ține cont de aceste aspecte devine și o modalitate de promovare a intervenției care se va concretiza într-o cunoaștere mai bună a elementelor de context, a formelor de expresie și manifestare a acestora, a nevoilor, a resurselor disponibile și/sau care pot fi activate și a rezistențelor.

Comunitatea trebuie înțeleasă ca sistem social complex, cunoașterea originilor sale, a organizării interne, a valorilor, a nevoilor ori a interacțiunilor dintre subsisteme nu sunt ușor de făcut și nu constituie o activitate neutră. A analiza și interpreta o comunitate înseamnă a activa un proces în care membrii comunității devin protagoniști activi ce devin conștienți de propriile condiții, nevoi și limite, ca și de resursele de care dispun.

Întrebările generale recomandate echipei de evaluatori pentru a preveni și diminua diferențele de abordări teoretice și metodologice sunt descrise în continuare.

Evaluarea nevoilor comunității - se realizează în mod participativ implicând pe cât posibil toate categoriile din comunitate (inclusiv cele care în mod tradițional sunt mai puțin "auzite").

Un alt motiv pentru a face o evaluare a nevoilor, este că aceasta este frecvent cerută de către finanțatori.

Evaluarea nevoilor poate fi folosită și ca o modalitate de atragere a atenției publice asupra unor probleme cu care se confruntă comunitatea.

Beneficiile evaluării nevoilor includ:

- implicarea comunității în luarea deciziilor;
- stimularea parteneriatelor;
- dezvoltare profesională;
- îmbunătățirea procesului de comunicare între parteneri;
- o mai bună folosire a resurselor.

Ce este evaluarea?

Evaluarea comunității: reprezintă inventarul bunurilor sau informațiilor necesare realizării procesului de intervenție planificată. Uneori acest proces este asociat cu anchetele sociologice prin care sunt identificate resursele și nevoile oamenilor pentru a avea o imagine statistică asupra comunității la un anumit moment.

Evaluarea resurselor umane: determinarea nivelului de cunoștințe, aptitudini și abilități existente la nivelul unei comunități, acest potențial fiind pus în relație cu oportunitățile actuale sau viitoare de angajare pe piața

forței de muncă, situații în care indivizii se angrenează într-o formă sau alta.

Evaluarea inițială este prima etapă a procesului și presupune strângerea unui set de informații privind cazul pe bază cărora se stabilesc prioritățile ce vor fi urmate.

Există moduri diferite de a defini evaluarea:

- determinare a gradului de realizare a obiectivelor;
- culegere de informații pentru adoptarea unor decizii;
- apreciere a meritului, valorii unui proiect sau program.

Evaluarea înseamnă "aprecierea sistematică a operațiilor și/sau a rezultatelor unui program sau unei politici, raportate la un set de standarde explicite sau implicite, un mijloc care contribuie la îmbunătățirea programului sau politicii" (Carol Weiss, 1998). Din perspectiva altor autori, evaluarea înseamnă, acumularea sistematică de fapte, pentru a oferi informații despre realizările unui program în raport de efort, eficacitate și eficiență, în fiecare stadiu al dezvoltării lui" (Trippodi, Fellin, Epstein, 2000). Aceiași autori consideră evaluarea ca fiind o "tehnică managerială care furnizează feedback informativ administratorilor programelor". Prin urmare, evaluarea reprezintă un proces de apreciere a valorii, meritului și calității unui proces, produs sau rezultat.

Obiectul evaluării îl constituie:

- componentele programului (obiective, resurse umane, materiale, procedurale (strategii de acțiune) și de conținut, populația-țintă, timpul, sistemul managerial și propriul sistem de evaluare);
- proiectul programului;
- implementarea programului;
- rezultatele, efectele (impactul programului).

Care sunt funcțiile și scopurile evaluării?

- oferă informații pentru adoptarea de decizii: utilitatea - evaluare formativă;
- controlul calității - evaluare sumativă;
- dezvoltă cunoștințe noi (apropiere de cercetare).

Daniel Stufflebeam nu este de acord cu apropierea dintre cele două concepte, fiind de părere că dezvoltarea de cunoștințe noi este apanajul cercetării și că asemănarea celor două activități creează dificultăți.

Evaluarea servește unor scopuri diferite, care presupun criterii de evaluare diferite sau cel puțin ierarhizări diferite ale criteriilor. Rolul evaluării se manifesta în trei direcții, după cum susține Chelimsky: controlul calității programului, ameliorarea sa și din punct de vedere epistemic, acumularea de noi cunoștințe teoretice în acest domeniu.

Ce întrebări va adresa evaluarea?

În mod tradițional, evaluarea va adresa întrebări privind rezultatele unui program sau proiect educațional, dar nu trebuie să se rezume la acestea, ci să se intereseze și de scopurile programului, de proiectul/strategia de implementare, de activitățile propriu-zise. Metaevaluarea poate analiza întrebările care au fost adresate, dacă sunt cele adecvate, dacă sunt complete etc.

Cui servește evaluarea?

- Care este audiența, care sunt categoriile de beneficiari ai rezultatelor evaluative?

- Care sunt așteptările și nevoile de informare ale publicului?

De regulă, există mai multe categorii de beneficiari ai evaluării, iar nevoile lor de informare sunt diferite. De exemplu, evaluarea unei inovații educaționale sau evaluarea unor programe școlare interesează profesorii, elevii, părinții, factorii de decizie, politicienii, managerii școlari, editorii, sponsorii, cercetătorii și nu în ultimul rând, cetățenii - plătitori de taxe și impozite.

Prin urmare, proiectul unei evaluări trebuie să reflecte diferitele categorii de public, nevoile, interesele și așteptările lor și modalitățile prin care se încearcă răspunsul la aceste nevoi. Dacă aceste aspecte sunt lăsate la voia întâmplării, este foarte probabil ca evaluarea să eșueze în a răspunde nevoilor diferitelor categorii de beneficiari. Un raport de evaluare proiectat să răspundă nevoilor unor beneficiari nu va fi la fel de util și altei categorii de public țintă.

Un exemplu în acest sens îl constituie evaluarea unui program de ameliorare a accesului la educație al copiilor defavorizați, inițiat în Statele Unite în 1967. Două categorii de persoane interesate de evaluarea acestui proiect - educatorii și politicienii, aveau așteptări foarte diferite: educatorii erau interesați de "cum" pot reuși proiectele individuale de acest tip, iar politicienii de "ce" s-a realizat în ansamblu, "cât" s-a realizat din ceea ce s-a propus.

Comisia de evaluare a decis asupra tipurilor de așteptări și a întrebărilor evaluative, fără a acorda atenție nevoilor de informare diferite. Pe baza rapoartelor de evaluare realizate de fiecare școală în parte, comisia de evaluare a încercat elaborarea unui raport integrator, fără a ține seama de faptul că un singur raport de evaluare nu ar fi fost suficient de comprehensiv sau de adecvat fiecărei categorii de beneficiari. Rezultatul a fost dezastruos, însă a demonstrat importanța identificării și analizei nevoilor de informare.

Culegerea datelor și elaborarea raportului sunt direct influențate de nevoile de informare, interesele și așteptările beneficiarilor. Dacă evaluatorii

acordă atenție acestor aspecte, există premise pentru a satisface criteriile de relevanță, importanță, scop și timp.

Scopul analizei comunitare pentru programele de promovare a sănătății, este de a identifica resurse probleme și oportunități și stabilirea setului de priorități pentru planificarea și dezvoltarea intervențiilor. Aspectele analizei are cinci componente:

1. Profilul demografic și socio-economic pe baza datelor din recensăminte și date cu privire la dezvoltarea economică în plan local.
2. Un profil asupra stării de sănătate pe baza indicatorilor de morbiditate și mortalitate.
3. Profilul riscului de sănătate (inclusiv factori comportamentali, sociali și de mediu).
4. O anchetă asupra programelor de promovare a sănătății, activităților și politicilor în domeniu.
5. Studii asupra anumitor grupuri țintă, nivel de cunoștințe, nevoi și capacități organizaționale.

Ce informații sunt necesare?

Este important să culegem date cantitative și calitative, de la diferite categorii de beneficiari. Este, de asemenea, foarte important echilibrul dintre descrieri, observații, judecăți și recomandări.

Informații folosite în evaluarea nevoilor.

A. Profiluri ale caracteristicilor comunității: un profil ne oferă o privire de ansamblu asupra caracteristicilor demografice ale comunității. Avem, de exemplu structura de vârstă, structura etnică și rasială, arealul geografic al comunității etc.

B. Profiluri ale condițiilor de viață. Acestea ne dau informații despre gradul de incidență al unei probleme, tiparele sociale și mentale ale populației. Acestea pot include următoarele:

1. Date economice, incluzând managementul fondurilor fiscale, tiparele de creditare.
2. Date despre gradul de ocupare al forței de muncă, incluzând niveluri ocupaționale, niveluri de aspirație ocupațională, nevoi vocaționale.
3. Tipare familiale, cum ar fi relațiile părinte copil, probleme în cadrul cuplurilor căsătorite, nupțialitate, rata divorțului.
4. Tipare educaționale, incluzând participarea și nevoia adulților de programe educaționale, rata abandonului școlar, frecventarea școlii.
5. Locuințe, cu referire la numărul acestora, starea unităților furnizoare de utilități publice și supraaglomerarea.

6. Sănătatea fizică și mentală, incluzând dizabilitățile pe termen lung, cauzele mortalității, rata îmbolnăvirilor, condițiile de mediu.

7. Condițiile de locuit, incluzând problemele de menaj, alimentație, administrare a locuinței și îngrijirea copiilor.

8. Modalități de recreere, incluzând activități în timpul liber, sport și activități culturale.

9. Incidența delictelor, incluzând rata criminalității juvenile și adulte, siguranța publică.

10. Satisfacții rezultate din viață în comunitate, cum ar fi solidaritatea comunitară.

C. Cunoașterea și utilizarea serviciilor

Persoanele care au nevoie de un serviciu, adesea, nu știu ca acel serviciu sau acea resursa sunt disponibile. Înainte de a lua decizii este important de știut dacă nu cumva aceasta lipsă de cunoștințe despre serviciile existente reprezintă una din cauzele persistenței problemei.

D. Bariere în calea utilizării serviciilor

Indivizii care au nevoie de servicii pot fi conștienți de existența lor și totuși să nu le utilizeze din cauza barierelor care stau în calea utilizării lor. Într-o evaluare a nevoilor pot fi identificate următoarele tipuri de bariere:

1. Bariere fizice, cum ar fi lipsa mijloacelor de transport sau o mare distanța între agenție și populația țintă.

2. Atitudini negative ale personalului agenției, percepute de către clienți sau potențialii clienți.

3. Sentimentul ca folosirea serviciului atrage după sine o stigmatizare socială.

4. Costul serviciului care este mult mai ridicat decât și-ar putea permite cei care au nevoie de serviciu.

5. Criterii de eligibilitate ale agențiilor percepute ca restrictive sau fiind într-adevăr restrictive.

E. Existența unui sistem de informare în comunitate

Înainte ca un serviciu să poată fi utilizat, posibili utilizatori ai acestuia trebuie să afle de existența lui. O evaluare a nevoilor poate avea ca rezultat identificarea canalelor formale și informale prin care este cel mai probabil ca informațiile să ajungă la un grup.

F. Evaluarea nevoilor

Identificarea resurselor potențiale sau existente, care pot fi utilizate ar trebui să aibă loc înainte de planificarea sau alocarea efectivă a resurselor.

G. Evaluarea resurselor instituționale

Mobilizarea potențială a conducătorilor politici sau ai comunității și a populației este necesară deoarece deciziile sunt luate, în general, în arena politică locală.

Indicatorii sociali

Se bazează pe extrapolarea nevoilor comunității, analizând statisticile din rapoartele și datele publicate. Prezumția este că se pot face estimări folositoare ale nevoilor și a bunăstării unei comunități, analizând statistici parțiale ale unor categorii de populație. Aceste statistici sunt privite ca indicatori ai nevoilor comunitare. Exemple pot fi: comportarea socială și bunăstarea în legătură cu delincvența, rata abuzului de substanțe, ratele mortalității sau morbidității. Se mai pot analiza condițiile de trai: igiena locuirii, numărul de persoane/cameră, condițiile economice.

Indicatorii sociali ca metodă prezintă o anumită flexibilitate. Astfel, se pot analiza unul sau doi indicatori (ex: nr. de persoane/cameră) sau se pot construi indici complexi care implică 40-60 de variabile, analiza multivariată și alte procedee statistice sofisticate.

Indicatorii sociali apar în activitatea sociologilor din Școala de la Chicago (Park, Burgess). Ei considerau orașul ca o constelație de “unități naturale”. O “unitate naturală” are caracteristici sociale diferite de celelalte unități. Diferențele constau în:

- caracteristici topografice (râuri, coline);
- caracteristici socio-demografice (vârste, rase, sex, venituri, educație, ocupații etc.);
- factori ai populației (distribuție, densitate, mobilitate, migrație);
- aranjamentul spațial al instituțiilor;
- sănătatea și bunăstarea socială (mortalitate, morbiditate, delincvență, sinucideri, abuz de substanțe etc.).

Întrebările ce vor fi enumerate mai departe reprezintă doar un punct de pornire.

Specificul fiecărei comunități reclamă evidențierea unor chestiuni ce pot fi relevante pentru fiecare în parte, numai astfel stabilindu-se care sunt cele mai potrivite întrebări pentru condițiile concrete. Prin urmare, întrebările ilustrative care urmează sunt menite a stimula întrebări mai specifice care vor fi relevante pentru problemele locale și condițiile fiecărei comunități în parte.

De exemplu, ce procent de adulți știe carte, ce programe oferă agențiile locale și autoritățile guvernamentale care furnizează servicii sociale, cunosc cetățenii aceste programe și pot obține ușor informații, a

pregătit cineva o evaluare a nevoilor de programe sociale în comunitate, oferă comunitatea programe de sprijin - pentru familii - cum ar fi grădinițe, programe de instruire și de hrănire, servicii psihologice și centre de recreere, ce servicii există pentru bătrânii comunității, există grupuri de cetățeni care sunt implicați în probleme sociale, câte afaceri furnizează bunuri sau servicii pentru programele de servicii sociale?

Este important să descriem populația unei comunități după vârstă, sex, moștenire culturală, etnie. Alte variabile sociale pot include structura familiei, starea civilă, condiții de locuit, nivel educațional, imigrație, emigrație, rata divorțurilor, participarea la vot, rata criminalității, date privind calitatea vieții.

Dezvoltarea socială implică accesul egal la servicii și locuri de muncă pentru toți membrii comunității. De exemplu, în examinarea posibilităților de a obține o locuință, ce procent de locuințe există pentru persoanele cu venituri mici? Cum sunt satisfăcute nevoile diferitelor sectoare în comunitate? Aceste întrebări se referă la capacitatea unei comunități de a satisface nevoile membrilor comunității.

Fiecare dimensiune reprezintă o parte esențială din întreg. Forța și vitalitatea întregului depind de bunăstarea fiecărei părți constitutive și capacitatea acestor părți de a lucra împreună în beneficiul întregului.

Indicatori economici

Viabilitatea economică și sursele de angajare într-o comunitate reprezintă arii comune de interes pentru multe localități. Întreprinderile cooperative și dezvoltarea comunității devin abordări preferate pentru a dezvolta economia unei comunități, față de abordarea mai tradițională. Aici atenția trebuie îndreptată asupra tipurilor de locuri de muncă din comunitate, rata șomajului și noile afaceri deschise. Întrebările următoare pot facilita formularea propriilor întrebări legate de dezvoltarea economică autosuținută într-o comunitate dată.

1. Care sectoare de afaceri din comunitate generează slujbe?

Există o dependență de resursele naturale sau există locuri de muncă din industrii de tip servicii?

Tipurile de slujbe se centrează pe industria grea sau pe industria de servicii?

2. Câte afaceri mari, medii, mici, sunt în zona respectivă?

Folosind aceste informații se poate vedea dacă majoritatea afacerilor din zonă reprezintă companii naționale (sau multinaționale) sau sunt conduse pe plan local.

Se bazează comunitatea pe ea însăși în ce privește locurile de muncă sau depinde pentru majoritatea acestor slujbe de corporații mari?

Ce spune acest lucru despre sănătatea economiei zonei respective?

3. Care este nivelul șomajului în comunitate?

4. Ce tipuri de programe oferă agențiile locale sau birourile guvernamentale care sprijină dezvoltarea afacerilor mici în zonă?

5. Dedică firmele din zonă un procent pentru educație și pregătire profesională?

Afacerile locale sprijină reînnoirea economică în comunitate sprijinind programele locale?

Ce fel de programe locale există?

6. Există grupuri din comunitate implicate în probleme economice locale?

Ce fel de activități întreprind ele?

Activitățile lor cuprind și alte dimensiuni (mediul, sănătatea, socialul)?

Urmează întrebările etalon.

1. Ce procent de gospodării au venituri sub medie și cheltuiesc mai puțin de 30 % din venitul lor pe locuință (incluzând întreținerea)?

Această întrebare se referă la bunăstarea generală a familiei și poate indica un standard de viață inadecvat și un venit inadecvat. Motivele posibile pentru această statistică includ familiile cu un singur părinte sau o lipsă de locuri de muncă în zonă.

2. Câte familii din comunitate depind de ajutorul social sau ajutorul de șomaj?

3. Copiii care locuiesc în case cu resurse economice insuficiente sunt supuși unor riscuri mai mari în toate aspectele vieții, de la stressul din familie și instabilitatea familială până la lipsa de acces la resursele de sănătate.

Activitățile lor cuprind și alte dimensiuni (sănătatea, economia, mediul)?

Sănătatea

Sănătatea este determinată de mai multe elemente decât bunăstarea fizică. Interacțiunile cu mediul fizic și social joacă un rol major în a determina cât de sănătoși suntem.

Indicatorii stării de sănătate pun în evidență distribuția bolilor în comunitate. Acest profil se constituie pe baza indicatorilor de sănătate sau a

anumitor factori care pun în evidență, nivelul de sănătate al unor indivizi sau grupuri de populație. Acești indicatori includ informații cum ar fi rata deceselor la anumite vârste, rata mortalității, decese accidentale, anii de viață pierduți, rata de morbiditate și mortalitate. Profilul mai poate conține date sumare pentru anumite grupuri populaționale cum ar fi copiii, adolescenții sau femeii. Comparațiile profilului regional cu cel național poate pune în evidență problemele prioritare de sănătate ale acestor zone.

Riscul de sănătate. Profilul riscului de sănătate are trei componente. Riscul comportamental, riscul social și riscul de mediu (fizic, chimic și biologic).

Factorii de risc comportamental includ alimentația, consumul de medicamente, alcool, tutun și droguri sau obiceiuri în activitatea fizică. Acestea pot fi puse în evidență de studii cu privire la comportamente și percepții, probleme și nevoi de sănătate la nivel individual sau la nivelul unor grupuri populaționale. Indicatorii sociali ai riscului de sănătate sunt de o importanță deosebită. Stressul ca urmare a pierderii locului de muncă, excluziunea socială, nivelul de educație scăzut pot fi factori asociați unei stări de sănătate precară. Pe de altă parte, aceiași indicatori sociali pot pune în evidență existența anumitor mecanisme de suport social. Factorii de mediu asociați cu riscul de sănătate includ calitatea mediului înconjurător, calitatea apei, solului, aerului, climatului geografic și condițiilor de locuit.

Este necesară investigarea stării prezente a serviciilor medicale din comunitate și apoi unele legături dintre mediu și sănătate, pe de o parte, și dintre dezvoltarea economică și sănătate în zonă, pe de altă parte.

1. Există suficient personal medical în zonă?

Lipsa personalului medical calificat (problemă care apare mai mult în comunitățile rurale decât urbane) poate ridica probleme pentru cei care au nevoie de atenție medicală imediată. Alte întrebări înrudite includ tipurile de măsuri care pot atrage personalul medical și dacă comunitatea este pregătită pentru urgențe medicale.

2. Ce tipuri de posibilități recreative există pentru membrii comunității?

Bunăstarea generală a indivizilor poate fi parțial atribuită sănătății fizice. Studiile ne arată că cei care sunt într-o bună formă fizică sunt mai capabili să facă față presiunilor vieții zilnice.

3. Femeile se simt în siguranță să umble pe stradă după lăsarea serii?
Cum s-ar putea asigura siguranța femeilor?

Deoarece problema sănătății se suprapune cu atâtea alte domenii, poate fi dificil să identificăm programele guvernamentale cu impact în domeniu, dincolo de cele care au obiective specifice de sănătate. Ele trebuie totuși, pe cât posibil, identificate și evaluate.

4. Există programe guvernamentale axate pe probleme de sănătate? Unde se găsesc birourile organizațiilor implicate?

5. Există un oficiu de sănătate al comunității?

6. Există grupuri de cetățeni care se ocupă de problemele de sănătate?

Activitățile lor cuprind și alte dimensiuni (mediul economic sau social)?

Mediul înconjurător

Legătura dintre mediul natural și cel uman este un punct central în dezvoltarea autosusținută. Un ecosistem sănătos depinde de oameni care trăiesc în armonie în cadrul său. Unele dintre întrebările puse în această secțiune se ocupă de un inventar al stării mediului fizic și al efectelor activităților omului asupra sa. În continuare, enumerăm niște întrebări model care pot fi folosite ca surse de informație.

1. În ce mod s-a schimbat mediul fizic în comunitatea dumneavoastră (climă, apă, sol, păduri)? De exemplu, a fost comunitatea îngrijorată în ce privește calitatea apei sau diminuarea zonelor cu păduri naturale?

Această întrebare poate stimula investigarea unora dintre preocupările grupului în ce privește mediul natural.

Colecțiile ziarelor pot oferi informații consistente despre preocuparea sau lipsa de preocupare în ceea ce privește mediul.

2. Cum se folosește pământul pentru agricultură în comunitate? Există programe pentru conservarea pământului în fața unor dezvoltări inutile?

3. Ce procent din mostrele luate anual din apele curgătoare ale comunității satisface standardele de calitate guvernamentală?

Obținerea informațiilor fundamentale despre starea mediului local trebuie să sprijine formarea unei imagini despre problemele ce trebuie rezolvate. Pot fi utilizate întrebări de genul:

4. Ce programe de mediu există în comunitatea dumneavoastră, sponsorizate de autoritățile centrale sau locale?

5. Cunoașteți coordonatele grupurilor pentru apărarea mediului formate din membrii comunității? Câte sunt, pe ce se axează fiecare grup, care grup are cel mai mare număr de voluntari și sprijin din partea comunității și care are cel mai puțin sprijin? De ce? Cuprind activitățile lor și aspecte legate de alte dimensiuni (economică, socială sau de sănătate)?

6. Există în zona dumneavoastră afaceri implicate în activități ecologice? Industriile din regiune se asigură că minimizează efectele poluării asupra mediului fizic prin tehnologii adecvate? Care dintre aceste

afaceri prezintă rapoarte anuale privitoare la mediu? Cum au sprijinit afacerile locale activitățile privind mediul în trecut? Ce inițiative curente au ele? Ce planuri de viitor au în această direcție?

II.5. METODE ȘI TEHNICI DE COLECTARE A INFORMAȚIILOR

Sunt folosite în scopul de a descoperi nevoile, perspectivele, opiniile, ideile sau dorințele membrilor comunității, acestea urmând a fi folosite în procesul de luare a deciziilor.

Unele dintre aceste instrumente sunt ieftine și ușor de folosit, nefiind necesare abilități tehnice speciale, iar costurile fiind minime (pot fi realizate cu personalul existent sau cu ajutorul cetățenilor voluntari și relativ repede). Altele necesită asistență de specialitate și – în general – solicită timp și bani. Alegerea instrumentului potrivit reprezintă o abilitate importantă care se dobândește prin experiență. În general, *cel mai eficient instrument este cel care oferă cele mai precise și utile informații.*

Procesul de consultare și evaluare este și un prilej de dezvoltare a unei conștiințe civice, de formare a unor grupuri, de educare și informare, de inducere a dorinței de acțiune.

Există mai multe modalități de consultare a grupurilor sau a persoanelor:

- Prin folosirea unor metode și tehnici de tip calitativ:
 - Brainstorming;
 - Focus grup;
 - Tehnica Grupului Nominal (TGN);
 - Interviu sau întâlniri individuale (față în față);
 - Observația;
 - Studiul de caz.
- Prin folosirea unor metode și tehnici de tip cantitativ:
 - Ancheta pe baza unui chestionar;
 - Sondajele de opinie.

• Metode și tehnici de tip calitativ

Observația

Constă în percepția și înregistrarea atentă și planificată a fenomenelor, evenimentelor și indivizilor în momentul manifestării lor și în dependență de o situație determinată. Este o metodă directă ce înregistrează comportamentul efectiv al oamenilor în context natural. Metoda permite

evidențierea factorilor ce determină și condiționează acțiunile și interacțiunile umane. Situațiile observate pot fi spații, actori, activități, acte, obiecte, evenimente, durate temporale.

Observația este, de asemenea, esențială în evaluare sau consultare. Foarte multe se pot învăța din observarea vieții zilnice a persoanelor cu care vei lucra – cine este liderul lor și ce anume îi caracterizează? Care sunt relațiile dintre ei? Cum își rezolvă problemele? etc. Multe se pot afla și din modul de a răspunde la o întrebare. Chiar dacă cuvintele pot să nu trădeze furia, rușinea sau o altă emoție puternică, ochii și corpul pot dezvălui multe.

Fiecare dintre aceste metode are avantaje și dezavantaje care depind de auditoriul căruia i te adresezi, de informația pe care dorești să o obții și de implicarea și angajamentul pe care speri să le obții.

Reguli generale pentru „brainstorming”

Sesiunea de „brainstorming” este o tehnică ce se poate realiza relativ repede, fără costuri prea mari și nu necesită abilități specializate. Esența unei sesiuni de „brainstorming” este concentrarea pe o anumită problemă și stimularea grupurilor de a genera idei și de a rezolva problema respectivă.

Este absolut necesară o atmosferă de libertate totală pentru exprimarea ideilor, fără ca cineva din grup să fie judecat sau să judece pe ceilalți pentru părerile exprimate. Pentru încurajarea procesului creativ, regula de bază este aceea că toate ideile au aceeași

Sesiunea de „brainstorming” este un instrument de colectare a informațiilor semnificative, utilizat pentru obținerea unor soluții optime având în vedere resursele umane disponibile. Astfel, ne asigurăm că cea mai creativă soluție nu este trecută cu vederea și implicăm grupurile de interes în procesul de luare a deciziilor. De altfel, marea majoritate a grupurilor se simt bine atunci când se ține cont de părerea lor.

Sesiunea de „brainstorming” rămâne cea mai rapidă, ușoară și ieftină modalitate la îndemâna administrației și a oricărei instituții pentru rezolvarea problemelor prin implicarea în cadrul acestui proces a grupurilor de interes.

Tehnica grupului nominal

Este un proces mult mai complex, solicită mai multă planificare și muncă individuală, iar rezultatele produse în general reflectă mai mult consens decât cele ale unei sesiuni de „brainstorming”. Atât sesiunea de „brainstorming”, cât și TGN sunt tehnici de grup care generează și prioritizează un număr mare de idei. Principala diferență dintre cele două este că TGN solicită persoanelor să-și genereze ideile, inițial, într-un mod

individual, mai degrabă decât într-un proces interactiv de grup, de aceea se promovează termenul de nominal.

„Focus-group” – urile (interviurile de grup focalizate)

Sunt întâlniri interactive, facilitate, cu grupuri mici de cetățeni (maxim 6-8 persoane). Moderatorul lor conduce participanții la discuții printr-un set de întrebări despre un subiect particular.

„Focus-group” - urile s-au dovedit a fi o modalitate foarte bună pentru a obține informații despre opinia publicului asupra unui produs. De atunci, „focus-group” - urile au devenit larg răspândite în sectorul public, al educației, al sănătății, de cercetare și în campaniile politice.

Cetățenii sunt invitați să ia parte la astfel de discuții în grup și numai cei invitați pot participa, pentru că “focus-group” - urile nu sunt întâlniri deschise. Inițial, sunt 6-8 participanți care provin dintr-o anumită categorie socială sau un grup de interes (ex. profesori, pensionari, membrii ai unor asociații particulare de proprietari, studenți, tinere mame, etc). Participanții sunt rugați să ia parte la o discuție care se structurează pe un set de întrebări - “chestionar”. Moderatorul “focus-group”-ului sau un asistent, realizează o transcriere sau un rezumat scris al întrebărilor. “Focus-group”ul este repetat de câteva ori, folosindu-se același set de întrebări, până când acesta nu mai generează alte noi răspunsuri.

“Focus-group” - urile reprezintă o modalitate relativ simplă, rapidă și ieftină de a avea un feedback din partea cetățenilor. Ele pot fi folosite într-o varietate de situații, ca de exemplu:

- planificarea strategică – pentru a testa propunerile sau soluțiile înainte ca acestea să fie definitiv adoptate;
- evaluarea – pentru a afla nevoile unui grup specific;
- testarea – noile servicii ale administrației, programe, manifestări, sloganuri, prețuri, rate și taxe, proceduri de facturare etc.;
- pregătirea serviciilor/satisfacerea clientului - pot fi folosite înainte, în timpul și după pregătirea sau prestarea serviciilor;
- planificarea sondajelor – se folosește pentru testarea chestionarului unui sondaj;
- un mod rapid și eficient de obținere a feedback-ului – a managerilor, liderilor, politicienilor etc.

“Focus-group” - urile pot avea multiple utilități în cadrul unei activități specifice. De exemplu, în contextul planificării investițiilor, “focus-group” - urile pot fi folosite pentru:

- a ajuta la conceperea unui chestionar prin care să se determine prioritățile cetățenilor, fie la nivel general, fie în cadrul unui grup specific de interes;

- a ajuta la determinarea priorităților în cadrul unui sector specific sau pentru a testa prioritățile propuse de către administrația locală;
- a determina atitudinile care ar putea afecta succesul sau eșecul unui proiect.

Ghidul de focus-group cuprinde 7-10 întrebări deschise, care începe cu întrebări generale și conduce spre întrebări cât mai specifice. Întrebările deschise sunt acelea la care răspunsurile nu sunt cele de genul Da sau Nu. Sponsorii “focus-group” - urilor ar trebui să lucreze cu cineva care înțelege cu adevărat condiția “focus-group” - urilor, de preferat un moderator ales pentru o astfel de discuții.

Deseori, ultima întrebare este și cea mai importantă. Dar formatul “focus-group”ului înseamnă *că informații importante pot a fi răspunsul oricărei întrebări*. Un format flexibil și neoficial permite moderatorului să descopere motive, credințe și valori care subliniază atitudinile participanților.

Studiul de caz

Studiul de caz nu reprezintă atât o metodă, cât o strategie de cercetare ce implică o investigație empirică a unor fenomene contemporane particulare în contextul vieții lor reale. În cercetarea socială și studiile de piață cele mai frecvente tipuri de studii de caz sunt cele care au ca subiect seturi de “indivizi” ce au anumite trăsături comune, comunități - descrierea și analiza patternului de relații dintre aspecte ale vieții comunității, organizații și instituții, evenimente, roluri și relații. Criteriul de selecție, de focalizare a interogațiilor este divers: practica cea mai bună, implementarea unor schimbări și evaluarea acestora, procese de schimbare și adaptare, situații specifice sau „incidente”, etc.

Analiza documentelor

Este o metodă non-reactivă utilizată pentru studiul fenomenelor sociale după ce acestea s-au produs, astfel că derularea lor nu a suferit nici o modificare datorită studiului, prezenței sau acțiunii cercetătorului.

Statisticile oficiale reprezintă o sursă importantă de informație pentru cercetările sociale și studiile de piață. Acestea constituie atât un obiect de analiză în sine, oferind răspunsuri la întrebări specifice, cât și cadru de referință pentru realizarea de analize longitudinale, respectiv pentru interpretarea datelor obținute prin alte metode.

Jurnal de audiență

Este utilizat pentru măsurarea audienței posturilor de radio, televiziune sau a cotidianelor. Datele colectate permit calcularea indicatorilor general utilizați de audiență precum rata audienței și partea de piață la nivel de intervale de audiență sau emisiuni. Indicatorii utilizați sunt calculați la nivelul întregii populații de referință, dar și pentru diferite segmente ale acesteia (stabilite în prealabil în funcție de variabilele socio-demografice dorite).

Interviul

Utilizat în principal pentru a răspunde la întrebări de cercetare de tipul “Cum?” și “De ce?”, interviul permite accesul direct și interactiv la dimensiuni ale subiectivității umane dificil de cunoscut prin intermediul altor metode. Permite investigarea aspectelor motivaționale într-o manieră inaccesibilă chestionarelor și reprezintă o metodă flexibilă ce permite adaptarea întrebărilor la caracteristicile specifice ale respondenților. Deficitul în ceea ce privește reprezentativitatea datelor obținute este compensat de relevanța informației. Împreună cu focus-grupul este utilizat atât în faza de proiectare a cercetării, ca metodă de culegere a informației necesare realizării instrumentelor structurate, cât și ca metodă autonomă sau complementară anchetei pentru a obține informațiile vizate de studiu.

Interviurile sunt metode de cercetare de natură calitativă ce constau într-o întâlnire unu la unu între moderator și respondent. De regulă, acestea durează între 30 și 60 de minute. Ele reprezintă cea mai bună metodă de testare concentrată a opiniilor personale, a credințelor și sistemului propriu de valori. Interviurile poartă numele și de “Cercetare calitativă de adâncime”, deoarece ele sunt extrem de bogate în informații personale despre respondent - discuția este înregistrată iar apoi transcrisă; din acest punct se aseamănă cu interviul jurnalistic. Caracterizându-se prin flexibilitate extremă, interviurile sunt foarte utile în “desconspirarea” unor opinii ascunse, ce sunt rareori exprimate în public.

Interviurile prezintă ca temă de interes general “identificarea problemei ascunse” ceea ce constă în aplicarea unor tehnici în care cei ce interviuează respondentul se concentrează la un moment dat pe trăiri intime, sentimente puternic interiorizate și preocupări personale. O altă tehnică folosită în interviuri este “analiza simbolisticii” prin care interviuatorii încearcă să identifice însemnătatea unor răspunsuri simbol provenite de la respondenți.

Interviurile sunt de două tipuri: **interviurile “de adâncime**, ce vizează o interacțiune unu la unu între moderator și respondent și

interviurile de tip “survey” în care există un sigur moderator și mai mulți respondenți.

• Metode și tehnici de cercetare cantitativă

Ancheta

Ancheta este o metoda cantitativă de culegere a informațiilor care folosește chestionarul ca instrument de investigare. Informația nu este culeasă oricum, ci prin intermediul unor proceduri standardizate care face posibilă extrapolarea cu o eroare acceptabilă a rezultatelor de la o parte a populației investigate la toata populația în ansamblu.

Ancheta nu își propune să descrie indivizii particulari care fac parte din eșantion, ci să obțină un profil al populației vizate.

Persoanele incluse în eșantion, sunt selectate într-un mod științific din populația vizată astfel încât fiecare individ să aibă aceiași șansă de a fi selectat. Doar în acest mod rezultatele pot fi extrapolate de la indivizii selectați la întreaga populație vizată.

Anchetele se bazează pe realizarea de eșantioane ale comunităților studiate și analizarea datelor obținute din acel studiu al eșantionului.

Tipuri de anchete

Anchete descriptive, care analizează boala în relație cu persoana, locul și timpul; oferă informații descriptive(ex: câte persoane cu o anumită afecțiune se găsesc la un moment dat într-o anumită populație); din punct de vedere al procesului de planificare anchetele descriptive ne oferă cadrul de la care se pornește.

Anchetele analitice pot fi orientate spre grupuri sau spre indivizi; în esență ele sunt comparații între grupuri populaționale, folosind informații despre rate/proporții sau informații despre fiecare individ din grup. Sunt extrem de utile în identificarea unor grupuri țintă cu nevoi de sănătate specifice și în identificarea utilizatorilor serviciilor de asistență sanitară specifică.

Implicarea membrilor comunității în planificarea și implementarea strategiilor pentru rezolvarea problemelor comunității. Consultarea în vederea definirii problemei este o regulă de organizare eficace.

Oamenii se vor simți mai importanți, vor căpăta încredere în ei și se vor implica mai departe în găsirea și aplicarea de soluții pentru problemele ce îi privesc.

II.6. STABILIREA PRIORITĂȚILOR

Trebuie stabilită ierarhia între scopurile, obiectivele și sarcinile unei organizații, ce anume se dorește a se realiza. Stabilirea priorităților va fi influențată de analiza situațională, în special de cerințele medicale și de obiectivele politice mai largi ale comunității. Trebuie să ne asigurăm că prioritățile stabilite sunt fezabile și conforme climatului social și politic al comunității în contextul resurselor posibile.

Pentru stabilirea intervențiilor prioritare, sunt folosite anumite criterii:

- Capacitatea de a reduce semnificativ o anumită patologie.
- Existența unei relații cost-eficiență rezonabile;
- Concordanța cu dorințele publicului;

Pentru a fi implementate prioritățile trebuie să îndeplinească trei criterii de fezabilitate:

- Să fie vorba de intervenții care pot fi realizate la un nivel calitativ adecvat;
- Să poată fi disponibile pentru majoritatea celor ce au nevoie de ele ținând cont de resurse existente și, sau proiectate;
- Să reflecte un consens favorabil din punct de vedere politic referitor la necesitatea introducerii lor.

CAPITOLUL III

TEORII ȘI MODELE COGNITIV SOCIALE DE SCHIMBAREA COMPORTAMENTULUI

Psih. Dr. Delia Bancilă

Scopul acestui capitol este de a sublinia natura complexă a comportamentului favorabil sănătății, și necesitatea utilizării teoriilor și modelelor teoretice pentru planificarea intervențiilor de schimbare comportamentală și identificarea indicatorilor lor de eficacitate.

III.1. INTRODUCERE

Preocupări pentru înțelegerea și predicția comportamentului au existat din totdeauna. În sănătate ele au fost stimulate de două constatări: a) o mare proporție din morbiditate și mortalitate se datorează comportamentului și b) comportamentul se poate schimba (Connor & Norman, 1999). La rândul lor aceste preocupări au generat numeroase cercetări și indicatori de evaluare pentru intervențiile care vizau schimbarea comportamentului.

În ultimii ani tot mai mulți teoreticieni și practicieni din domeniul promovării sănătății sunt preocupați de necesitatea dezvoltării unui sistem de indicatori de eficiență și eficacitate ai intervențiilor în favoarea sănătății. Atenția lor se concentrează în special pe găsirea unei alternative la modelul bio-medical care domină încă în sănătatea publică (Sprenger, 2002). Potrivit modelului bio-medical boala este explicată prin relația cauza-efect, stimul-reacție, iar experimentul este standardul absolut în cercetare pentru producerea dovezilor științifice privind cauzalitatea. Metodele ne-experimentale, de cercetare cantitativă acceptate au ca scop evaluarea prevalenței și incidenței, orice inferență a cauzalității între variabilele măsurate fiind exclusă de către specialiști. În consecință, intervențiile pentru schimbarea comportamentului se bazează pe măsurarea atitudinilor, percepțiilor, comportamentelor grupului țintă, selectate după criterii universale de către specialiști și folosind preponderent metodele descriptive (frecvențe) pentru analiza datelor.

Oponenții abordării bio-medicale susțin că în sănătatea publică și promovarea sănătății, metodologia experimentală nu este întotdeauna posibilă, deoarece multe variabile nu pot fi controlate, în special în studiile populaționale (MacDonald, 2000). Ei susțin, în continuare, că dimpotrivă, metodologia ne-experimentală de cercetare cantitativă și cercetare calitativă fenomenologică fac posibilă o mai bună înțelegere a factorilor asociați cu sănătatea (atitudini, valori), a proceselor psihologice implicate în comportament și a proceselor care conduc la schimbarea comportamentului. Dovezi empirice și rezultate ale cercetării vin în sprijinul acestei abordări.

Așa cum deja s-a menționat, numeroase dovezi științifice au pus în evidență legătura strânsă dintre factorii socio-economici (loc de rezidență, venituri, statut social, educație, acces la servicii medicale etc.) și starea de sănătate (Naidoo & Wills, 1998; MacDonald, 2000). Totuși, aceste cercetări nu au putut explica diversitatea comportamentelor individuale. De ex. de ce din rândul persoanelor cu același nivel de educație și cu un venit similar, unele fac abuz de alcool, iar altele nu. Pentru formularea unui răspuns, o ipoteză a venit din partea psihologiei sociale și sugera că, între cauzele primare – determinanții socio-economici și efect – comportamentul, există un lanț de relații cauzale în care factori intra-personali (ex. percepția eficacității personale) și interpersonalii (ex. existența unui confident) intervin ca mediatori sau moderatori.

Consecutiv, s-au formulat teorii și modele conceptuale care încearcă să identifice factorii (variabile) și mecanismele cu cea mai mare relevanță pentru un comportament specific și oferă principii călăuzitoare pentru cercetare și pentru intervenții direcționate spre schimbare (Naidoo & Wills, 1998). Metodele de prelucrare analitică a datelor culese potrivit acestor teorii și modele depășesc nivelul statisticilor descriptive, care sunt înlocuite de comparații cu semnificație statistică, corelații, predicții și de evidențierea unor lanțuri de relații cauzale, de mediere sau de moderare între variabilele măsurate. Din această perspectivă, pe baza rezultatelor cercetării din diferite domenii, s-a ajuns la consens asupra faptului că sănătatea are determinanți multipli, de origine genetică, biologică, psihologică, socială, economică și politică și că felul în care aceștia interacționează determină comportamentul individului. În consecință este necesară o abordare a eficienței promovării sănătății, care să ia în considerare noile dovezi într-o manieră integratoare (Mittelmark, 1999).

Totodată este nevoie de o re-modelare a surselor de date pe care se bazează intervențiile de schimbare comportamentală, astfel încât să se pună un accent mai mare pe teorii și pe producerea unor noi indicatori care să măsoare succesul (MacDonald, 2000). Deoarece statutul promovării sănătății ca disciplină autonomă este încă în dezbatere, ceea ce a împiedicat

formularea unei teorii unitare specifice, dovezi și teorii din discipline înrudite sunt „împrumutate” să contribuie la înțelegerea comportamentului individual, a fenomenului social și a schimbării.

În acest sens, teoria învățării sociale este una dintre cele mai bogate surse de inspirație pentru practicarea promovării sănătății la nivelul indivizilor. Teoria s-a dezvoltat prin testarea ipotezelor care erau intenționate să explice de ce indivizii se comportă în felul în care o fac, luând în considerare normele sociale și mediul în care trăiesc (Bandura, 1977). Dintre promotorii ei, Levin a marcat o redirecționare a teoriei prin schimbarea accentului de pe individ pe procesele între indivizi. Teoria învățării sociale a contribuit la „informarea” promovării sănătății prin folosirea unor concepte-centrale, dar și prin dezvoltarea ei de către Bandura (1986) în teoria cognitiv-socială cu aplicare directă în sănătate. Bandura a marcat o nouă direcție în dezvoltarea teoriei prin accentul deosebit pus pe factorii cognitivi. Teoria sa se concentrează asupra felului în care copiii și adulții prelucrează cognitiv experiențele sociale (cogniții sociale) și cum aceste cogniții influențează comportamentul și evoluția lor (Bandura, 1986). Concepte centrale și principii din teoria învățării sociale și teoria cognitiv-socială au fost incluse în multe modele care încearcă să explice o varietate de comportamente și diferențe individuale, identificând factorii relevanți pentru schimbare.

Modelele privind schimbarea comportamentului sunt imperfecte, dar în comparație cu modelul biomedical, oferă o alternativă mult mai bună pentru planificarea programelor de promovarea sănătății și evaluarea eficacității lor (MacDonald, 2000). Din diversitatea teoriilor privind schimbarea vor fi prezentate în continuare modelele cognitiv-sociale. Printre avantajele folosirii lor se numără următoarele:

- În primul rând ele oferă cadrul teoretic pentru cercetare, orientând selectarea variabilelor de măsurat, procedura de dezvoltare a măsurilor valide și consistente, precum și, cum se grupează și interacționează acestea, cu scopul de a face predicții despre comportamente și consecințele lor asupra sănătății.
- În al doilea rând, modelele teoretice identifică variabilele importante în predicții despre comportamente, aprofundează înțelegerea noastră privind procesele implicate în starea de sănătate și permit dezvoltarea intervențiilor eficace. Dacă cognițiile au legătură cu comportamentele, înseamnă că schimbarea cognițiilor duce la schimbarea comportamentelor.

- În al treilea rând, modelele teoretice oferă o descriere a proceselor cognitive, care sunt determinante în motivația individului de a practica un anumit comportament.
- În al patrulea rând, modelele teoretice permit identificarea variabilității comportamentale a indivizilor, identificarea determinantilor varietății și în concluzie sunt foarte utile în planificarea unor intervenții specifice sub-grupelor populației.

III.2. MODELUL CREDINȚEI ÎN SĂNĂTATE

(Hochbaum, G., 1958 și Rosenstock, I., 1966)

Modelul credinței în sănătate (MCS) a fost dezvoltat ca metodă sistematică de a explica și prezice comportamentele preventive (Janz & Becker, 1984). Ulterior, prin includerea unei noi variabile „motivația pentru sănătate”, modelul a fost folosit pentru a diferenția comportamentul favorabil sănătății de comportamentul dăunător sănătății.

Autorii consideră că percepția amenințării îmbolnăvirii și evaluarea comportamentului specific sunt principalii determinanți ai comportamentului. Fiecare dintre acești determinanți are proprii lui determinanți astfel rezultând următoarele variabile măsurate pentru predicția comportamentului: a) percepția susceptibilității de îmbolnăvire; b) anticiparea severității consecințelor respectivei boli; c) beneficiile eficacității comportamentului recomandat; d) costurile sau barierele în adoptarea comportamentului; e) motivații pentru acțiune (percepția simptomelor, a influenței sociale și a campaniilor de educație pentru sănătate); f) motivația pentru sănătate.

Context teoretic

Inițiatorii MCS au fost preocupați în anii '50 de faptul că indivizii nu iau măsuri de prevenire a îmbolnăvirii și prin contrast au încercat să explice comportamentul sănătos preventiv. La baza acestor încercări s-a situat teoria lui Levin din perspectiva teoriei sociale a învățării (Bandura, 1977), care susținea că nu realitatea obiectivă, ci felul în care o persoană percepe situația va determina ce va face sau nu va face acea persoană în situația dată.

Inițial dezvoltat pentru a înțelege comportamentele preventive, modelul a fost ulterior folosit pentru a diferenția între un comportament favorabil și un comportament dăunător sănătății, în special pentru identificarea factorilor care se corelează cu utilizarea serviciilor de sănătate și complianța la tratamente. Primele cercetări sunt atribuite lui Hockhabum în 1958 (Connor & Norman, 1999) asupra persoanelor care iau decizia de a

face un test cu raze X pentru detectarea timpurie a TB. Studiul măsoară două variabile: a) percepția susceptibilității la tuberculoză și b) credința că există bolnavi de TB asimptomatici, care pot prezice cine se va duce să facă raze X și cine nu se va duce. Ulterior s-a demonstrat că intervențiile de educație pentru sănătate care s-au concentrat pe dezvoltarea în rândul participanților (grup țintă) a percepției susceptibilității, percepția severității consecințelor și anticiparea beneficiilor/avantajelor unui comportament preventiv au avut ca rezultat creșterea numărului de vizite la medic în comparație cu grupul control. S-a concluzionat astfel, că acestea reprezintă credințe despre sănătate decisive în planificarea intervențiilor pentru schimbarea comportamentului (Janz & Becker, 1984). În consecință, modelarea cognițiilor sociale a fost recunoscută ca element central în programele de cercetare a serviciilor de sănătate.

Mai târziu, în 1977, Becker (Janz & Becker, 1984) a propus un model pentru înțelegerea determinantilor psiho-sociali ai comportamentului favorabil sau nu sănătății, care include șase variabile. În centrul modelului se situează două aspecte ale reprezentărilor individului asupra sănătății și comportamentului sănătos: percepția amenințării și evaluarea comportamentului. Percepția amenințării depinde de (1) percepția susceptibilității de îmbolnăvire și (2) anticiparea severității consecințelor respectivei boli. Evaluarea comportamentului constă în două seturi de credințe: (3) beneficiile eficacității comportamentului recomandat și (4) costurile sau barierele în adoptarea comportamentului respectiv. În plus, (5) motivații pentru acțiune pot fi considerate percepția simptomelor, a influenței sociale și a campaniilor de educație pentru sănătate. O versiune ulterioară a inclus o nouă variabilă: (6) motivația pentru sănătate.

În această formă, MCS stipula că motivația unei persoane de a adopta un comportament sănătos este determinată de percepțiile individuale, comportamentul care se poate schimba și probabilitatea acțiunii (Janz & Becker, 1984). Combinarea acestor factori determină un răspuns care se manifestă prin acțiune și este acompaniat de un plan rațional al derulării acțiunii.

Modelul a fost aplicat în diverse domenii pentru a produce dovezi pentru fundamentarea intervențiilor de promovare a comportamentului sănătos: comportamente preventive (teste genetice și de sănătate); comportamente riscante (fumat, consum de alcool); comportamente sănătoase (vaccinarea antigripală, auto-examinarea sânului, folosirea contraceptivelor, protecția sănătății dentare); comportamentul în bolile cronice (conduita în hipertensiune, în diabet, în insuficiența renală, complianța părinților față de conduita în cazul unui copil bolnav); activitatea clinică. Rezultatele acestor studii au produs dovezi în sprijinul ipotezei: credințele despre sănătate se

corelează cu comportamentul și reprezintă un indicator de diferențiere între cei care vor adopta și cei care nu vor adopta un comportament (Sheeran & Abraham, 1999).

Printre limitele acestui model se numără faptul că nu ia în considerare variabile demografice și factori de personalitate. De asemenea, variabilele nu sunt operaționalizate și nu se specifică relațiile dintre ele.

III.3. MODELUL LOCALIZĂRII CONTROLULUI ASUPRA SĂNĂTĂȚII

(Wallston, K.A., Wallston, B.S., Kaplan, G.D. și Maides, S.A., 1976)

Scopul teoriei este să prezică comportamentul favorabil sănătății prin măsurarea unui singur factor personal: credința despre controlul individului asupra sănătății (Norman & Benett, 1999).

Singura variabilă măsurată, credința individului despre localizarea controlului asupra sănătății este un construct multidimensional, care include: credința că individul poate controla propria sănătate (control intern), credința că sănătatea individuală se află sub controlul altor persoane (controlul extern a altora) și credința că sănătatea individuală este influențată de întâmplare sau soartă (controlul extern al sorții).

Context teoretic

În general se presupune că este o mare probabilitatea ca cei care cred că au control asupra sănătății lor să adopte un comportament favorabil sănătății (Conner & Norman, 1999). Prezumția se regăsește în multe intervenții de educație pentru sănătate care se concentrează pe dezvoltarea resurselor intra-personale și a deprinderilor, cu scopul de a dezvolta capacitatea de control a individului asupra propriei sănătăți. De altfel, dezvoltarea responsabilității individului față de propria sănătate prin adoptarea unui comportament sănătos este una din strategiile promovării sănătății ceea ce a fost formulat explicit în Charta de la Ottawa (1986). Astfel, localizarea controlului asupra sănătății a devenit un construct favorit în studiile de cercetare pentru predicția comportamentului sănătos.

Originile LCS se regăsesc în teoria învățării sociale, mai precis perspectiva lui Rotter (1990). Potrivit teoriei învățării sociale, probabilitatea ca un comportament să fie adoptat într-o situație specifică este funcție de doi factori: a) așteptarea individului că acel comportament va conduce la un anumit rezultat și b) măsura în care rezultatul este valorizat.

LCS corespunde primului factor menționat și a fost dezvoltat inițial ca o așteptare generalizată privind percepția relației dintre acțiunile unei persoane și rezultatele așteptate. Localizarea controlului asupra sănătății este gradul în care un individ crede că sănătatea sa este controlată de factori interni sau externi. Astfel, se face distincția între credințe privind localizarea internă și externă a controlului asupra sănătății, rezultând două tipuri de comportamente: “internaliști” și “externaliști” (Wallston & Wallston, 1984), care reprezintă extremele unui continuum. „Internaliștii” cred că evenimentele sunt rezultatul acțiunii lor și în consecință sub control personal. ”Externaliștii” cred că evenimentele n-au nici o legătură cu acțiunile lor și în consecință sunt determinate de factori independenți de controlul personal.

Studii de cercetare și intervențiile direcționate spre dezvoltarea percepției controlului intern asupra sănătății au produs dovezile în sprijinul naturii multidimensionale a constructului LCS, după cum urmează: a) prima dimensiune măsoară gradul în care indivizii cred că sănătatea este rezultatul acțiunii lor (localizare internă); a doua dimensiune măsoară gradul în care indivizii cred că sănătatea lor depinde de alte persoane; și c) a treia dimensiune măsoară gradul în care indivizii cred că sănătatea lor se datorează destinului (sorții) sau întâmplării. Potrivit modelului, principala predicție se referă la o mai mare probabilitate ca internaliștii să se angajeze în activități care sunt favorabile sănătății, în comparație cu cei care cred în soartă și e puțin probabil că vor adopta un comportament favorabil sănătății (Norman & Bennett, 1999).

Modelul a fost folosit în domenii ca exercițiul fizic, comportamente preventive generale, consumul de alcool, HIV/SIDDA, auto-examinarea sânului, fumat, scăderea în greutate, etc. cu rezultatele mixte privind predicțiile. Rezultatele studiilor au sugerat că în comparație cu externaliștii, e mult mai probabil ca internaliștii să depună eforturi ca să controleze mediul înconjurător, să-și asume responsabilități pentru acțiunile lor, să caute și să prelucreze informații, să învețe mai bine și să ia decizii în mod independent.

Printre limitele modelului, se menționează abaterea de la teoria învățării sociale: valoarea atribuită sănătății nu a fost luată în considerare în predicții. Consecutiv, în încercarea de a anticipa cu o singura variabilă (LCS) un construct complex cu multipli determinanți, cum este comportamentul sănătos, teoria pare prea îngustă pentru explicații comprehensive. Este evident necesar, ca modelul să includă variabile din alte teorii și în acest sens dezvoltarea teoriei învățării sociale ar putea contribui în mod esențial.

Chiar și așa, similaritățile cu alte constructe evidențiază importanța percepției controlului în adoptarea unui comportament sănătos și LCS poate fi aplicat cu succes în evaluarea intervențiilor direcționate spre dezvoltarea responsabilității și a deprinderilor (Conner & Norman, 1999).

III.4. TEORIA ACȚIUNII RAȚIONALE / TEORIA COMPORTAMENTULUI PLANIFICAT

(Ajzen, I. și Fishbein, M., 1967, 1988)

Teoria a fost dezvoltată cu scopul (Ajzen & Fishbein, 1980) de a contribui la a) înțelegerea și predicția influențelor motivaționale care nu sunt sub controlul volițional al individului; b) identificarea modului în care, și factorii asupra cărora să se direcționeze strategiile pentru schimbarea comportamentului; c) explicarea oricărui tip de comportament (de ex. de ce o persoană cumpără o mașină nouă, de ce lipsește de la serviciu, sau de ce are contacte sexuale neprotejate).

Pentru predicția comportamentului, modelul include următoarele variabile: intenții, atitudini, credințe, evaluarea consecințelor comportamentului, norme subiective, credințe normative, motivația pentru complianță.

Context teoretic

Teoria comportamentului planificat (TCP) este o dezvoltare a teoriei acțiunii raționale (TAR) prin introducerea unei noi variabile: percepția controlului asupra comportamentului. TAR/TCP își are originea în domeniul psihologiei sociale, mai precis, în teoriile privind atitudinile și comportamentul care au sugerat ca atitudinile pot explica acțiunea umană (Ajzen & Fishbein, 1980). Plecând de la prezumția că indivizii iau decizii privind comportamentul bazate pe considerarea atentă a informațiilor disponibile. Progresele ulterioare ale teoriei i-au determinat pe Ajzen & Fishbein să studieze diferite modalități de a prezice comportamentul și efectele lui asupra stării de sănătate (Conner & Sparks, 1999). Ei au plecat de la premiza că individul este rațional și folosește în mod sistematic informația disponibilă înainte de a adopta un comportament specific. Cadrul conceptual care a rezultat subliniază rolul determinant al intențiilor și rolul mediat al atitudinilor în predicția comportamentului.

Potrivit TAR/TCP determinantul (cauza) imediat al comportamentului volițional, este intenția persoanei să practice comportamentul respectiv. Intenția reprezintă motivația individului sub forma unui plan conștient, sau decizia de a face eforturi pentru practicarea unui comportament. Legătura dintre intenție și comportament reflectă faptul că indivizii tind să adopte acele comportamente pe care ei intenționează să le practice. Intenția de a practica un comportament specific este o combinație a efectelor atitudinilor față de comportamentul respectiv și ale normelor subiective. Atitudinile, la rândul lor, includ credințe despre controlul comportamentului și evaluarea rezultatelor comportamentului respectiv. Credința despre controlul comportamentului este determinată de

doi factori: a) credințe despre control și b) percepția puterii și sugerează că probabilitatea adoptării unui comportament specific este mai mare atunci când individul percepe propriul control asupra comportamentului. Constructul „percepția controlului comportamentului” măsoară gradul în care un individ consideră că va fi ușor sau dificil să practice un comportament anume. Normele subiective, pe de altă parte, includ credințe normative și motivația pentru a practica comportamentul în cauză. Percepția normelor subiective se referă la ce crede un individ despre reacțiile celorlalți (aprobă sau dezaprobă) dacă practică sau nu comportamentul respectiv. Normele subiective măsoară presiunea socială pe care indivizii o percep pentru a practica sau nu un comportament.

Teoria are evident limite și merite. Printre limite se pot menționa: faptul că modelul nu ia în considerare variabile demografice și personalitatea; definirea constructului „percepția controlului asupra comportamentului” este ambiguă și creează probleme în măsurarea variabilei.

Modelul oferă o descriere clară a procesului prin care atitudinile și credințele determină comportamentul și este folosit pe scară largă în cercetări pentru promovarea sănătății. Rezultatele folosirii lui pentru explicarea unei game variate de comportamente relevante sănătății au înregistrat grade diferite de succes (Conner & Sparks, 1999; Godin & Kok, 1996). Modelul a fost aplicat în domeniile: fumat, consum de alcool, comportament sexual, comportament alimentar, exercițiul fizic, auto-examinarea sânelui, relații sociale, etc. Analiza studiilor care au folosit TCP a adus dovezi care susțin că modelul a dus la creșterea puterii de predicție a intențiilor și comportamentului.

III.5. TEORIA COGNITIV- SOCIALĂ

(Bandura, A., 1986)

Teoria cognitiv-socială contribuie la a) înțelegerea și predicția comportamentului individului și al grupului; b) identificarea metodelor prin care comportamentul poate fi modificat sau schimbat; c) planificarea intervențiilor în domeniile dezvoltarea personalității, patologie comportamentală și promovarea sănătății (Bandura, 1986).

Printre variabilele măsurate în cadrul acestei teorii „eficacitatea personală” a devenit constructul favorit al studiilor de cercetare comportamentală.

Originile teoriei se regăsesc în teoria învățării sociale pe care Bandura (1977) a dezvoltat-o prin accentuarea rolului conceptelor cognitive, punând astfel bazele Teoriei cognitiv-sociale. Teoria se concentrează pe

modul în care copiii și adulții prelucrează cognitiv experiențele sociale, și cum aceste cogniții influențează comportamentul și evoluția individului. Termeni ca, modelare și învățare din experiență au fost introduși ca forme ale învățării sociale, împreună cu alte concepte cum ar fi determinism reciproc, eficacitate personală (self-efficacy) și ideea variației temporale a intervalului dintre cauză și efect. Teoria este foarte folositoare în dezvoltarea tehnicilor pentru schimbare comportamentală. Bandura și-a redirecționat propriile cercetări de la psihologia dezvoltării la psihologia omului sănătos. Teoria social cognitivă (TCS) este foarte complexă și de aceea este dificil de aplicat integral în studiul comportamentelor. Componente ale teoriei însă, cum ar fi eficacitatea personală au devenit variabile esențiale în studiile de cercetare comportamentală și în intervenții de educație pentru sănătate (Schwarzer & Fuchs, 1999).

TCS definește comportamentul ca rezultatul interacțiunii reciproce, dinamice, între trei componente: factori personali, acțiune și mediu. Schimbarea comportamentului este susținută de percepția controlului personal. Dacă indivizii cred că pot acționa să rezolve o situație problematică, ei devin mai tentați să procedeze în acest fel și mai hotărâți să-și urmeze decizia. În timp ce așteptările privind rezultatele se referă la percepția posibilităților consecințe ale acțiunii, percepția eficacității personale se referă la controlul personal asupra acțiunii. Eficacitatea personală reflectă credința unei persoane în capacitatea ei de a face față unei situații problematice prin intermediul acțiunii adaptate situației (Bandura, 1986). Eficacitatea personală diferențiază indivizii prin felul în care simt, gândesc și acționează, sugerând în acest fel legăturile pe care le are cu procesele afective, cognitive și comportamentale.

Potrivit TCS motivația și acțiunea sunt guvernate de gânduri anticipative. Mecanismul controlului anticipativ include trei tipuri de așteptări: a) așteptări privind consecințele situației – consecințele sunt rezultatul evenimentelor din mediu, și nu ale acțiunii personale; b) așteptări privind acțiunea – consecințele decurg din acțiuni personale; și c) percepția eficacității personale – se referă la credința unei persoane în capacitatea personală de a întreprinde o acțiune specifică, necesară pentru a atinge un anumit obiectiv.

De ex. probabilitatea ca o persoană să schimbe un comportament riscant pentru sănătate (renunțarea la fumat) depinde de trei seturi de cogniții: a) anticiparea riscului („riscul de a face cancer din cauza fumatului este mai mare decât valorile medii pentru mine”); b) anticiparea că schimbarea comportamentului va reduce amenințarea pentru sănătate („dacă renunț la fumat se va reduce riscul de a face cancer”); c) credința că o

persoană are capacitatea de a adopta un comportament favorabil sănătății („sunt în stare să renunț definitiv la fumat”).

Eficacitatea personală a fost studiată în multe domenii: comportamentul sexual, exercițiul fizic, nutriție și controlul greutății, dependența de droguri. Se dovedește a fi până în prezent cel mai puternic predictor al comportamentului ca resursă personală unică. Numeroase tehnici TCS sunt folosite în intervenții care promovează sănătatea: modelarea comportamentală, formarea deprinderilor psihomotorii și sociale, consolidarea comportamentului (Conner & Norman, 1999).

III.6. MODELUL TRANSTEORETIC

(Prochaska , J.O. și DiClemente, C. 1979)

Modelul nu se înscrie în categoria teoriilor cognitiv- sociale dar reprezintă o direcție de dezvoltare a lor și în acest sens este prezentat aici, pentru complementaritate.

Scopul teoriei este adaptarea intervenției potrivit stadiului de dezvoltare în schimbarea comportamentului (Prochaska et all., 1994).

Dezvoltarea modelului se bazează pe analiza comparativă a teoriilor de psihoterapie și schimbarea comportamentului existente în anii '50 (teoriile freudiene, skinneriene sau rogeriene) pentru a identifica principii comune ale schimbării (Prochaska et all., 1994). Rezultatul a fost identificarea a nouă procese ale schimbării comune teoriilor analizate (de aici și numele: transteoretic) care pot fi aplicate, fie la nivelul experienței individuale, fie la nivelul mediului pentru a produce o schimbare în comportament. Cele nouă procese sunt: dezvoltarea conștientei, eliberarea socială, dezvoltarea emoției, auto-reevaluare, devotament/determinare, condiționarea măsurării, controlul mediului, răsplata, relații interumane de ajutor. Diferența între teoriile analizate, constă în accentuarea unuia sau altuia dintre procese și măsura în care erau adaptate mai mult individului sau mai mult mediului. O altă sursă în dezvoltarea modelului s-a regăsit în analiza experimentală a persoanelor care doreau să renunțe la fumat. Rezultatele studiului au arătat ca participanții foloseau diferite procese în diferite momente ale confruntării cu nevoia de a fuma. Și astfel, au fost identificate șase stadii ale schimbării: pre-contemplare, contemplare, pregătire, acțiune, menținere și definitivare. Ulterior s-a renunțat la ultimul stadiu și primele cinci rămase s-au identificat cu modelul transteoretic.

Modelul transteoretic se bazează pe principiul necesității de a identifica stadiul în care se găsește un individ, în raport cu schimbarea comportamentului asociat cu un anumit risc și accentuarea intervenției pe

acele procese care sunt specifice stadiului respectiv (Conner & Norman, 1999). Este important de menționat că modelul nu este liniar, ci mai degrabă ciclic. Schimbarea nu este unidirecțională, revenirile la faze anterioare fiind foarte probabile, fără ca progresul să fie întrerupt.

Prin natura lui, modelul este descriptiv și nu explicativ. El presupune că factorii determinanți ai schimbării au fost deja identificați. Mai mult, se concentrează pe individ, fără a lua în considerare influența factorilor structurali sau de mediu care influențează comportamentul. Meritul modelului stadial este că pune în evidență faptul că succesul unei intervenții pentru schimbare trebuie să aibă în vedere mai multe stadii, în fiecare dintre acestea fiind specifice anumite cogniții. În lumina rezultatelor empirice, un model integrativ al schimbării ar trebui să ia în considerare cel puțin patru stadii și adaptarea corespunzătoare a strategiilor de educație pentru sănătate.

III.7. CONCLUZII

Conceptele și modelele prezentate aici sunt dintre cele mai influente și mai des aplicate în promovarea sănătății. Ele nu sunt perfecte, dar au meritul de a arăta că intervențiile pentru schimbarea comportamentului, pentru a fi eficiente și eficace, trebuie planificate foarte atent luând în considerare evidențe despre cei mai sensibili predictorii ai comportamentului. Desigur, urgența intervențiilor pentru depășirea unor probleme de sănătate în comunitate nu permite un studiu elaborat, măsurile decise bazându-se pe principii universale și nu pe dovezi specifice. Este de la sine înțeles, că aceste situații nu pot fi evitate, dar este de preferat ca aceasta strategie (intervenții bazate pe principii universale) să se limiteze la situații de criză și să nu se generalizeze în practica curentă a promovării sănătății.

CAPITOLUL IV

MANAGEMENTUL DE PROIECT

Dr. Mihai Corciova

Scop: Familiarizarea cursanților cu noțiuni de bază în managementul de proiect și cu abilitățile necesare unui manager de proiect.

Managementul de proiect reprezintă o disciplină aparte, în cadrul căreia resursele specifice sunt organizate de așa natură încât acestea contribuie la desfășurarea tuturor activităților necesare pentru a finaliza un proiect, respectând scopul formulat, timpul alocat și constrângerile de ordin financiar.

Un proiect reprezintă un proces irepetabil, bine localizat în timp care conduce la crearea unui produs sau serviciu unic. Această caracteristică, de a fi irepetabil și localizat în timp, contrastează cu definirea termenului de proces, care reprezintă o succesiune de activități permanente sau semi-permanente, care duc la crearea aceluiași serviciu sau produs de nenumărate ori. Managementul acestor două sisteme este deseori foarte diferit, necesitând o varietate de abilități tehnice precum și abordări filozofice diferite.

IV.1. ISTORIA MANAGEMENTULUI DE PROIECT

Ca disciplină, managementul de proiect a apărut ca dezvoltare derivând din diferite domenii, cum ar fi construcțiile, ingineria mecanică, proiecte militare, etc. În SUA precursorul managementului de proiect este Henry Gantt (1861-1919), denumit “parintele planificării și al tehnicilor de control”, care este bine cunoscut pentru utilizarea graficului de management care îi poartă numele (dezvoltat în 1910), și ca asociat teoriilor de management științific ale lui Frederick Winslow Taylor, precum și pentru studiile sale asupra managementului construcțiilor navale. A mai dezvoltat o serie de instrumente care se regăsesc în managementul modern, inclusiv modalități de divizare a muncii și de alocare a resurselor.

Graficul Gantt ilustrează începutul, sfârșitul proiectului, precum și un sumar al elementelor incluse în proiect, toate încadrate în timpul alocat desfășurării. Începând cu anii 1980, în epoca computerului, utilizarea graficului a fost mult ușurată prin facilitățile tehnice existente.

În prezent, graficul Gantt a devenit o tehnică larg folosită pentru a reprezenta fazele și activitățile unui proiect astfel încât să poată fi înțeles de un auditoriu mai larg.

Deși este o reprezentare comprehensivă pentru un proiect de dimensiuni relativ reduse, el poate să devină greoi pentru proiecte cu mai mult de 30 de activități.

De asemenea, în grafic, pot fi comunicate relativ puține informații per activitate, fiind proiecte care sunt mult mai complexe decât se poate înregistra într-un grafic Gantt. Acesta poate reprezenta doar o parte a celor 3 constrângeri majore ale unui proiect (scop, timp, finanțe), deoarece focalizarea este în primul rând pe succesiunea în timp a activităților.

Schematic, organizarea unui eveniment (de. Ex. Conferință de presă) poate arăta astfel:

		Săptămâni de proiect				
	Activitatea 1 – organizarea conferinței de presă	1	2	3	4	5
1	Dezvoltarea comunicatului de presă și a dosarului de presă, obținerea consensului tuturor instituțiilor implicate în proiect	X				
2	Stabilirea listei de distribuție a comunicatului	X				
3	Stabilirea datei când va avea loc manifestarea, agendei manifestării, stabilirea invitațiilor și realizarea invitațiilor	X				
4	Identificarea locației unde va avea loc manifestarea, ținând cont de numărul estimat de participanți, de accesibilitatea și relevanța locației		X			
5	Trimiterea invitațiilor și		X			

	obținerea confirmărilor de participare					
6	Multiplicarea materialelor care vor fi distribuite			X		
7	Stabilirea vorbitorilor sau a facilitatorilor, în funcție de agendă			X		
8	Derularea evenimentului				X	
9	Diseminarea comunicatului de presă și altor instituții decât cele prezente la eveniment				X	
10	Monitorizarea presei pentru a evidenția impactul				X	X

Activitatea exemplificată mai sus poate apărea și ea într-un grafic Gantt, alături de alte activități care contribuie la atingerea obiectivelor stabilite.

		Luna de proiect				
	Activități	1	2	3	4	5
1	Enunț Activitate 1	X				
2	Enunț Activitate 2	X				
3	Enunț Activitate 3	X				
4	Enunț Activitate 4		X			
5	Etc.		X			

În acest fel poate fi evidențiată succesiunea activităților în timp, precum și termenul limită pentru fiecare activitate

Introducerea unui număr mai mare de variabile poate face graficul greu de utilizat și, în plus, nu poate da o imagine reală asupra amplitudinii unor activități comparativ cu altele. Fiecare activitate poate avea în spate un plan de implementare încărcat, ceea ce nu se reflectă în imaginea de ansamblu.

Anii 50 marchează începutul erei moderne în management de proiect. Înainte de 1950, în SUA, proiectele erau manageriate pe soluții găsite ad-hoc, utilizând de regulă diagrama Gantt, precum și instrumente și tehnici informale.

În acea perioadă au fost dezvoltate 2 modele de programare a proiectelor "Tehnica de evaluare și revizuire de program" ([Program Evaluation and Review Technique](#) PERT), dezvoltată ca parte a programului

SUA Polaris pentru rachete submarine (în parteneriat cu [Lockheed Corporation](#)) și metoda "[Critical Path Method](#)" (CPM) dezvoltată de [DuPont Corporation](#) și [Remington Rand Corporation](#) pentru managementul proiectelor de întreținere a fabricilor. Aceste tehnici matematice au fost preluate rapid de o serie întreagă de companii private.

În 1969 apare Institutul de Management de Proiect - Project Management Institute (PMI) care are ca scop deservirea intereselor proiectelor industriale. Premiza de la care pornește PMI este că instrumentele și tehnicile de management de proiect sunt comune unei mari diversități de proiecte, pornind de la industria software până la cea de construcții.

În 1981 PMI autorizează dezvoltarea a ceea ce a devenit Ghidul esențialului de cunoștințe pentru management de proiect *The Guide to the Project Management Body of Knowledge*; conținând standarde și linii directoare de o largă utilizare în practică.

IV.1.1. Abordarea tradițională

O abordare tradițională este de a identifica o serie de pași care trebuie parcurși. În acest context, se definesc 5 componente de proiect (4 stadii, plus cel de control) în ciclul de dezvoltare a unui proiect:

1. faza de inițiere de proiect;
2. faza de planificare sau de design de proiect;
3. faza de execuție sau de produs;
4. faza de monitorizare și sisteme de control;
5. faza de încheiere.

Nu în toate proiectele este necesară parcurgerea tuturor stadiilor de proiect, iar în unele proiecte unele faze sunt multiple.

În numeroase ramuri ale industriei se utilizează o variație a acestor stagii. De ex., în designul materialelor de construcție, proiectele de regulă trec prin stadiile de pre-planificare, design conceptual, dezvoltare de design, planuri de construire și de administrare de construcție. În dezvoltarea de soft-uri, această abordare este cunoscută sub numele de RUP (Rational Unified Process) sau altfel spus, dezvoltare în cascadă, adică o serie de activități dezvoltate într-o secvență lineară. Această dezvoltare poate fi potrivită pentru proiecte bine definite, de mică anvergură, dar pentru proiecte mai ample, este mai puțin potrivită.

Chiar dacă numele diferă, aceste stadii urmează pași comuni în rezolvarea problemelor, cum ar fi definirea problemei, cântărirea opțiunilor, alegerea unei căi, implementarea și evaluarea.

IV.1.2. Management bazat pe proces (flexibil)

Acest tip de management se bazează pe principiile interacțiunii umane, iar proiectul este văzut ca o serie de activități, de dimensiuni relative reduse, concepute și executate în funcție de situație, într-o manieră adaptativă și nu ca un proces pre-planificat:

- produsul trebuie să satisfacă atât finanțatorul cât și utilizatorul;
- produsul să funcționeze așa cum a fost conceput să funcționeze;
- să respecte standarde de calitate.

IV.2. PROIECTUL

Un proiect reprezintă o serie de activități al căror scop este de a realiza un obiectiv specific într-o perioadă bine definită de timp și având un buget clar definit.

În cadrul unui proiect trebuie să existe :

- o identificare clară a grupului țintă și a beneficiarilor finali;
- o definiție clară a procesului de coordonare, a sistemului de management și a celui financiar;
- un sistem de monitorizare și evaluare;
- o analiză financiară corespunzătoare prin care să se arate faptul că beneficiile proiectului depășesc costurile sale.

Tipuri de proiect

Există o mare varietate, în funcție de obiectivele propuse și de amplitudine:

- proiecte de mică amplitudine, implicând resurse financiare reduse și având durată de câteva luni
- proiecte ample, implicând milioane de euro și având durata de ani de zile.

Pentru a se putea răspunde acestei diversități, este important ca sistemul de management al unui ciclu de proiect să conțină instrumente standardizate care să poată fi aplicate într-o manieră flexibilă.

IV.3. RELAȚIA DINTRE PROIECTE, PROGRAME ȘI POLITICI

Proiectele de regulă sunt încadrate într-un context mai larg, fiecare în parte putând avea ca scop contribuirea la atingerea unor obiective mai largi într-un context coordonat care poartă denumirea de program.

Un program poate:

- acoperi un întreg sector (de ex. Programul de reformă în sănătate);
- acoperi doar o parte a unui sector de sănătate (de ex. PN3);
- poate defini un proiect de dimensiuni foarte mari incluzând un număr de diferite componente.

Obiectivele unui proiect au ca scop contribuirea la realizarea obiectivelor unui program care are la randul lui ca scop implementarea unor politici sectoriale.

IV.3.1. Puncte slabe ale abordării de tip proiect

Această abordare a permis de-a lungul timpului un răspuns corespunzător necesităților de raportare a finanțatorilor.

Problemele care au fost identificate referitor la această abordare de tip clasic au devenit din ce în ce mai evidente, și anume:

- Lipsa sentimentului de apartenență locală a proiectului, cu impact negativ asupra autosusținerii lui;
- Numărul mare de proiecte de diferite categorii, finanțate de diferiți donatori fiecare având alt sistem de raportare a îngreunat mult activitatea recipienților;
- Stabilirea unui sistem separat de management, financiar, de monitorizare și raportare deseori a subminat dezvoltarea capacității locale în aceste domenii, în loc să o îmbunătățească;
- Abordarea de tip proiect a încurajat o perspectivă limitată în utilizarea fondurilor, fără a se lua în considerație coordonarea și complementaritatea (fungibilitatea).

Conceptul de fungibilitate a resurselor financiare se bazează pe principiul care permite partenerilor guvernamentali să re-direcționeze resursele financiare, pornind de la premiza că aceștia și-ar fi utilizat resursele pentru realizarea proiectului respectiv și dacă nu ar fi apărut resursele donatorilor.

În acest context, efectul total al sprijinului donatorilor depinde de modul în care guvernul folosește aceste resurse eliberate și nu de proiectul sau programul specific finanțat de donator.

Comunitatea Europeană și statele membre au decis să crească în mod semnificativ această abordare și să descrească progresiv nivelul de fonduri destinate finanțării de proiecte. Ca mecanisme, sunt transferurile bugetare și suport pentru programe sectoriale. Aceste mecanisme nu pot fi utilizate de ONG-uri.

În afară de cerințele financiar contabile, în cadrul proiectelor se va pune mai mult accent pe rezultate și responsabilitatea locală a implementatorilor.

Ciclul operațional de proiect implică 4 faze: Programare, Identificare, Formulare - Implementare, Evaluare & Audit

Acest ciclu subliniază trei principii de bază:

1. Criteriile de luare a deciziilor, precum și procedurile sunt definite la fiecare fază (inclusiv criteriile de evaluare a calității);
2. Fazele ciclului sunt progresive, fiecare dintre ele trebuie terminată pentru a fi abordată următoarea;
3. Identificarea unui nou proiect în același domeniu se bazează pe rezultatele monitorizării și evaluării unui proiect precedent.

Durata și importanța fiecărui fază poate varia de la un proiect la altul, în funcție de tipul său.

Asigurarea unei perioade de timp și de resurse corespunzătoare identificării și formulării proiectului sunt vitale în design și implementare eficientă de proiecte relevante și fezabile.

IV.3.2. Managementul ciclului de proiect

Este un termen utilizat pentru a descrie activitățile manageriale și procedurile de luare a unei decizii utilizate pe parcursul ciclului de viață a unui proiect – inclusiv sarcini cheie, roluri, responsabilități, documente cheie și obținuți decizionale.

În prezent, abordarea de Cadru Logic (*Logical Framework Approach – LFA*) este utilizată de majoritatea agențiilor multilaterale și bilaterale, precum și de ONG-urile internaționale și parteneri guvernamentali. Acesta este un instrument managerial analitic extrem de eficient atunci când este folosit așa cum trebuie.

Nu este și un substituent al experienței profesionale și trebuie completat prin aplicarea unor alte instrumente specifice, cum ar fi analiza financiară, economică, evaluarea impactului de mediu etc., în funcție de tipul de proiect.

Puncte tari și probleme curente în aplicarea LFA

Elementul	Puncte tari	Probleme curente, dificultăți
Analiza problemei și stabilirea obiectivelor	<p>Implică o analiză sistematică a problemelor, inclusiv a relațiilor cauză – efect.</p> <p>Furnizează legatura logică.</p> <p>Plasează proiectul într-un context mai larg.</p> <p>Încurajează examinarea riscurilor și asumarea responsabilităților rezultatelor.</p>	<p>Obținerea consensului asupra problemelor prioritare.</p> <p>Obținerea consensului asupra obiectivelor proiectului.</p> <p>Reducerea obiectivelor la un lanț simplu, linear;</p> <p>Un grad de detaliu inadecvat (prea mare, prea mic).</p>
Indicatori și surse de identificare	<p>Necesită analiza modalității de a măsura atingerea obiectivelor, atât cantitativ cât și calitativ.</p> <p>Ajută la îmbunătățirea clarității și a specificității obiectivelor.</p> <p>Ajută la stabilirea cadrului de monitorizare și evaluare.</p>	<p>De a găsi indicatori măsurabili și practici pentru obiective și pentru proiecte care dezvoltă capacitatea.</p> <p>Stabilirea de ținte nerealiste care să fie atinse prea devreme.</p> <p>Utilizarea rapoartelor de proiect ca principale surse de informații, fără a detalia de unde provine informația, cine să o colecteze și cât de frecvent.</p>
Formatul aplicației	<p>Leagă analiza problemei de stabilirea obiectivelor.</p> <p>Evidențiază importanța analizei</p>	Dacă este dezvoltată mecanic, ca un

	instituțiilor/persoanelor cheie responsabile pentru a stabili a cui este problema și cine este beneficiarul.	proces birocratic, fără a fi legat de analiza problemei, stabilirea obiectivelor și alegerea strategiei. Dacă este aplicată prea rigid reprezintă doar o formă de control. Devine formă fără conținut.
--	--	---

LFA este un proces analitic, implicând analiza instituțiilor, partenerilor, analiza problemei, stabilirea obiectivelor și selectarea strategiei, în timp ce Matricea Logică (Logical Framework Matrix -LFM) documentează produsul rezultat în urma procesului analitic.

LFM constă într-un tabel care sumarizează elementele cheie ale planului proiectului:

- Ierarhia obiectivelor proiectului (descrierea proiectului sau logica intervenției);
- Factori externi critici pentru succesul proiectului;
- Felul în care realizările proiectului vor fi monitorizate și evaluate (indicatori și surse de verificare).

LFM reprezintă și baza de calculare a resurselor necesare (inputs) și a costurilor (buget).

O structură tipică de LFM poate arăta astfel

Descrierea proiectului	Indicatori	Sursa informațiilor	Prezumpții
Obiectivul general - contribuția proiectului la implementarea unei politici sau la obiectivul unui program (impact)	Cum va fi măsurat obiectivul general, inclusiv în termeni cantitativi, calitativi și de timp?	Cum va fi informația colectată, când și de către cine?	

Scopul – beneficii directe către grupul țintă	Cum va fi măsurat scopul, inclusiv în termeni cantitativi, calitativi și de timp?	Cum va fi informația colectată, când și de către cine?	Dacă scopul va fi atins, care este prezumția în baza căreia se atinge obiectivul general?
Rezultate – produse fizice sau servicii rezultante ale proiectului	Cum vor fi măsurate rezultatele, inclusiv în termeni cantitativi, calitativi și de timp?	Cum va fi informația colectată, când și de către cine?	Dacă rezultatele sunt obținute, care este prezumția în baza căreia se atinge scopul?
Activități – sarcini ce trebuie îndeplinite pentru a produce rezultatele dorite			Dacă activitățile sunt realizate, care este prezumția în baza căreia se ating rezultatele?

IV.4. INSTRUMENTE

Analiza SWOT (strengths, weaknesses, opportunities and threats)

Analiza SWOT este utilizată pentru analiza punctelor interne slabe și tari ale unei organizații precum și oportunitățile externe și amenințările cu care se confruntă. Poate fi folosită fie ca un instrument pentru o analiză generală, fie într-o situație particulară cu care se confruntă instituția respectivă.

Analiza SWOT se efectuează de regulă cu ocazia parcurgerii a trei etape:

1. Se elaborează idei despre punctele tari și slabe interne ale unei organizații sau a unui grup țintă precum și despre oportunități și amenințări externe;
2. Se analizează situația prin perspectiva modalităților prin care organizația sau grupul respectiv pot depăși slăbiciunile identificate iar oportunitățile pot fi folosite pentru a minimaliza amenințările;

3. Se formulează o strategie pentru a face îmbunătățirile necesare (și ulterior se dezvoltă strategia utilizând alte instrumente de planificare analitică).

Diagramele Venn

Diagramele Venn sunt create pentru a analiza și ilustra natura relațiilor dintre diferite grupuri cheie. Reprezentarea grafică prin cercuri și dimensiunile lor, permit indicarea tăriei și a eventualelor influențe ale fiecărui grup sau organizație, în timp ce distanțele indică tăria sau slăbiciunea relațiilor de muncă dintre diferite grupuri sau organizații.

Diagramele Venn sunt utilizate, de regulă, ca un instrument participativ de planificare cu grupurile țintă, cu ajutorul cărora acestea reliefează conceptual lor asupra relațiilor existente.

Diagramele Venn pot fi utilizate și pentru analiza și sublinierea potențialelor conflicte dintre diferite grupuri.

Arborele problemei (Problem Tree)

Crearea unei reprezentări schematice a unei probleme reprezintă o abordare participativă, de grup, participanții fiind persoanele care vor fi beneficiarii unui proiect. Este un instrument care permite identificarea problemelor precum și a cauzelor acestora.

Comportă o serie de pași care necesită facilitarea:

Pasul 1: Efectuarea unui brainstorming în cadrul căruia se listează problemele pe care participanții le consideră a fi prioritare legate de o anumită temă sau context (care pot fi identificate în prealabil prin analiză sau interviuri).

Pasul 2: Dintre problemele identificate, se alege o problemă cheie.

Pasul 3: Se identifică problemele adiacente problemei principale

Pasul 4: Se începe ierarhizarea cauzelor și efectelor:

- Problemele care contribuie direct la problema identificată, se pun în baza diagramei
- Problemele care reprezintă efectul problemei identificate, se pun deasupra

Pasul 5: Toate problemele se împart la fel, pornind de la întrebarea ‘Ce a cauzat aceasta?’

Dacă există două sau mai multe cauze care produc combinat același efect, acestea se vor pune pe același nivel.

Pasul 6: Se vor lega problemele de cauze și efecte prin săgeți, pentru a arăta clar legăturile.

Pasul 7: Se va revizui diagrama și se va verifica veridicitatea ei. Se va completa în funcție de necesități.

Pasul 8: Se va transcrie diagrama și se va distribui participanților.

Această diagramă, în momentul în care va fi completă, va reprezenta un sumar al situației negative existente.

Sisteme de control

Sistemele de control reprezintă acele elemente care mențin proiectul în direcția dorită în cadrul unui timp și buget alocat. Aceste sisteme sunt incluse în proiect din fazele inițiale, de planificare, mergând până la sfârșitul proiectului. Fiecare proiect trebuie evaluat pentru a avea un nivel de control echilibrat, prea mult control consumând prea mult timp, prea puțin putând duce la surprize costisitoare.

Sistemele de control sunt necesare pentru a evalua costurile, riscurile, calitatea, comunicarea, timpul, schimbarea produsă, precum și resursele umane.

Un plan formal de dezvoltare de sisteme de control subliniază:

- o strategie de aliniere cu obiectivele organizatiei;
- standarde pentru noile sisteme;
- politici manageriale de proiect pentru încadrare în timp, bugetare;
- proceduri de descriere a procesului.

Este necesar să existe sisteme de control pentru ca produsul final să fie conform specificațiilor agreeate în proiect.

IV.5. MANAGERUL DE PROIECT

Un proiect reprezintă un set de activități selectate cu grijă, astfel încât să utilizeze resursele (timp, bani, materiale, spații, reserve, comunicare, calitate, riscuri, etc) pentru atingerea unor obiective predefinite.

Un manager de proiect poate avea două abordări legate de un proiect:

- Prima, este cea de a asigura realizarea proiectului în contextul constrângerilor incluse în proiect (timp, resurse etc.)
- A doua, mai ambițioasă, este de a optimiza alocările și integrarea activităților necesare atingerii obiectivelor pre-definite.

Indiferent de câmpul/domeniul în care funcționează, un manager de proiect trebuie să aibă capacitatea de a vizualiza întregul proces, de la început la sfârșit, și să aibă abilitatea de a se asigura că această viziune este atinsă.

Toate proiectele sunt executate în condițiile existenței unor constrângeri care, în mod tradițional, au fost listate ca fiind cele legate de scop, timp și cost. Acestea trei se regăsesc în formula denumită “triunghi al constrângerilor”, în care nici o latură nu poate fi modificată fără a avea impact asupra celorlalte. Dezvoltările ulterioare conceptuale duc la o separare a calității sau a performanței produsului de scop, și astfel apare calitatea ca fiind a patra constrângere.

- Constrângerile de timp se referă la timpul disponibil pentru terminarea unui proiect
- Constrângerile de cost se referă la suma bugetată pentru proiect
- Constrângerile de scop se referă la ceea ce trebuie făcut pentru a realiza produsul final al proiectului.

Deseori aceste constrângeri sunt competitive:

- creșterea scopului ar determina creșterea timpului și a bugetului,
- o constrângere legată de timp ar putea crește costul și diminua scopul,
- o constrângere bugetară ar putea duce la creșterea timpului și diminuarea scopului.

Disciplina managementul de proiect oferă instrumentele și tehnicile care abilitază echipa de proiect (nu numai pe managerul de proiect) ca să-și organizeze munca de așa natură încât să depășească aceste constrângeri.

Timpul – delimitat pentru fiecare componentă de proiect și care mai departe poate fi detaliat pentru fiecare activitate, pentru a demonstra durata de realizare a fiecărui component.

Costul – depinde de o serie de variabile legate, de regulă, de consultanțele necesare, costuri de materiale, echipament, transport etc.

Scopul – are ca o componentă majoră calitatea produsului final. Timpul alocat unor activități determină calitatea generală a proiectului. Într-un proiect de anvergură mai mare, calitatea poate avea un impact semnificativ asupra timpului alocat și asupra costurilor de proiect.

Tipuri de activități în managementul de proiect

<ul style="list-style-type: none"> • Coordonarea activităților • Controlul execuției de proiect • Identificarea și raportarea progresului • Analiza rezultatelor bazată pe relizări • Definierea produselor rezultate în proiect 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificarea activităților • Analiză și design al obiectivelor • Evaluarea și minimalizarea riscurilor • Estimarea resurselor • Alocarea resurselor • Organizarea activităților • Atragerea resurselor umane și
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Estimarea tendințelor de proiect • Managementul calității 	materiale <ul style="list-style-type: none"> • Desemnarea de responsabilități
--	---

Toate proiectele de succes au documentat într-un mod adecvat atât obiectivele, cât și produsele rezultante. Aceste documente reprezintă mecanismul de aducere pe aceeași linie, într-un mod transparent, a finanțatorilor, beneficiarilor și a echipei de proiect.

Tipuri de documente-instrumente folosite de un manager de proiect: termeni de referință, plan de muncă, plan de management al riscului, plan în comunicare, plan de managementului al resurselor, programul proiectului, matrix al responsabilităților etc..

Cele 10 calități ale unui bun manager

În ultimii ani, ESI Internațional, lider în formarea pentru management de proiect, a realizat o listă a calităților necesare, bazându-se pe răspunsurile date de cei mai talentați manageri de proiect care au absolvit cursurile lor.

1. Are și transmite o viziune

Un lider eficient de proiect este deseori descris ca fiind o persoană care are o imagine asupra direcției în care se îndreaptă și care are capacitatea de a articula acest lucru. Prin aceasta îi ajută pe cei din jur să-și creeze propria lor viziune și să înțeleagă ce înseamnă aceasta viziune în contextual activității lor profesionale și, chiar mai mult, al vieții lor personale. Mai mult, îi determină să înțeleagă în ce măsură viziunea lor personală se încadrează în viziunea organizațională.

2. Are abilități de comunicare

Abilitatea de a putea comunica cu oamenii la toate nivelurile este cel mai frecvent citată ca fiind necesară managerului de proiect și membrilor echipei sale. Este necesară o buna comunicare pentru a transmite înțelegerea scopurilor, a responsabilităților, a performanțelor așteptate etc.

Managerul de proiect trebuie să știe să negocieze în mod eficient și chiar să utilizeze persuasiunea pentru a asigura succesul proiectului și al echipei sale. Managerul de proiect reprezintă, de asemenea, legătura între echipa sa și restul instituției din care face parte.

Utilizând o comunicare eficientă, managerul de proiect oferă suport individual și de echipă prin crearea de instrumente (cum ar fi liniile directe) atât pentru atingerea rezultatelor scontate, cât și pentru dezvoltarea profesională individuală.

3. Integru

Unul din cele mai importante lucruri pe care un manager de proiect trebuie să nu-l uite este că, acțiunile sale, și nu vorbele, sunt cele care determină un mod de operare al echipei sale. O responsabilitate a unui manager de proiect este de a crea standarde de bună practică și de a le respecta, recompensând în același timp și pe cei din echipă care le aplică.

Managerii care nu răspind decât propriilor interese nu servesc binelui comun al echipei. Managementul bazat pe integritate reprezintă un set de valori adoptate de întreaga echipă și puse în mod consistent în practică.

4. Entuziast

Pur și simplu, nu sunt plăcuți managerii de proiect, liderii care sunt negativiști. Oamenii își doresc conducători entuziaști, cu o atitudine pozitivă de a face lucruri, și nu dintre cei care dau 100 de motive pentru care nu pot fi făcute lucrurile.

Managerii, conducătorii entuziaști, sunt dedicați scopului asumat, iar această dedicație este exprimată prin entuziasm. Entuziasmul este contagios, iar liderii eficienți știu asta.

5. Empatic

Care este diferența între simpatie și empatie?

Deși sunt cuvinte asemănătoare, ele de fapt se exclud reciproc. Când este vorba de simpatie, persoana care o resimte este absorbită de propriile sentimente și trăiri pe care le proiectează asupra celeilalte persoane, nefiind preocupată de validitatea acestor trăiri la nivelul celeilalte persoane, în timp ce empatia presupune recunoașterea celeilalte persoane ca fiind diferită și având sentimente, idei, istorie emoțională proprii. Cu alte cuvinte, când arăți simpatie, este de fapt proiecția mea asupra celeilalte persoane, când este empatie, este o percepție a celeilalte persoane (Paul, 1970). După cum a remarcat un student, "este îmbucurător când un lider de proiect recunoaște că avem și viața noastră în afara proiectului."

6. Competent

Altfel spus, pentru a îmbrățișa cauza cuiva, trebuie să crezi că acea persoană știe ce face. Competența unui manager nu este obligatoriu cea legată de aspecte concrete, tehnologice, de exemplu. Managementul de proiect este în sine recunoscut ca o competență, iar managerii de proiect vor fi aleși în baza abilității lor de a conduce și nu în baza expertizei tehnice specifice legate de produsul unui proiect, așa cum se întâmpla în trecut.

A avea în CV un șir de proiecte de succes reprezintă, pentru un manager, modalitatea cea mai clară de a-și demonstra competența.

7. Are abilitatea de a delega responsabilități

Încrederea este un element esențial în cadrul relației managerului de proiect cu echipa sa. Încrederea este demonstrată prin acțiunile efectuate – cât de mult verifici munca celorlalți, cât de mult delegi și cât de mult permiți celorlalți să participe.

Cei care nu pot investi încredere în cei din jur, deseori eșuează, și rămân la nivelul de micro-manageri sau sfârșesc prin a face singuri toată treaba.

Dupa cum a spus un alt student, "un manager bun este și puțin leneș."

8. Acționează calm sub presiune

Într-o lume perfectă, proiectele se termină la timpul estimate, conform bugetului estimat, fără constrângeri majore sau obstacole care trebuie depășite. În realitate, apar probleme. Când un manager va fi confruntat cu o problemă stresantă, el poartă să o perceapă ca fiind interesantă, să simță că poate influența produsul final și o pot percepe ca pe o oportunitate. "Din incertitudine și haos al schimbării, un manager poate articula o nouă viziune care să conducă spre o bună realizare a unui proiect." (Bennis 1997). Și nu uitați, nu arătați când vă este greu...

9. Abilitatea de a consolida o echipă

O persoană care are această abilitate este caracterizată ca fiind puternică și care poate furniza liantul necesar menținerii unite a unei echipe pentru a realiza un scop comun. Pentru ca o echipă să poată progresa de la un grup de indivizi la o unitate coordonată, managerul trebuie să cunoască procesul ce trebuie urmat, precum și dinamicile aferente acestei transformări. Managerul trebuie să cunoască și să folosească un stil corespunzător de conducere pentru fiecare fază a transformării și în plus, trebuie să înțeleagă stilul fiecărui membru al echipei și cum să-l capitalizeze la momentul oportun pentru o sarcină dată.

10. Abilitatea de a rezolva probleme

Deți se spune că un manager eficient împarte problemele cu echipa, ne așteptăm totuși ca el să aibă aceste abilități. El are "un răspuns nou, creativ față de oportunități și nu are îngrijorări legate de modul în care alții ar face în locul său" (Kouzes 1987)

(adaptare după Timothy R. Barry)

IV.6. STANDARDE INTERNAȚIONALE ÎN MANAGEMENT

[*A Guide to the Project Management Body of Knowledge \(PMBOK Guide\) APM Body of Knowledge 5th ed.*](#) (APM - Association for Project Management (UK))

[PRINCE2](#) (*Projects IN a Controlled Environment*)

[P2M](#) (*A guidebook of Project & Program Management Enterprise Innovation*, Japanese third-generation project management method)

[V-Modell](#) (German project management method)

[HERMES](#) (The Swiss general project management method, selected for use in Luxembourg and international organizations)

Certificări profesionale

Au existat câteva încercări de a dezvolta standarde de management de proiect, cum ar fi:

[ISO 10006:1997](#), Quality management - *Guidelines to quality in project management*

[CPM](#) ([The International Association of Project & Program Management])

[ISEB Project Management Syllabus](#)

[JPACE](#) (Justify, Plan, Activate, Control, and End - The James Martin Method for Managing Projects (1981-present))

Literatură consacrată

Berkun, Scott (2005). [*Art of Project management*](#). Cambridge, MA: O'Reilly Media. [ISBN 0-596-00786-8](#).

Brooks, Fred (1995). *The Mythical Man-Month*, 20th Anniversary Edition, Adison Wesley. [ISBN 0-201-83595-9](#).

Heerkens, Gary (2001). Project Management (*The Briefcase Book Series*). McGraw-Hill. [ISBN 0-07-137952-5](#).

Kerzner, Harold (2003). Project Management: *A Systems Approach to Planning, Scheduling, and Controlling*, 8th Ed., Wiley. [ISBN 0-471-22577-0](#).

Project Management Institute (2003). [*A Guide To The Project Management Body Of Knowledge*](#), 3rd ed., Project Management Institute [ISBN 1-930699-45-X](#).

CAPITOLUL V

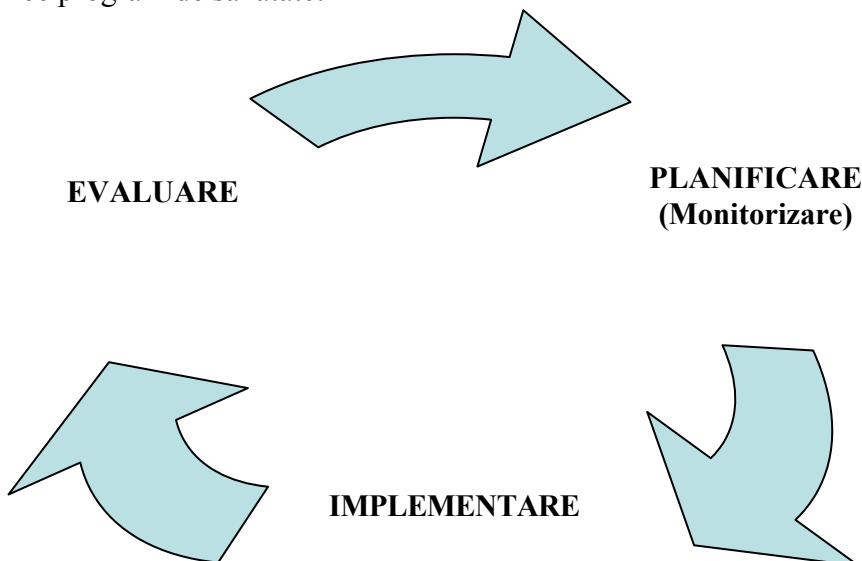
EVALUAREA ȘI MONITORIZAREA PROGRAMELOR DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII

Dr. Monica Pâslaru

Scopul acestui capitol este acela de prezenta, în vederea fixării și consolidării, informații referitoare la locul și rolul monitorizării - evaluării în ciclul de viață al unui program/proiect, importanța evaluării și a monitorizării, precum și diferențele dintre ele. Sunt prezentate, de asemenea, și noțiuni specifice M&E în cadrul programelor de promovare a sănătății, precum alegerea indicatorilor, evaluarea componentei mass- media.

V.1. LOCUL ȘI ROLUL MONITORIZĂRII ȘI EVALUĂRII ÎN CICLUL DE VIAȚĂ AL UNUI PROGRAM DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII.

Un program de promovare a sănătății are același ciclu de viață ca orice program de sănătate:



Evaluarea care are loc la începutul oricărui program poate fi: analiza situației, determinarea nevoilor, a factorilor care influențează starea de sănătate, a oportunităților de intervenție etc. **Planificarea derulării** programului/proiectului include de la început monitorizarea activităților și implicit urmărirea îndeplinirii diferiților indicatori stabiliți.

Implementarea programului constă în derularea activităților prevăzute. Monitorizarea și evaluarea permit ajustarea și asigurarea eficienței/eficacității activităților în vederea atingerii obiectivelor prevăzute.

Evaluarea (de rezultat) de la sfârșitul unui ciclu permite, pe de o parte să se demonstreze că obiectivele programului au fost atinse, iar pe de altă parte să stabilească noua situație și ce fel de intervenție este necesară în continuare.

După cum se observă monitorizarea și evaluarea au un loc bine stabilit și definit în conceperea, dezvoltarea și punerea în aplicare a oricărui program/proiect.

V.2. MONITORIZAREA ȘI EVALUAREA - DEFINIȚII

Există numeroase definiții ale monitorizării și ale evaluării. Iată câteva dintre acestea.

● **Monitorizarea** – definiții:

- Supervizarea și aprecierea timpului oportun pentru remedierea acțiunilor care se derulează defavorabil; este o parte a procesului de evaluare și se aplică încă din etapa de planificare (A.&Gr. Marcu 2000);
- Investigarea sistematică a meritului, valorii sau importanței unui obiect (MMWR, vol.48);
- Procesul prin care se determină dacă un program/aspecte ale acestuia sunt corespunzătoare, adecvate, eficiente sau dacă nu, cum pot să devină astfel.

● **Evaluarea** – definiții:

- Procesul sistematic și științific care determină măsura în care o activitate/set de activități au reușit să îndeplinească o serie de obiective pre-determinate;
- O judecată de valoare elaborată asupra unei intervenții, a unui serviciu sau a oricărei componente dintr-un program/proiect, care se bazează pe criterii sau norme – evaluarea normativă sau pe metode științifice în cadrul analizei aprofundate asupra unei componente specifice programului – cercetarea evaluativă (F. Champagne; R. Pineault);

- Evaluarea poate evidenția eventuale beneficii neașteptate sau apariția unor probleme neașteptate (Deniston et al. 1970).

Evaluarea (implicit monitorizarea care face parte din aceasta) urmărește să determine dacă o intervenție a fost:

- Eficientă – câte resurse (timp, personal, financiar etc) au fost folosite pentru atingerea obiectivelor propuse.
- Eficace - dacă au fost atinse obiectivele propuse.

Monitorizarea și evaluarea au atât avantajele, cât și dezavantajele lor:

AVANTAJE	DEZAVANTAJE
• Reducerea costurilor	• Pot fi costisitoare
• Asigură cele mai adecvate programe	• Necesită timp
• Posibilele greșeli sunt remediate	• Crează resentimente și stări de tensiune
• Permit ajustarea permanentă a programului	• Generează o cantitate mare de documente
• Monitorizează progresele înregistrate	• Necesitatea folosirii personalului cu expertiză în domeniu
• Identifică punctele tari și cele slabe	
• Feed-back din partea beneficiarilor	

Monitorizarea are drept scop să asigure succesul proiectului prin acumularea de informații utile în procesul de evaluare. Frecvent monitorizarea trece pe un plan secund în managementul programelor sau este confundată cu procesul de evaluare.

Evaluarea, la rândul său este folosită la planificarea/elaborarea programului/proiectului. În timpul desfășurării programului furnizează informații utile pentru ameliorarea, modificarea, continuarea programului. La terminarea proiectului, prin evaluare sunt determinate rezultatele și impactul programului.

V.3. TIPURI DE EVALARE

Există patru tipuri de evaluare:

- 1) Evaluarea formativă
- 2) Evaluarea de proces
- 3) Evaluarea de impact
- 4) Evaluarea rezultatului (outcome).

• **Evaluarea formativă** - este folosită în timpul conceperii/dezvoltării unui nou program/proiect. De multe ori nu este utilizată, ceea ce duce la lipsa unei referințe, atunci când se va efectua evaluare finală în vederea demonstrării utilității proiectului. Evaluarea formativă răspunde la următoarele întrebări:

- Care este problema de sănătate ?
- Care este populația țintă ?
- Care sunt cunoștințele, atitudinile și practicile la momentul zero al programului ?
- Care sunt canalele de comunicare cele mai utile programului/proiectului ?

• **Evaluare de proces** – începe să fie folosită în momentul demarării programului. Ea răspunde următoarelor întrebări:

- Implementarea programului este făcută respectând planul inițial ?
- Termenele stabilite sunt respectate ?
- Care sunt cauzele neconcordanțelor între planificare – implementare ?
- Cum pot fi remediate ?

• **Evaluarea de impact** – este folosită după ce programul a fost derulat pe o perioadă de timp, de obicei, în momentul atingerii unui punct de tranziție sau când este vorba de un program pe termen scurt. Evaluarea de impact răspunde următoarelor întrebări:

- În ce măsură scopul și obiectivele programului pot fi atinse ?
- Există schimbări ale nivelului de cunoștințe, ale atitudinilor și ale comportamentelor?
- În ce măsură există aceste modificări, în comparație cu.... ?
- Ce a determinat aceste modificări ?

• **Evaluarea de rezultat** (outcome) – este o formă mai sofisticată decât cele anterioare; se realizează la terminarea unui program/proiect, dar și atunci

când este considerată necesară, pe durata desfășurării programului. Evaluarea de rezultat răspunde următoarelor întrebări:

- A fost atins scopul final al programului ?
- A fost obținută o îmbunătățire în starea de sănătate a populației țintă ?
- Cât de eficientă a fost implementarea programului ?

Monitorizarea, parte a procesului de evaluare, este permanentă și se desfășoară în timpul derulării întregului program/proiect. Monitorizarea răspunde la următoarele întrebări:

- Ce se întâmplă ?
- De ce se întâmplă ?
- Ce se întâmplă este în concordanță cu planul /strategia ?
- Cum pot fi rezolvate problemele apărute ?

Monitorizarea poate fi efectuată prin:

- Observare
- Colectarea de date
- Eșantionare

Mijloace folosite pentru monitorizare

- Grafice Gantt
- Termene de execuție
- Stabilirea perioadelor de timp alocate unei activități
- Liste participanți

V.4. ETAPELE EVALUĂRII ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

1) Descrierea programului (modelul logic) - este o imagine de ansamblu a felului în care se derulează programul – teoria și ipotezele de lucru (assumptions) care stau la baza programului.

Acest model ne pune la dispoziție o “hartă” a programului, care evidențiază cum va funcționa acesta, care este ordinea de derulare a activităților, precum și cum pot fi atinse rezultatele dorite.

- **Clarificarea mandatului inițiativei**
- **Scopul: clar formulat, în termeni realiști și reflectând o problemă de sănătate publică**
- **Obiective: specifice, măsurabile, realiste (pot fi atinse), relevante, limită de timp (SMART).**

Pentru a se putea măsura rezultatul programului, trebuie specificat de la început:

- Grupul țintă;
- Ce comportament se dorește a fi schimbat și cum se va măsura această schimbare;
- Schimbarea propusă trebuie să fie fezabilă, realistă;
- Este nevoie de un punct zero (baseline) și % schimbării de comportament;
- Timpul în care se va obține schimbarea;
- Un singur comportament țintă per obiectiv.

- **Relaționarea cu alte inițiative, proceduri sau structuri**

2) Identificarea problemelor (teme) – în general există trei probleme principale în evaluarea unui program de promovare a sănătății: conceperea și dezvoltarea, punerea în aplicare și impactul. Astfel:

- Concept și design – una dintre cele mai frecvente probleme este aceea dacă programul a fost conceput respectându-se conceptele și principiile promovării sănătății;
- Implementare – întrebarea cea mai frecventă se referă la cât de eficient și eficace a fost implementat programul. De multe ori, un rezultat negativ este legat, mai degrabă, de o implementare defectuoasă decât de conceperea greșită a programului.
- Impact – de obicei evaluarea impactului ridică întrebări privitoare la măsura în care inițiativa a produs efectele scontate.

3) Dezvoltarea procesului de colectare a datelor - depinde, în primul rând, de temele proiectului și de alegerea beneficiarilor acestuia.

Decizia privind dezvoltarea procesului de colectare a datelor depinde de:

- Scopurile și obiectivele intervenției;
- Criteriile pentru îndeplinirea acestora cu succes;
- Indicatorii aleși;
- Perspectiva și nevoile diferiților beneficiari- participanți la program;
- Nivelul pentru care informațiile sunt culese.

4) Colectarea datelor – problemele ridicate la acest punct privesc respectarea riguroasă a procedurilor, într-o manieră etică. Confidențialitatea și nevoia de a folosi informații despre neparticipanții la proiect pot genera probleme.

5) Analiza și evaluarea datelor - include interpretarea datelor și compararea lor cu rezultatele propuse. De asemenea, este deschisă discuția privind datele calitative versus cele cantitative. Statisticile au diferite marje de eroare, iar numerele reprezintă numai o formă de indicator a unei probleme de sănătate publică, alături de cei calitativi care pot explica mai bine “de ce” și “cum”.

Este important ca beneficiarii programului să înțeleagă ce se compară, cu ce și motivul acestei comparații.

Nu în ultimul rând este important să se acorde o atenție deosebită modului de prezentare a informațiilor obținute, deoarece o prezentare prost pregătită poate distruge o activitate bine făcută și utilă.

6) Recomandările - trebuie să acopere schimbările imediate, să clarifice ce este folositor dintre rezultatele obținute.

7) Diseminarea rezultatelor - este foarte importantă pentru că orice evaluare își găsește utilitatea finală în măsura în care un număr cât mai mare de persoane cunosc rezultatele pozitive, provocările și lecțiile învățate în urma desfășurării unei intervenții. Rezultatele trebuie să ajungă atât la cei care au participat la conceperea, dezvoltarea și punerea în practică a intervenției, cât și la decidenți.

V.5. ALEGEREA INDICATORILOR

Un program este evaluat ca fiind de succes în funcție de îndeplinirea indicatorilor aleși . De aceea este foarte important ca indicatorii să reflecte cât mai adecvat obiectivele propuse, în funcție de timpul acordat desfășurării programului, precum și de bugetul alocat. Astfel:

• Nivelul de cunoștințe

Avantaj: este ușor de măsurat la terminarea unei intervenții

Dezavantaj: îmbogățirea cunoștințelor NU implică automat modificări comportamentale și NU sunt întodeauna convingătoare pentru decidenți.

• Comportament

Avantaj: ne putem aștepta la modificarea unui comportament pe timpul derulării unui program; modificarea unui comportament măsoară impactul programului.

Dezavantaj: valoarea sa depinde de cât de relevant este comportamentul respectiv într-o anumită problemă de sănătate.

• Starea de sănătate

Avantaj: schimbarea favorabilă a acesteia este cea mai convingătoare pentru decidenți, deci programul este privit ca un succes și asigură fonduri viitoare.

Dezavantaj: îmbunătățirea stării de sănătate se produce pe termen mediu/lung și există o multitudine de factori care o influențează. Din această cauză este dificil de a pune îmbunătățirea stării de sănătate pe seama unei anumite intervenții.

V.6. EVALUAREA COMPONENTEI MASS-MEDIA

Mass-media reprezintă una din cele mai folosite căi pentru a transmite mesaje în vederea schimbării cunoștințelor, atitudinilor și comportamentelor care determină o anumită problemă de sănătate publică. De aceea este necesar să ne oprim și asupra evaluării componentei mass-media din cadrul programelor de promovare a sănătății.

Indicatori pentru evaluarea pe TERMEN SCURT:

- Câte persoane au văzut/auzit/citit mesajul
- Câte persoane își pot aminti mesajul cheie
- Care a fost reacția lor imediată
- Câte persoane au găsit mesajul credibil

Indicatori pentru evaluarea pe TERMEN MAI LUNG:

- Câte persoane își mai pot aminti mesajul
- Câte persoane au acceptat mesajul ca adevărat
- Câte persoane și-au schimbat comportamentul
- Alt tip de impact (prezervative, medicamente..)

Metode folosite pentru evaluarea componentei mass-media:

- Studii calitative – focus grup
- Studii/cercetări asupra populației generale, medici, farmaciști
- Răspunsuri primite de la ascultători, cititori
- Monitorizarea vânzărilor de medicamente, preservative etc.
- Utilizarea serviciilor

V.7. DIFERENȚELE DINTRE MONITORIZARE ȘI EVALUARE

MONITORIZARE	EVALUARE
<p>Răspunde la aceste întrebări:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ce se întâmplă cu logistica/formarea... • De ce (greșeli, pași neacoperiți) • Care sunt rezultatele pe moment • Cum pot fi remediate întârzierile, greșelile etc 	<p>Răspunde la aceste întrebări:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Care este rezultatul intervenției • Ce schimbare de comportament a intervenit • Care parte a publicului țintă a adoptat un comportament nou • De ce a fost adoptat noul comportament • Care este impactul asupra stării de sănătate a publicului țintă
<p>Își propune să:</p>	<p>Își propune să:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • corecteze, reorienteze sau să redefinescă sistemele de punere în aplicare • reajusteze strategia de comunicare sau mesajele 	<ul style="list-style-type: none"> • demonstreze impactul comunicării pentru sănătate • determine nivelul adoptării unui comportament • determine impactul asupra stării de sănătate

În ceea ce privește responsabilitățile personalului și momentul în care sunt efectuate, există diferențe remarcabile între monitorizare și evaluare:

MONITORIZARE	EVALUARE
<ul style="list-style-type: none"> • Incepe o data cu punerea în practică a unei strategii de comunicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Precede punerea în aplicare a unei strategii
<ul style="list-style-type: none"> • Datele sunt colectate periodic, conform unui grafic prestabilit 	<ul style="list-style-type: none"> • Datele sunt colectate după o perioadă mai mare de 1 -2 ani, pentru a se face comparația post - intervenție
<ul style="list-style-type: none"> • Este efectuată de cei care implementează și activitățile 	<ul style="list-style-type: none"> • Colectarea datelor este planificată astfel încât să

de comunicare	existe un impact al intervenției
<ul style="list-style-type: none"> • Datele sunt analizate conform necesităților și folosite imediat pentru a corecta programul 	<ul style="list-style-type: none"> • Este efectuată de cei care nu sunt direct implicați în activitățile de comunicare pentru sănătate
	<ul style="list-style-type: none"> • Datele sunt analizate și folosite la nivel central după terminarea programului

V.8. PROBLEME FRECVENT ÎNTÂLNITE ÎN EVALUAREA PROGRAMELOR DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII

Problemele apar, tocmai, pentru că nu s-au respectat regulile privind conceperea unui program, pentru că indicatorii stabiliți nu au fost corect aleși, etc. Dar cea mai mare problemă apare datorită faptului că nu se acceptă că programele de promovare a sănătății sunt programe care trebuie să se desfășoare pe termen mediu – lung; numai în acest fel se pot observa acele schimbări de comportament care pot influența starea de sănătate a unui grup populațional. Aceste probleme duc la concepția greșită că programul de promovare a sănătății nu a fost eficient și nici eficace.

Într-un program de promovare a sănătății, obiectivele trebuie să fie stabilite în funcție de perioada de derulare a programului, iar în același timp trebuie să existe consecvență în alegerea problemelor de sănătate publică cărora se adresează acest tip de programe.

Problemele frecvente în evaluarea programelor de promovare a sănătății:

- Nu au fost stabilite obiective la începutul programului.
- Obiectivele stabilite nu sunt măsurabile.
- Nu există un studiu baseline (punctul zero).
- Nu există corelație între timpul/finanțarea programului și schimbarea de comportament urmărită.
- Nu sunt evidențiate/observate beneficiile neașteptate ale unor rezultate negative.
- Lipsa de impact este demonstrată dar motivele eșecului nu sunt cunoscute.
- Există impact demonstrat, dar acesta a apărut datorită altor cauze decât reușita programului.

CAPITOLUL VI

COMUNICAREA ÎN SĂNĂTATE

Psih. Iulia Iacob

Scopul acestui capitol este de însușire a noțiunilor teoretice referitoare la principiile de bază ale comunicării, funcțiile și regulile comunicării, stilurile de comunicare, ascultarea și relațiile interpersonale, noțiuni necesare dobândirii competenței de comunicare.

Cuvânt sau tăcere, surâs sau strângere de mână, privire caldă sau glacială – fie că vrem fie că nu vrem – totul semnifică și totul comunică.

Prima imagine care ne vine fără îndoială în minte atunci când se vorbește despre comunicare este aceea a unei săgeți plecând de la o persoană la alta. Săgeata evocă transmiterea intenționată a unui mesaj, cel mai adesea verbal, de la un emițător spre un receptor care, la rândul său, poate să devină emițător, și așa mai departe. Comunicarea se identifică deci, în vocabularul curent și în imaginarul cotidian, cu transmisia, dacă nu chiar cu ceea ce este transmis: informația.

Comunicăm pentru a ne transmite ideile, sentimentele, emoțiile, părerile, pentru a influența, pentru a ne corela între noi, pentru a putea munci, pentru a ne socializa.

Faptul că nu putem comunica direct gândurile, acestea trebuind mai întâi transpuse în simboluri verbale și neverbale, face comunicarea un proces extrem de complex cu nuanțe profunde de artă și știință.

Procesul de comunicare este adesea asemănat cu un proces de input, procesare și output de informație.

Competența în "lucrul" cu informația, de orice natură ar fi ea, a devenit o cerință indiscutabilă pentru aproape orice profesie.

În acest context, complexitatea, specificul și implicațiile comunicării au făcut ca studiul acesteia să se facă separat pe profesii ca, de exemplu, comunicarea în jurnalistică, în drept, în medicină, în management, în arta etc. sau chiar pe domenii mai înguste în funcție de scopul comunicării, cum ar fi, de pildă, comunicarea specifică reclamei, promovării vânzărilor, relațiilor cu publicul sau cu mass-media.

Comunicăm informații, atitudini, sentimente, emoții, idei; comunicăm pentru a informa, a convinge, a impresiona, a determina acțiunea cuiva sau doar pentru amuzament.

Comunicarea este un proces extrem de complex: ea se realizează prin intermediul mai multor feluri de limbaje, poate fi perturbată de diferiți factori, depinde de contextul în care are loc, este specifică fiecărui individ, poate avea loc la diferite niveluri.

VI.1. COMUNICARE ȘI COMPETENȚĂ DE COMUNICARE

Axiomele comunicării formulate de Școala de la Palo Alto inițial în scop terapeutic au sistematizat principalii parametri ai comunicării eficiente (verbale și non-verbale) precum și posibilele distorsiuni, derapaje.

Principiile de bază ale comunicării în viziunea școlii de la Palo Alto sunt:

1. *Nu se poate să nu comunici.*
2. *Comunicarea comportă un conținut și o relație a cărei natură convivială facilitează transmiterea conținutului sau, dimpotrivă, în cazul agresivității, blochează pur și simplu circuitul comunicativ.*
3. *Secvențele de comunicare, fără început și final univoc detectabil, comunicarea fiind un proces circular continuu, sunt segmentate în cauze și efecte sau stimuli și răspunsuri de către participanții la interacțiune în scopul interpretării. De obicei, comunicarea este segmentată în conformitate cu sau în avantajul propriei imagini și nu în detrimentul acesteia. Într-o relație de comunicare profesională deficitară (patron indiferent/angajați neparticipativi), patronul consideră comportamentul său efect al apatiei angajaților, iar aceștia din urmă își justifică dezangajarea (efect) prin comportamentul neadecvat al patronului (cauză);*
4. *Comunicarea comportă relații simetrice sau complementare.*
5. *Comunicarea este ireversibilă.* Spre deosebire de procesele care au loc în alte sisteme, comunicarea este un proces cu sens unic (un mesaj o dată comunicat nu mai poate fi “șters”, ci, în cel mai bun caz, atenuat). Într-o situație de declarație publică (discurs difuzat prin mass-media) mesajele neadecvate pot avea grave consecințe naționale și internaționale, iar tentativele de explicare, justificare, reinterpretare nu fac decât să accentueze gafa (cf. și proverbul francez “Qui s’excuse s’accuse”);
6. *Comunicarea este în egală măsură digitală (materializată în semne verbale) și analogică (non verbală).* În cazul copiilor, bolnavilor

comunicarea analogică (surâs, gest de mângâiere) este mult mai importantă decât cea digitală.

Prezența simultană a celor două procese, unul bazat pe schimbul de semnale lingvistice și celălalt pe împărtășirea afectelor dinamitează vechile dispute privind prioritatea comportamentului sau cogniției asupra emoției, sau dimpotrivă, a emoției trăite asupra comportamentului. Reprezentările sunt capabile să producă afecte, după cum inducerea anumitor afecte generează reprezentări.

Competența de comunicare este rezultatul interacțiunii:

- competenței lingvistice;
- competenței socio-culturale;
- competenței enciclopedice și
- competenței generice.

Competența lingvistică explică posibilitatea vorbitorilor unei limbi naturale de a construi, recunoaște și înțelege frazele corecte ale acelei limbi, de a interpreta frazele ambigue, de a produce fraze inedite. Este vorba de o interiorizare a gramaticii (explicit sau implicit învățate) ce va permite subiectului să emită o judecată de gramaticalitate (corectitudine) și acceptabilitate (semantică) asupra mesajelor transmise.

În interacțiunea comunicativă reală, *competența socio-culturală* (raportul de forță, de statut) al interlocutorilor joacă de asemenea un rol deosebit de important.

Comunicarea comportă, după cum au stabilit antropologii Școlii de la Palo Alto, un conținut și o relație. Definirea relației subiacente conținutului, raportul de “putere” sunt esențiale în structurarea comunicării.

Un mare număr de raporturi sociale (profesor/elev, patron/subaltern, părinte/copil) sunt raporturi prestabilite, ce fixează identitatea socială, *rolurile și stilul de comunicare al protagoniștilor*.

Raportul de “putere” poate fi definit prin raportare la trei axe:

1. *Axa simetrie/asimetrie*. În raportul simetric interlocutorii se percep ca egali, își trimit mesaje “în oglindă” (este cazul prietenilor, colegilor). În raportul asimetric (ierarhic) pozițiile, atitudinile și mesajele sunt extrem de diferite. Raportul vertical cunoaște o poziție înaltă (șef, expert, profesor, părinte) și o poziție joasă (subaltern, neofit, elev, copil); pozițiile rezultă dintr-o *situație obiectivă* ca în cazul relației patron/subaltern sau dintr-o *situație subiectivă*: sentiment de inferioritate sau superioritate. Este foarte interesant de urmărit cum o

relație ierarhică glisează spre una complementară (raporturile bărbat/femeie sau părinte/copil).

2. *Axa distanță/proximitate*. Proximitatea caracterizează relațiile de intimitate, solidaritate. Distanța marchează relațiile cu necunoscuții, străinii, oficialitățile.
3. *Axa convergență/divergență* între protagoniști. Această polarizare se poate actualiza la nivelul opiniei (acord/dezacord), intereselor (cooperare/competiție), afinității (atracție/repulsie), sentimentelor (simpatie, dragoste/antipatie, ură).

Fiecare raport poate fi definit prin poziționarea relației pe cele trei axe: astfel, relația amicală este cel mai adesea non ierarhică, de proximitate și convergență. Evident, nici o relație nu este imuabilă și nici lipsită de ambivalență. Astfel, relația părinte/copil, adesea asimetrică, apropiată și convergentă evoluează cu vârsta copilului (adolescentul poate contesta caracterul ierarhic al raportului sau se poate distanța afectiv de părinți).

Când identitatea și raportul de poziții (statut) între interlocutori sunt clar definite, comunicarea “funcționează”. Când există ambiguități, comunicarea devine mai complicată, generând neînțelegeri și chiar conflicte. Atunci apare necesitatea negocierii pentru redefinirea relației și asigurarea circuitului comunicării.

De fapt avem nevoie de celălalt (interlocutorul, vocea de la capătul firului, privirea din fața noastră). Această privire, reală sau imaginară, percepută sau anticipată este o oglindă în care îmi caut (precum Narcis) propria imagine. “Il suffit qu’autrui me regarde, pour que je sois ce que je suis” – “E suficient ca celălalt să mă privească, pentru ca să fiu ceea ce sunt”, va spune Sartre.

Identitatea care se creează în comunicarea interpersonală nu e un simplu rol. Identitatea persoanei e profund afectată de gradul de implicare în rol (roluri), ca și de însemnătatea existențială a interlocutorului.

În acest sens comunicarea interpersonală influențează constant conștiința de sine, după cum identitatea și pozițiile interlocutorilor influențează comunicarea.

Competența referențială sau enciclopedică (cunoașterea lumii) este instanța care ne precizează de pildă că principiul “cozii” (primul venit, primul servit) reglează intrarea pacienților în cabinetul doctorului sau a pasagerilor pentru îmbarcare. Acest ansamblu virtual nelimitat de cunoștințe, această cunoaștere enciclopedică variază evident în funcție de societatea în care trăim și experiența și orizontul de așteptare al fiecăruia. Ea se îmbogățește în cursul practicii verbale, pentru că tot ceea ce învățăm intră în stocul

de cunoștințe, devenind un punct de sprijin pentru producerea și înțelegerea de enunțuri ulterioare.

Competența enciclopedică nu include însă numai cunoștințe, ci și deprinderi, abilități practice (“savoir faire”, “know-how”), capacitatea de a articula anumite acțiuni adecvat adaptate unui scop. Este vorba în primul rând de scripturi (scenarii) ca suite stereotipe de acțiuni (scriptul gării: intrarea eventual contra cost în gară, așteptarea la coadă în fața ghișeului de bilete, dacă biletul nu a fost cumpărat cu 24 de ore înainte de la o agenție de voiaj, cumpărarea biletului, consultarea afișajului pentru depistarea liniei etc.).

Stăpânirea *legilor discursului* (*legea cooperării* comunicative: vorbim pentru a transmite o informație sau stabili/consolida o relație și nu pentru a “lua aer în gură”, *legea politeții*: vorbim pe un ton profesoral într-un amfiteatru și nu cu un coleg/prieten căruia i-ar fi astfel “atacată” “fața pozitivă”; “insultăm” interlocutorul într-o piesă de teatru și nu la o conferință etc.) și a *genurilor discursive* constituie așa-numita *competență generică*. Nu vom întâlni niciodată discursul în general, ci anumite forme contextualizate: buletin meteo, reclamă, toast, proces verbal.

Chiar dacă nu stăpânim anumite genuri discursive (predica, duelul verbal etc.), suntem capabili în majoritatea cazurilor să le identificăm și să ne comportăm în mod adecvat. Fiecare set de enunțuri posedă un statut generic pe baza căruia îl “procesăm”: în momentul în care identificăm mesajul drept publicitate, invocație magică, glumă, putem adopta față de el atitudinea convenabilă.

Competența generică variază în funcție de societăți (arhaice/vs/moderne, orientale/vs/ occidentale, subdezvoltate/vs/superdezvoltate etc.), dar și în funcție de indivizi. Majoritatea membrilor unei societăți sunt capabili să producă enunțuri ținând de câteva genuri discursive transculturale: schimb de replici cu un necunoscut pe stradă, carte poștală adresată rudelor, prietenilor; dar nu toată lumea poate să redacteze o disertație, o moțiune în parlament, un program sindical.

Aici apare o manifestare extrem de clară a inegalităților sociale: numeroși indivizi sunt depreciați pentru că nu știu să comunice prin intermediul unor cuvinte sau genuri discursive valorizate din punct de vedere social. Evident că un minim bagaj lexical și cultural este absolut necesar – a se vedea rolul educației într-o societate democratică, realmente responsabilă și participativă; dar a se accentua clivajul între cultura elitistă și cultura populară este o gravă eroare.

Putem participa la un gen discursiv în diverse posturi, jucând diverse roluri. Anumite roluri cer o învățare minimală, altele se cer practicate timp îndelungat: rolul de cititor al unui anunț publicitar se învață cu ușurință, comparativ cu rolul de autor al unei teze de doctorat în fizica nucleară.

De aceea, discursul s-a instituit în ultimele decenii ca noțiune cheie a lingvisticii, la frontiera lingvisticii cu sociologia, psihologia, teoria comunicării, filosofia limbajului.

Și totuși, în ciuda formulărilor și reconceptualizărilor teoretice, a seminarele de comunicare (pentru manageri sau profesioniști din cele mai diverse zone etc.) neînțelegerile de comunicare persistă deteriorând relațiile interumane.

„Malentendu”-ul de comunicare (din lat. *intendere* = a tinde spre și deci a înțelege) este produs:

- de o deficiență fizică a ascultării (bariere concrete);
- de o comprehensiune eronată a mesajului prin respingerea persoanei („Nu pot să-l sufăr” deci spune doar stupidități);
- de o carență a empatiei (altfel spus a capacității de a împărtăși și a resimți sentimentele, trăirile celuilalt, punând între paranteze propriile emoții, prejudecăți etc.);

Obiectele derivei comunicative pot fi:

- referențialul
- afectele și imaginarul
- semnele lingvistice
- valorile (organizație și/sau culturii)
- rolurile.

Prevenirea conflictelor se poate face prin conciliere, negociere, discuție. Cele două tipuri de negociere sunt:

- cooperativă (vizând satisfacerea intereselor ambelor părți)
- competitivă (în care un participant va viza doar propriul interes)

se va opta pentru primul tip care este fundamentat pe distincția *persoane vs. diferend* și *interes comun vs. poziții de aparat*, precum și de un obiectiv bilateral avantajos: *câștigător – câștigător*.

Se constată creșterea frecvenței negocierilor cooperative: ale negociatorilor internaționali (diplomați sau comercianți), ale directorilor de vânzări și chiar ale sindicatelor care au înțeles interesul pe termen lung și chiar în natura rezultatelor a relației câștigător – câștigător.

În locul agravării conflictului se preconizează:

- bemolizarea conflictului cu ajutorul indivizilor, grupurilor, organismelor internaționale;
- furnizarea de soluții de rezolvare.

VI.2. COMUNICAREA INTERPERSONALĂ

Definițiile comunicării

Cele mai simple definiții ale comunicării consideră că aceasta reprezintă:

- Transmiterea de fapte, idei și impresii
- Crearea/schimbul unei înțelegeri între emițător și receptor.

Mai complex, comunicarea este definită ca un **proces de transmitere a informațiilor sub formă de mesaje simbolice între două sau mai multe persoane, unele cu statut de emițător, altele cu statut de receptor, transmiterea făcându-se prin intermediul unor canale specifice.**

Elemente ale procesului de comunicare

1. Schema comunicării;
2. Componentele comunicării;
3. Mesajul/ feedbackul;
4. Modalități de transmitere a mesajelor;
5. Canale de comunicare;
6. Perturbarea comunicării;
7. Modelul "Ferestrei lui Johari";
8. Funcțiile comunicării;
9. Regulile comunicării.

1. Schema comunicării

EMIȚĂTOR (E) → CANAL DE COMUNICARE → DESTINATAR/ PRIMITOR
--

Acesta din urmă ar putea să recepționeze mesajul, este deci PRIMITOR, sau nu, fiind astfel doar DESTINATAR.

Există numeroase diferențe între "a spune" și "a comunica" sau între "a auzi" și "a asculta".

"A spune" este un proces într-un singur sens, iar "a comunica" presupune transfer de informație în ambele sensuri.

2. Componentele comunicării

Comunicarea **exteriorizată (observabilă)**, care cuprinde acțiunile verbale și nonverbale observabile de către interlocutori;

Metacomunicarea (componenta neobservabilă direct)

Intracomunicarea (componenta neobservabilă direct).

Componenta observabilă a procesului de comunicare se poate manifesta în mediul de comunicare oral prin vorbire și ascultare, iar în cel scris, prin scriere și citire; procesele de input de informație sunt ascultarea și citirea, iar cele de output, vorbirea și scrierea.

Metacomunicarea (meta înseamnă în limba greacă "dincolo de", "în plus față de") se referă la sensul perceput al mesajului, la "mesajul despre mesaj"; este ceea ce înțelegem noi, dincolo de cuvinte.

Intracomunicarea este procesul de comunicare la nivelul sinelui prin care "comentăm" un mesaj primit, ne argumentăm noua înșine, ne răspundem la întrebări, ne admonestăm. "vorbim cu noi înșine".

3. Mesajul

Este un element complex al procesului de comunicare din mai multe motive:

- Prezența etapelor de codificare și decodificare, parcurse la nivelul emițătorului și a destinatarului/ primitorului, de la gânduri, sentimente, emoții, la "ceva" constituit în formă transmisibilă;
- Transmiterea pe diverse căi a acestui "ceva" și recepționarea lui, etape în care pot interveni perturbații;
- Contextul fizic și psiho-social în care are loc comunicarea;
- Dependența modului de recepționare a mesajelor de deprinderile de comunicare și de abilitățile mentale ale comunicatorilor;
- Faptul că mesajul are cel puțin 2 dimensiuni, *conținutul*, care se referă la informații despre "lumea" lui E și a lui P și *relația*, care se referă la informații despre corelarea dintre aceștia. Astfel pot apărea diferențe majore între mesajul trimis și mesajul primit.

Feedbackul este o formă specifică de mesaj cu funcțiuni aparte. Poate fi o reacție la mesajul inițial, poate fi solicitat, acordat sau utilizat.

4. Modalități de transmitere a mesajelor

Prin intermediul:

- limbajului **verbal** (cu ajutorul cuvintelor);
- limbajului **nonverbal**;
- limbajului **paraverbal**.

S-a constatat că omul se exprimă în proporție de 7% prin limbaj verbal, de 38% prin limbaj paraverbal și 55% prin limbaje nonverbale.

Este unanim recunoscut faptul că impresia pe care ne-o facem asupra unei persoane întâlnite pentru prima oară, încă din primele minute ale unei conversații, se bazează pe interpretarea limbajului nonverbal și paraverbal, nu pe cuvintele pe care le auzim. Este de asemenea o certitudine faptul că, dacă mesajul verbal îl contrazice pe cel nonverbal, îl vom lua în considerare, instinctiv, pe cel nonverbal.

5. Canale de comunicare

Canalele de comunicare sunt de fapt “drumurile” ipotetice, “căile” urmate de mesaje. Ele pot forma, printr-o anumită ordonare, rețele de comunicare de diferite tipuri și forme.

Tipuri de canale de comunicare:

- **formale**: prestabilite, pentru a sprijini îndeplinirea anumitor obiective și care presupun o anumită rutină;
- **neformale**: care se stabilesc pe alte baze decât regula impusă, cum sunt prietenia, preferințele, interesul personal.

Mediul comunicării: oral sau scris.

• Forme ale comunicării

Criterii de clasificare a formelor de comunicare:

1. Participarea indivizilor la procesul de comunicare:

- comunicare **intrapersonală** (comunicarea cu sinele)
- comunicare **interpersonală** (cu alții)
- comunicare **de masă** (prin instituții specializate, cu adresabilitate generală)

2. Contextul spațio-temporal al mesajelor

- **directă** (față în față)
- **indirectă** (mediată)

3. Instrumentele folosite

- **verbală**
- **nonverbală**
- **paraverbală**

4. Obiectivele comunicării

- comunicare **incidentală** (fără scop bine stabilit)
- comunicare **consumatorie** (consecința a stărilor emoționale)
- comunicare **instrumentală** (când este urmărit un scop precis)

5. Interacțiunea sistemelor care comunică

- comunicare **omogenă** (om-om, animal-animal)
- comunicare **heterogenă** (om-animal, om-mașină)

6. Poziția în cadrul unei organizații

- comunicare **ascendentă** (cu superiorii)
- comunicare **descendentă** (cu subalternii)
- comunicare **orizontală** (emițătorul și receptorul au poziții egale).

Suportul tehnic: telefonul, calculatorul, faxul.

6. Perturbarea comunicării

Selecționăm ceea ce spunem, cum spunem și când spunem în funcție de un set complex de paradigme pe care le-am învățat de-a lungul vieții și care reflectă un număr de factori specifici cum sunt imaginea de sine și a interlocutorului, modul personal de definire a situației, ceea ce ne așteptăm, sentimente, motivații, intenții.

Imaginea de sine

Atât emițătorul, cât și destinatarul au o anumită imagine de sine și nutresc anumite sentimente de autovaloare și autostimă, iar acestea vor influența modul în care ei vor comunica.

Imaginea despre interlocutor

Atât emițătorul, cât și destinatarul au unul despre celălalt o anumită imagine și se interpretează unul pe celălalt luând această imagine ca bază de referință. Și aceste imagini reciproce vor influența modul de comunicare.

Definirea situației

Atât emițătorul cât și destinatarul își imaginează situația în cadrul căreia are loc comunicarea într-un anumit fel. Adeseori acest proces de “definire a situației” nu este conștientizat până în momentul în care cineva întreabă “de ce ne-am adunat de fapt aici?” sau “care este de fapt sarcina noastră?”.

Definirea situației merge dincolo de specificarea obiectivului actului de comunicare: este constituită din setul complet de percepții referitoare la rolul nostru și al celorlalți, durata, limitările și normele care guvernează această situație. Ceea ce vom spune și cum vom spune depinde de cum definim această situație.

Motive, sentimente, intenții

Un set de “filtre” care intervin în procesul de comunicare, atât pentru cel care emite cât și pentru cel care recepționează mesajul, este cel determinat de nevoile, intențiile și motivațiile cu care interlocutorii intră în procesul de comunicare.

Ceea ce ne așteptăm

O categorie de factori psihologici care creează “filtre” specifice în procesul de comunicare este dată de ceea ce ne așteptăm de la noi înșine sau de la cei din jur într-o anumită situație. Acest “ceea ce ne așteptăm” este bazat pe experiențele anterioare, pe ideile noastre preconcepute sau stereotipuri, pe întreaga noastră “istorie”.

Trăsăturile individuale corelate cu modul specific de a comunica pot conduce la amplificarea unei distorsionări inițiale a comunicării.

De cele mai multe ori, ceea ce credem sau ne așteptăm în legătură cu noi înșine sau cu cei din jur, nu corespunde cu realitatea. Noi o facem să devină realitate prin *modul în care comunicăm*.

Perturbările pot fi sub formă de *zgomote, bariere sau filtre*.

Natura perturbărilor:

- externă: stimuli vizuali, telefonul etc;
- internă: factorii de natură fiziologică, perceptuală, semantică, interpersonală sau intrapersonală.

Ele pot fi generate de contextul fizic, psihic, organizațional și socio-cultural.

Comunicarea este un ***proces ireversibil*** în sensul că, deși putem reveni asupra a ceea ce am spus, nu putem “șterge” mesajul din mintea interlocutorului, sentimentele și trăirile acestuia generate de mesajul nostru. Comunicarea are loc într-un anumit context situațional. Între context și comunicare există o interacțiune permanentă care își lasă amprenta asupra procesului de comunicare.

7. Modelul “Ferestrei lui Johari”

Conform acestui model, din punctul de vedere al informației pe care o stocăm, orice persoană poate fi privită ca posedând mai multe zone în care “adună” informație despre sine și lumea din jur:

- “**zona deschisă**” (de al cărei conținut suntem conștienți și pe care suntem dispuși să-l dezvăluim altora).
- “**zona ascunsă**” (de al cărei conținut suntem conștienți, dar pe care, în mod deliberat, nu dorim să-l dezvăluim și altora).
- “**zona oarbă**” (de al cărei conținut noi nu suntem conștienți, dar care este totuși parte din noi și ceilalți pot să îl “vadă” - doar noi suntem “orbi”).
- “**zona necunoscută**” (care conține date despre noi de care nici noi, nici ceilalți, nu suntem conștienți).

Niveluri de comunicare între diferitele “zone Johari”:

- 1. comunicarea deschisă**
- 2. comunicarea neintenționată**
- 3. comunicarea intenționată**
- 4. comunicarea prin “molipsire”.**

1. Comunicarea deschisă

Comunicarea are loc în mod optim între cele 2 zone deschise ale interlocutorilor. Mesajele sunt înțelese corect, relațiile de comunicare pot să se dezvolte, comunicarea este eficientă și eficientă.

2. Comunicarea neintenționată

Constă în mesajul pe care îl recepționăm despre o persoană, fără ca aceasta să dorească să-l comunice sau să își dea seama că o face. Informația comunicată la acest nivel este extrem de importantă deoarece, pe de o parte, ne relevă o parte din personalitatea interlocutorului, iar pe de altă parte, această informație poate fi folosită prin intermediul feedbackului furnizat.

3. Comunicarea intenționată

Poate avea loc atunci când, în mod deliberat, dezvăluim despre noi ceva ce în mod obișnuit ascundem. La acest nivel se desfășoară procesul de autoexpunere și de solicitare și furnizare de feedback, procese foarte importante pentru formarea și dezvoltarea unor relații de comunicare sănătoase și productive.

4. Comunicarea prin “molipsire”

La acest nivel o persoană influențează sentimentele sau comportamentele celeilalte, posibil fără ca vreuna dintre ele să fie conștientă de aceasta sau să o facă intenționat. De exemplu, prezența unei persoane feminine atractive poate influența deciziile unui manager receptiv.

8. Funcțiile comunicării

- a. **Informare:** a da și a primi informații.
- b. **Socială:** pentru formarea și menținerea relațiilor.
- c. **Persuasivă:** a convinge oamenii să acționeze într-un anumit fel
- d. **Instrumentală:** a realiza un anumit obiectiv.
- e. **Îndeplinirea rolului:** a acționa într-un mod predictibil.
- f. **A reduce anxietatea:** a rezolva probleme și a reduce îngrijorarea
- g. **Emoțională:** a fi prietenos (counseling).

9. Regulile comunicării:

- A. Fii un bun ascultător.
- B. Ajută oamenii să vorbească.
- C. Pune întrebări și caută să obții feedback-ul.
- D. Crează un mediu și relații permissive.
- E. Depășește-ți propriile bariere de limbaj.

VI.3. COMUNICAREA VERBALĂ

Această formă de comunicare este puternic dezvoltată la om, vorbirea fiind actul prin care informația este emisă prin intermediul codurilor lingvistice.

Indivizii pot fi diferențiați prin:

- *competența* lingvistică (capacitatea de a construi, traduce și identifica mesaje într-o limbă);
- *performanța* lingvistică (capacitatea de a însufleți termenii prin corelarea cu aptitudinile, atitudinile, concepțiile despre lume și viață, astfel încât să fie obținute efecte noi).

De aici rezultă **STILUL DE COMUNICARE** - există persoane care fascinează nu prin ceea ce comunică, ci prin felul în care comunică. Relatarea poate fi, la un moment dat, un produs al vorbitorului și nu o realitate.

Clasificarea stilurilor de comunicare:

- stilul **neutru** (elimină stările sufletești) - prezent în relațiile oficiale;
- stilul **solemn** (impun un ceremonial) - prezent în momente deosebite;
- stilul **beletristic** (bogat în sensuri, favorizând imaginația);
- stilul **științific** (predomină deducția și inducția);
- stilul **administrativ** (bazat pe clișee instituționale);
- stilul **publicistic** (bazat pe prezentarea informației);
- stilul **managerial** (accentuează dirijarea, rezolvarea problemelor).

Indiferent de stil, comunicarea trebuie să îndeplinească următoarele calități:

1. *Claritate*: nivelul de concizie, sistematizare;
2. *Corectitudinea*: nivelul de adecvare la regulile sintactice și de topică;

3. *Adecvarea*: folosirea celor mai potrivite cuvinte în raport cu intenții;
4. *Puritatea*: nivelul de saturare cu arhaisme, neologisme, regionalisme;
5. *Concizia*: concentrarea pe temă, eliminarea redundanței, divagațiilor;
6. *Precizia*: folosirea unor mijloace suplimentare pentru a facilita înțelegerea.

Un rol important în comunicarea verbală îl are ascultarea.

VI.4. ASCULTAREA – COMPONENTĂ ESENȚIALĂ A COMUNICĂRII EFICIENTE

Moto:

„*A vorbi e o nevoie. A asculta e o artă*”.

Goethe

Ascultarea este o condiție *sine qua non* a comunicării eficiente. Nu poți furniza un feedback corect dacă nu ai receptat integral mesajul, dacă nu ai practicat o ascultare activă și dacă nu ai verificat acuratețea interpretării mesajului (prin eventuale întrebări, clarificări, reformulări).

În interacțiunea cotidiană bazată pentru majoritatea indivizilor (non – lideri) pe ascultare, funcționează pe lângă:

- **modelul ideal al ascultării active** (orientate spre discursul, postura, gestualitatea interlocutorului, altfel spus, spre **conținutul mesajului transmis și relația instituită**).
 - **diverse maniere de ascultare simulată**, selectivă care obstrucționează dialogul eficient.
- Ascultarea activă** este fundamentală în activitatea de:
- **intervievare;**
 - **interogare** (didactică, psihanalitică, polițistă);
 - **obținerea de informații;**
 - **vânzare.**

Toate aceste interacțiuni sunt subîntinse de o logică a argumentării, a convingerii (*cum vincere* = a învinge împreună) destinată realizării scopului instrumental (a pune un diagnostic medical corect, a prezenta o

personalitate, a vinde un produs etc) și scopului relațional (micșorarea distanței dintre indivizi prin intermediul comunicării verbale și non – verbale optime).

Într-adevăr ascultarea înseamnă *ipso facto* recunoaștere (celălalt există pentru mine), reprezintă o sursă de cunoaștere și valori.

Ascultarea activă presupune:

- **tăcere „concentrată”;**
- **manevrarea întrebărilor deschise;**
- **utilizarea întrebărilor închise** (de precizare);
- **folosirea întrebărilor dirijate** (cu răspuns cuprins în întrebare);
- **introducerea de întrebări releu** (de explicitare, de tipul *Ce vrei să spunei?*);
- **relansarea întrebării locutorului** pentru a-l determina să înțeleagă problema pe care și-o pune;
- **reformularea.**

Strategia actelor de limbaj

În strategia eficientă a funcționării oricărui grup, oricărui organism, este inclusă activitatea de planificare, organizare și control al atingerii obiectivelor propuse.

O strategie adecvat concepută va fi transmisă prin intermediul unei multitudini de acte de limbaj, printre care ordinul, asociat directivității și asertivității, deține primul loc.

Consilierii în comunicare evidențiază:

- finalitatea ordinului (atât pentru cel care îl enunță, cât și pentru cei care îl execută, dar îl și discută în situația în care apare irelevant pentru valorile și misiunea firmei);
- conținutul (formulare non ambiguă, precisă în termeni de dată, număr de participanți etc);
- persoana căreia i se adresează;
- maniera de adresare (cuvintele potrivite însoțite de indici paraverbali și non verbali adecvați);

„Dacă nu există vânt favorabil pentru cel care nu știe încotro se îndreaptă” (*Seneca*) devine imperios necesar ca managerul să fie directiv – să definească sarcinile colaboratorilor, să vizeze obiectivele, să controleze rezultatele, să aibă viziunea departamentelor și a întreprinderii.

Stilul directiv funcționează pe baza:

- constatării faptelor (recadrarea realului);
- injoncțiuni (ordinul);
- elaborării planului.

VI.5. COMUNICAREA NONVERBALĂ ȘI PARAVERBALĂ

Comunicarea **nonverbală** apare prin manipularea factorilor nonverbal (personali și/sau ai interlocutorului). Dintre aceștia, cei mai importanți sunt: surâsul (zâmbetul), privirea aprobativă, strângerea de mână, gesturi amical-familiare, contactul corporal (o bătaie ușoară pe spate, cuprinderea umerilor). Acestea sunt forme paralele ale comunicării ce pot susține, dezvolta, nuanța sau, dimpotrivă, diminua și contrazice mesajul comunicat verbal.

Comunicarea **paraverbală** însoțește și colorează comunicarea verbală. Dintre factorii paraverbali ai comunicării: tonalitate, ritm, intonație, volumul vocii.

VI.6. COMUNICARE ȘI MOTIVAȚIE

Mesajele emise sau receptate pe diferite canale și sub diverse coduri sunt strâns legate de trebuințe, motive, interese, idealuri, convingeri și concepții. Putem spune că alegerea partenerului (grupului, sistemului) sau alegerea combinațiilor de la nivelul mesajului ține de orientarea motivațională. La fel, alegerea codului (verbal, nonverbal, paraverbal) sau tipului de feedback folosit în comunicare ține de orientarea motivațională.

Așa ne putem explica de ce același mesaj produce efecte diferite în medii diferite sau chiar în același mediu în momente diferite (salutul poate fi decodificat ca agresiv sau jovial în raport cu starea motivațională personală).

Formele motivației:

- Sub aspectul sursei, motivația poate fi **intrinsecă** (generată și susținută direct de subiect: dorința de a elabora un mesaj, teorie, fără a aștepta o întărire externă) sau **extrinsecă** (generată și susținută din afara subiectului, dar rezonând cu o trebuință a acestuia - a comunica pentru a primi o laudă, a evita pedeapsa sau a câștiga un bun oarecare).
- Sub aspectul susținerii pe anumite structuri psihice, motivația poate fi **cognitivă** (generată de nevoia de a ști, a cunoaște, a schimba, a

imagina, a înțelege, a explica, a rezolva cu un scop în sine) și **afectivă** (generată de obținerea aprobării, protecției emoționale, simpatiei, consolării).

- Sub aspectul efectului stimulării, poate fi **pozitivă** (generată de laudă, apropiere, încurajare, susținere) și **negativă** (generată de pedeapsă, blamare, refuz).

Punând în relație motivația cu procesul de comunicare acceptăm că, în funcție de forma motivației care a generat comunicarea, mesajul, semnificațiile și efectele acestuia se modifică.

- un mesaj de tip **glumă** satisface trebuința ludică, de relaxare;
- un mesaj **senzual** satisface trebuința de a cultiva relații erotice, sociale;
- un mesaj **justificativ** satisface trebuința de contracarare, de securizare;
- un mesaj tip **inițiere** satisface trebuința de afiliere, de cooperare;
- un mesaj tip **insultă** satisface trebuințele de conservare sau presiunile agresive, de rejecție.

Relațiile interpersonale

Definiție: *“Un tip de relații sociale stabilite între persoane (și nu grupuri, instituții sau colectivități) și reglate într-o măsură semnificativă de necesitățile umane individuale”.*

Rolul relațiilor interpersonale:

- **patogen**: generatoare de inhibiții, dependență, manipulare, închidere, neîncredere, ostilitate, concurență;
- **suportiv**: generatoare de stimă, acceptanță, sinceritate, toleranță reciprocă.

Relațiile interpersonale sunt reglate de status și rol.

Status – poziția relațională ocupată de o persoană, poziție care îi conferă un ansamblu de obligații și drepturi ce-i reglează interacțiunea cu alte persoane cu alt status (fiică, soție, funcționar).

Rol - modelul de conduite relative la o anumită poziție, într-un ansamblu de interacțiuni.

Formarea pentru comunicare în scop profesional (atât la nivelul individului, cât și al organizației) vizează:

- **optimizarea comunicării manageriale** în vederea elaborării de strategii ale întreprinderii și a animării și organizării echipelor;

- **perfecționarea comunicării departamentelor de comunicare** în vederea implementării celor mai adecvate tehnici, strategii și tactici de comunicare internă și externă;
- **introducerea și dezvoltarea activității de *coaching*** (formarea persoanelor și a echipelor pentru un domeniu precis de activitate, altfel spus asigurarea ștafetei, a schimbului de mâine);
- **formarea grupurilor de sarcină dintr-un domeniu pentru activitatea în grup** (luarea deciziilor, consultarea, rezolvarea de probleme care se realizează doar printr-o participare și dinamică de grup adecvată, altfel spus contextualizată și contextualizantă).

CAPITOLUL VII

CAMPANII DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII

Dr. Eduard Petrescu

VII.1. PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII PRIN COMUNICARE

Este dificilă definirea stării de sănătate, dar este îndeobște agreat că a fi sănătos este mult mai mult decât „a nu fi bolnav”. Starea de sănătate include, de asemenea, și “starea de bine” și abilitatea persoanei de a-și atinge potențialul. Organizația Mondială a Sănătății definește promovarea sănătății ca: “procesul care permite unei persoane să își controleze și să își îmbunătățească starea de sănătate”.

Sănătatea este influențată de mai mulți factori. Unii, precum stilul de viață și comportamentul, pot fi controlați de către individ, dar în general oamenii au puțin control asupra unor probleme precum veniturile, condițiile de locuit, rețelele de transport sau calitatea aerului. Promovarea sănătății ia în considerare și nevoia de a crea mediul favorabil unor alegeri benefice pentru sănătate. De asemenea, recunoaște și nevoia de a furniza informații potrivite și la timp pentru a ajuta oamenii să facă „alegeri sănătoase”. Promovarea sănătății este diferită de promovarea unor produse sau servicii comerciale. „Sănătatea” nu este palpabilă la fel cum este un produs comercial și beneficiile în urma îndemnul unui mesaj de sănătate nu sunt, în multe cazuri, obținute imediat. În cazul produselor și serviciilor comerciale beneficiile vin imediat după ce publicului consumator i se cere să acționeze într-un anumit fel

O campanie implică furnizarea coordonată de informații sau o serie de evenimente și activități. Scopul unei campanii de informare publică poate fi oricare dintre următoarele, sau o combinație a lor:

- să schimbe credințe și atitudini;
- să furnizeze noi informații;
- să încurajeze adoptarea unor practici noi sau o schimbare a stilului de viață.

Ideal este să comunici un mesaj simplu. Este dificil să schimbi atitudini sau să încurajezi oamenii să adopte comportamente noi mai ales dacă

asta implică un efort de renunțare la comportamente curente care produc satisfacții și bucurie.

Este important, de asemenea de ținut minte că un mesaj nu poate fi transmis către populația generală. Asta pentru că nici măcar un mesaj simplu nu poate fi transmis eficient și înțeles de către un public atât de divers ca vârste, nevoi și interese ca populația generală. Un element cheie al succesului unei campanii de informare publică este definirea, cât se poate de restrâns, a celor care se dorește să răspundă la respectiva campanie.

Exemple de definiții ale promovării sănătății prin comunicare

● **Definiția 1.** Procesul de promovare a sănătății prin diseminarea de mesaje prin intermediul mass media, canalelor interpersonale sau a evenimentelor. Poate include activități diverse precum interacțiunea clinician-pacient, cursuri, grupuri de suport, transmiterea de materiale prin poștă, linii telefonice tip hotline, campanii mass media sau evenimente. Eforturile pot fi direcționate către indivizi, rețele, grupuri, organizații, comunități sau chiar către națiuni. (*Health Communication Unit, Centre for Health Promotion, University of Toronto*).

● **Definiția 2.** „Locul unde practicile bune de promovarea a sănătății se întâlnesc cu practicile bune de comunicare” (*Irv Rootman and Larry Hershfield, “Health Communication Research: Broadening the Scope,” în Health Communication, 6(1), 69-72*)

● **Definiția 3.** Campaniile cuprinzătoare de promovare a sănătății sunt:

- încercări cu scop clar de a informa, persuadea sau motiva o schimbare de comportament;
- în mod ideal orientate către individ, rețele, organizații sau societate;
- ținând o audiență mai largă și bine definită (deci nu reprezintă exclusiv persuasiune de la om la om);
- duc la beneficii necomerciale pentru individ și/sau societate;
- se desfășoară pe o perioadă dată de timp de la câteva săptămâni la mai mulți ani;
- sunt cele mai eficiente atunci când includ o combinație de activități media, interpersonale și evenimente; și
- implică dezvoltarea unui set structurat de activități de comunicare care să includă minimum producerea și distribuirea de mesaje.

(Everett M. Rogers, and J. Douglas Storey, “Communication Campaigns,” în Charles R. Berger and Steven H. Chaffee (eds.) *Handbook of Communication Science*, Sage: Newbury Park, CA, 1988)

Folosirea canalelor de comunicare pentru promovarea sănătății

S-a constatat că cea mai eficientă modalitate de comunicare a unei informații de sănătate este combinarea media cu comunicarea interpersonală și cu evenimentele. Cele trei tipuri de abordări se potențează reciproc în mai multe feluri:

- **mass - media** se utilizează numai pentru anumite obiective de comunicare, dar nu pentru toate. De exemplu, implicarea și interacțiunea limitate sunt posibile numai prin media. Din acest motiv, o combinație de media și comunicare interpersonală este mai eficace. Comunicarea interpersoanlă vine firesc după cea prin media, o dată ce liderii de opinie și alții împărtășesc ceea ce au învățat de la media, sprijină mesajele respective și contribuie la creșterea impactului acestora,
- **comunicarea inter-personală** permite o participare mai mare acolo unde interacțiunea și feedback-ul sunt necesare. Poate fi mai eficientă prin utilizarea materialelor tipărite, audio-video sau altor mijloace multimedia,
- **evenimentele** combină media și comunicarea interpersonală și sunt deseori promovate și reflectate de media (știri și reportaje). Evenimentele ar trebui să fie organizate în așa fel, încât să stârnească interesul media pentru a le reflecta. Din acest motiv, reflectarea în media este un obiectiv cheie și un indicator de succes al evenimentelor. Acest tip de abordare combinată atinge un număr mare de persoane dar permite și participarea prin comunicare interpersonală.

Tipuri de comunicare pentru sănătate

1. **Comunicare persuasivă sau comportamentală.** Aceasta include eforturile de a persuadea o audiență să adopte o idee sau o practică. Include tehnicile de marketing social.
2. **Comunicare a riscului.** Se referă la ajutarea indivizilor să înțeleagă natura și seriozitatea unor riscuri, astfel încât să ia decizii informate despre cum să trateze acele riscuri. Ideal, comunicarea riscului este „un proces interactiv de schimb de informații între indivizi, grupuri și instituții” (Canada National Research Council, 1989).
3. **Advocacy prin media.** Este folosirea strategică a media pentru a promova o inițiativă de politică publică (US Department of Health and Human Services, 1989).
4. **Educația prin divertisment – edutainment.** Implică folosirea producțiilor de divertisment precum show - urile TV, radio, benzile

desenate, teatrul etc pentru a transmite mesaje persuasive și lecții despre probleme de sănătate.

5. **Comunicarea interactivă pentru sănătate.** Este definită ca și interacțiunea unui individ – consumator, pacient, cadru medical – prin intermediul unei tehnologii sau a unui mijloc electronic pentru a accesa sau transmite informație de sănătate sau pentru a primi sfaturi și sprijin într-o problemă de sănătate.
6. **Comunicarea participatorie.** Aceasta presupune implicarea populației țintă în planificarea și implementarea unei campanii de comunicare

VII.2. EFICACITATEA UNEI CAMPANII DE COMUNICARE COMPREHENSIVĂ

Studii internaționale

O analiză a datelor cantitative rezultate din toate campaniile de promovarea a sănătății din SUA din 1980 încoace a fost făcută pentru a determina impactul acestora din punctul de vedere al unor obiective cheie, respectiv:

- (i) **Conștientizarea (*awareness*):** Toate cele 15 campanii care au urmărit creșterea conștientizării au avut succes. Simpla recunoaștere a mesajului a fost de 46% în medie, iar media creșterii conștientizării după campanie față de cea de înaintea campaniei a fost de 25%
- (ii) **Căutarea informației:** Campaniile media au înregistrat în general succese în a determina oamenii să caute informații suplimentare, mai ales prin intermediul liniilor telefonice dedicate și prin servicii de referire.
- (iii) **Cunoștințe:** În 14 dintre campaniile evaluate s-a înregistrat impact asupra cunoștințelor. Atunci când populația țintă este expusă corect la campanie se pot înregistra creșteri importante chiar până la 60% a celor care dobândesc cunoștințe despre problema semnalată.
- (iv) **Atitudini:** 14 din 16 evaluări au identificat îmbunătățiri semnificative ale atitudinilor după campanie. Când expunerea populației țintă a fost una adecvată s-a înregistrat până la 38% schimbare de atitudini. În general însă, schimbarea de atitudini a fost una redusă.

- (v) **Intenția de comportament:** Doar 3 din cele 7 evaluări care au luat în calcul acest aspect au arătat schimbări în intenția de comportament. Intenția de schimbare a variat între 19 și 73%.
- (vi) **Comportament:** Din cele 29 de evaluări care au evaluat schimbarea de comportament, doar 20 au arătat succes. Valoarea mediană a schimbării a fost de 29% cu o variație între 4 și 74%.

Un element important al acestei evaluări făcută în SUA este cel al strategiei de campanie. Campaniile media făcute în izolare de alte strategii au arătat un efect limitat.

Componentele unei campanii de promovarea a sănătății eficiente

În acest subcapitol sunt listate condițiile cheie pentru o campanie de succes așa cum au rezultat ele din revizuirea literaturii și din discuții cu specialiști din Canada (*The Health Communication Unit, at the Centre for Health Promotion, University of Toronto*). Conform acestora, o campanie de succes are următoarele caracteristici:

- implică persoane de decizie din media și din administrație în proiectarea și implementarea campaniei;
- țarghetează cu grijă audiența pe care vrea să o atingă;
- segmentează audiența folosind variabilele legate de atitudini, valori și creduri, mai curând decât pe cele legate de caracteristici demografice;
- folosește tehnici de evaluare formativă pentru a aprecia și a îmbunătăți abordarea în timpul planificării și implementării;
- folosește pretestarea pentru a se asigura că mesajele dezvoltate au efectul așteptat asupra audienței țintă;
- se adresează acelor cunoștințe și credințe ale publicului țintă care împiedică adoptarea comportamentului dorit de campanie;
- stabilește obiective realiste, mai degrabă modeste, de schimbare a comportamentului;
- se adresează contextului mai larg social, structural și de mediu care influențează problema de sănătate vizată de campanie;
- folosește variate mijloace media (TV, Radio, tipărituri etc);
- combină canalele media cu activități în comunitate, cu grupuri sau indivizi;
- folosește celebritățile pentru a atrage atenția publicului asupra problemelor;

- introduce mesaje de promovare a sănătății în programe de divertisment;
- este coordonată cu furnizarea de servicii directe (ex. hotline pentru informare și consiliere) astfel încât intenția de schimbare de comportament să fie imediat exploataată;
- direcționează mesajele către persoane cheie din publicul țintă, în special către acelea care au influență interpersonală;
- alege cu grijă persoanele promovate ca modele pozitive pentru a reduce riscul ca acestea să devină contra modele;
- combină anunțurile de utilitate publică (AUP) și cu alte activități recunoscând că acestea singure nu pot aduce schimbările de comportament dorite;
- folosește mass media ca un mijloc de creștere a vizibilității;
- folosește guvernul, autoritățile ca pe o sursă de fonduri și pentru a asigura leadership-ul în probleme controversate;
- repetă un singur mesaj;
- consideră judicios planificarea în timp a activităților (nu se promovează servicii înainte ca acestea să fie disponibile sau bine organizate etc.);
- pune accent pe schimbarea pozitivă a comportamentului mai mult decât pe consecințele negative ale comportamentului actual (promovarea fricii este arareori o strategie de succes);
- combină mesajele bazate pe frică (atunci când sunt folosite) cu mecanisme de reducere a anxietății pe care această frică o creează;
- subliniază răsplata care rezultă din adoptarea unui comportament mai degrabă decât consecințele negative ale continuării acestuia;
- comunică beneficiile care rezultă din adoptarea unui anumit comportament concordant și decurgând din motivele, nevoile și valorile audienței țintă;
- concentrează atenția audienței țintă pe consecințele imediate și cele mai probabile ale unui anumit comportament;
- se concentrează pe rezolvarea conflictelor potențiale dintre cei care fac cercetarea determinantilor de sănătate și cei care crează mesajele de comunicare.

VII.3. CE POATE ȘI CE NU POATE FACE COMUNICAREA PENTRU PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

Pentru a comunica cu succes este imperios necesar să se înțeleagă ce poate și ce nu poate face o campanie de promovare a sănătății. Comunicarea pentru sănătate sau promovarea sănătății prin comunicare este unul din instrumentele pentru îmbunătățirea stării de sănătate. Pentru a rezolva însă o problemă de sănătate, trebuie operate schimbări la nivelul serviciilor, tehnologiilor, regulilor și politicilor.

Comunicarea singură poate să:

- ducă la creșterea cunoștințelor și conștientizării publicului țintă despre o problemă de sănătate și despre soluțiile la acea problemă;
- influențeze percepțiile, credințele și atitudinile care pot duce la schimbarea normelor sociale;
- determine acțiune în sensul indicat de campanie;
- demonstreze sau să ilustreze comportamente sănătoase;
- reconfirme cunoștințe, atitudini sau comportamente;
- arate beneficiile unei schimbări de comportament;
- promoveze o poziție privind o problemă de sănătate sau o politică;
- ducă la creșterea cererii și sprijinului pentru un anumit serviciu de sănătate;
- ducă la contestarea sau negarea unor mituri și a unor concepții greșite;
- întărească relațiile între organizații.

Comunicarea combinată cu alte strategii poate să:

- determine o schimbare susținută în care un individ adoptă și menține un nou comportament sănătos sau o organizație adoptă și menține o direcție nouă de politică;
- învingă o barieră sau o problemă sistemică în calea accesului la îngrijiri.

Comunicarea nu poate să:

- compenseze îngrijirile medicale inadecvate sau lipsa accesului la servicii de sănătate;
- producă schimbare susținută a comportamentelor legate de sănătate în absența unui program mai larg de schimbare care să

includă componente ale serviciilor de sănătate, tehnologiei sau schimbărilor politicilor și normelor;

- fie în egală măsură eficientă în rezolvarea tuturor aspectelor generate de un anumit subiect care poate fi complex sau asupra căruia publicul țintă poate avea păreri preconcepute asupra mesajului sau asupra celui care transmite mesajul.

Comunicarea poate genera mai multe tipuri de schimbare

Programele de comunicare pentru sănătate pot determina schimbări la nivelul indivizilor, organizațiilor, comunităților sau al societății în ansamblu.

- (i) **Nivelul individual** - este nivelul fundamental al comunicării pentru sănătate deoarece comportamentul individual afectează starea de sănătate. Comunicarea poate influența conștientizarea, cunoștințele, atitudinile, autoevaluarea, deprinderile individuale și dedicarea individului pentru o schimbare de comportament.
- (ii) **Nivelul de grup** - grupurile informale de care persoanele aparțin și structurile comunitare pe care aceștia le frecventează pot avea un impact semnificativ asupra sănătății lor. Exemplu; relațiile dintre clienții și angajații unui restaurant, dintre cei care frecventează aceeași sală de gimnastică, dintre copii și părinți în cadrul aceleiași școli, dintre angajații aceluiasi birou, dintre pacienți și cadre medicale la o clinică medicală. Activitățile la acest nivel pot folosi în mod eficient relațiile informale care se creează în aceste locații.
- (iii) **Nivelul organizațiilor** Organizațiile sunt grupuri cu structuri definite, precum asociațiile, cluburile sau grupurile civice. Această categorie poate include și firmele, agențiile guvernamentale sau alte instituții. Organizațiile pot să transmită mesaje de sănătate către membrii lor și pot face schimbări de politici care să încurajeze schimbările individuale
- (iv) **Nivelul comunităților** Liderii de opinie din comunități sau decidenții pot fi aliați puternici și eficienți pentru a influența politicile, produsele și serviciile care împiedică sau din contră sprijină activitățile oamenilor. Prin influențarea comunităților, programele de comunicare pentru sănătate pot promova creșterea conștientizării despre un anumit aspect, schimbări în atitudini și credințe și sprijin de grup sau instituțional pentru comportamente dezirabile. În plus, comunicarea poate milita

pentru schimbări structurale sau de politici în comunitate care încurajează comportamentele sănătoase.

- (v) **Nivelul societății.** Societatea, per ansamblu, influențează comportamentul individual prin norme și valori, atitudini și opinii, legi și politici și prin crearea mediilor economice, culturale și de informații. Programele de comunicare pentru sănătate care ținesc nivelul societății pot schimba atitudinile și comportamentele individuale și implicit schimbă normele sociale. Intervențiile de a reduce consumul de alcool la volan (în SUA), de exemplu, au dus la schimbarea atitudinilor individuale și ale societății, comportamentelor și politicilor prin multiple forme de intervenție, inclusiv prin comunicare.

Programele de comunicare pot include multiple metode de influențare

Cei care promovează sănătatea prin comunicare pot utiliza o largă varietate de metode pentru a construi programe care să se potrivească cu circumstanțe specifice. Printre acestea se numără:

1. **descifrarea media** – este vorba de a învăța o anumită audiență (de obicei tineri) să deosebească mesajele media pentru a se identifica motivele celor care le promovează. O altă posibilitate este aceea de a-i învăța pe comunicatori cum să compună mesaje adaptate tipologiei și caracteristicilor populației țintă
2. **militarea prin intermediul media** urmărește schimbarea modului în care se iau deciziile privind sănătatea prin influențarea mass media în alegerea subiectelor legate de sănătate și prin construcția dezbaterii privind aceste probleme
3. **relațiile publice** - promovarea includerii mesajelor despre sănătate sau comportamente în mass media
4. **publicitatea** - plasarea de mesaje de utilitate publică sau mesaje plătite în media sau în spațiile publice, pentru a crește conștientizarea despre un produs, serviciu sau comportament
5. **educația prin divertisment** - urmărește introducerea de mesaje de promovare a sănătății în programele de știri sau divertisment sau eliminarea unor mesaje contraproductive sănătății din aceleași programe. Poate, de asemenea, urmări obținerea sprijinului industriei de divertisment în promovarea unei probleme de sănătate
6. **educația/instrucția individuală sau de grup** urmărește influențarea, consilierea și crearea de deprinderi în sprijinul unor comportamente sănătoase

7. **dezvoltarea parteneriatelor** - urmărește creșterea sprijinului sau implicării într-un program prin combinarea influenței, capacităților și resurselor diverselor tipuri de organizații, guvernamentale și neguvernamentale, profit sau non-profit

VII.4. PAȘII PENTRU DEZVOLTAREA UNEI CAMPANII DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII PRIN COMUNICARE

Pentru ca un program de comunicare să fie de succes el trebuie să se bazeze pe înțelegerea nevoilor și percepțiilor audienței țintă. Acestea se pot însă modifica odată cu timpul în care proiectul de comunicare progresează. Pentru o mai bună înțelegere a procesului, acesta a fost împărțit în 4 etape mari: 1) Planificarea și dezvoltarea strategiei, 2) Dezvoltarea și pretestarea conceptelor, mesajelor și materialelor, 3) Implementarea programului, 4) Evaluarea impactului și ajustarea programului.

Aceste etape sunt parte a unui proces ciclic iterativ în care ultima etapă alimentează prima etapă într-un proces continuu de planificare, implementare și ajustare a calității.

• Etapa 1: Planificarea și dezvoltarea strategiei

În timpul acestei etape se creează planul care stă la baza programului. Rezultatele așteptate după această etapă sunt:

- identificarea modului în care organizația poate folosi eficient și eficace comunicarea pentru abordarea unei probleme de sănătate;
- identificarea audienței/publicului țintă;
- folosirea cercetării pentru desenarea strategiei și a obiectivelor de comunicare;
- planuri de comunicare elaborate care să includă și activitățile, parteneriatele și cercetările de base-line față de care rezultatele finale vor fi raportate.

Planificarea este crucială pentru succesul oricărui program de comunicare pentru promovarea sănătății. Efectuarea planificării cu grijă poate evita crizele și blocajele din implementare și eventualele costuri suplimentare generate de acestea.

Pașii propuși pentru procesul de planificare

a. Evaluarea problemei de sănătate și identificarea posibilelor soluții

Cu cât se înțelege mai mult o problemă de sănătate, cu atât mai bine se poate planifica un program de comunicare care să o abordeze. Acest proces presupune o colectare de date pentru a descrie problema, respectiv: cine este afectat și ce se întâmplă versus ceea ce ar trebui să se întâmple. Făcând asta se poate decide și cum ar putea comunicarea să ajute la rezolvarea problemei. În timpul acestei subetape esențialul este adunarea a cât mai multe date despre problemă și ce s-a făcut până la momentul acela pentru a o adresa. Procesul presupune revizuirea datelor disponibile, identificarea activităților curente și a nevoilor, obținerea de noi date care sunt considerate necesare, identificarea componentelor unei posibile soluții și analiza oportunității folosirii comunicării din perspectiva problemei, dar și din perspectiva organizației care trebuie să o inițieze.

b. Definirea obiectivelor comunicării

Definind obiectivele se poate alege între activitățile de comunicare posibile și se poate determina tipul de mesaj și conținutul care va fi folosit în fiecare activitate. Odată definite și agreeate obiectivele comunicării ele vor servi pentru a stabili ce efecte trebuie măsurate. Este important ca obiectivele să fie realizabile și rezonabile. Multe eforturi de comunicare eșuează din cauză că obiectivele inițiale sunt nerealiste. În general, este imposibil să obții o schimbare de 100%. În domeniul vânzărilor comerciale, de exemplu, o creștere de 2-3% este considerată un succes. Pe de altă parte, însă, teama de eșec nu trebuie să împiedice stabilirea unor obiective măsurabile. Fără ele este imposibil de determinat dacă programul a avut succes sau dacă se desfășoară în direcția dorită și asta ar putea reduce pe viitor sprijinul pentru program din partea finanțatorilor și a partenerilor.

c. Definirea și înțelegerea publicului țintă

În această etapă se decide cine va fi publicul țintă pe baza analizei făcută la punctele anterioare. Identificarea populației țintă trebuie începută pe baza informațiilor epidemiologice asupra problemei: cine este cel mai afectat, cine este la risc?, dar și pe baza altor factori care contribuie la problemă. Populația țintă este de obicei definită în mod mai larg folosind câteva elemente de descriere (de exemplu tineri 15 – 24 de ani). Audiența țintă se extrage din această populație țintă, dar este definită mai restrâns luând în calcul caracteristici precum atitudinile, locația sau tipologia de comportament. Deoarece abilitatea și voința audienței țintă de a își schimba comportamentul afectează măsura în care obiectivele comunicării sunt

rezonabile și realiste, este recomandat ca selectarea audienței țintă și dezvoltarea obiectivelor comunicării să se facă în același timp, în tandem.

d. Explorarea contextului, canalelor și activităților celor mai potrivite pentru a atinge audiența țintă.

În această sub etapă trebuie analizate cele mai bune modalități de a atinge audiența țintă. În primul rând trebuie identificat contextul (timp, loc, dispoziție a audienței) în care audiența este cea mai receptivă și cea mai capabilă să reacționeze la mesaje. Apoi trebuie identificate canalele prin care mesajele programului pot fi transmise și activitățile care pot să le transmită. În luarea acestor decizii trebuie cântărit ce va avea efectul cel mai bun atât în atingerea audienței cât și în livrarea mesajului.

Pentru identificarea **contextului** cel mai potrivit pentru transmiterea mesajelor către audiența țintă trebuie luate în calcul:

- locurile în care programul poate ajunge la audiență (la școală, la locul de muncă, în mașină, la un eveniment al comunității, la un serviciu de sănătate etc.);
- momentul când audiența este cea mai atentă și deschisă efortului de comunicare al programului;
- locurile în care audiența poate să pună în practică mesajele primite;
- locurile sau situațiile în care audiența va considera mesajul ca fiind cel mai credibil.

Explorarea **canalelor și activităților** trebuie să ia în calcul faptul că astăzi canalele sunt mult mai numeroase, mult mai specializate și sunt un rezultat al diversificării serviciilor atât de comunicare cât și de sănătate. Principalele canale care trebuie considerate sunt: interpersonal, de grup, de organizație și comunitate, mass media și canalele digitale interactive.

e. Identificare potențialilor parteneri și dezvoltarea planurilor de parteneriat.

Cooperarea cu alte organizații poate fi o cale cost-eficientă de a crește credibilitatea și acoperirea programului. Printre beneficiile parteneriatelor se regăsesc:

- accesul mai facil la audiența țintă;
- creșterea credibilității mesajelor dacă audiența țintă consideră un potențial partener ca pe o sursă credibilă;
- creșterea numărului de mesaje care se pot împărtăși cu audiența țintă;

- creșterea resurselor financiare sau in-kind;
- expertiză suplimentară;
- cofinanțare a evenimentelor și activităților.

Parteneriatul poate fi inițiat cu una sau mai multe organizații. Unele proiecte de comunicare pot necesita coordonarea cu rețele de organizații sau chiar înființarea de astfel de rețele care să aibă obiective comune. Parteneriatul poate fi inițiat în sprijinirea unor poziții comune sau pentru implementarea în comun a unor activități. Pentru a stimula parteneriatul trebuie considerate beneficiile pe care acesta le poate oferi: credibilitate crescută, acces la date, asigurarea acurateții mesajelor etc.

f. Dezvoltarea unei strategii de comunicare pentru fiecare audiența țintă și creionarea planului de comunicare

După parcurgerea etapelor de mai sus urmează elaborarea strategiei pe care programul o va avea pentru a atinge o anumită audiența țintă cu un anumit tip de mesaje pentru a genera un anumit tip de răspuns. Strategia este văzută ca un set de principii de ghidare pentru toate produsele și activitățile programului. Ea va defini audiența țintă, va descrie ce acțiuni se așteaptă să genereze programul în audiența țintă, va cuantifica beneficiile pentru audiența țintă și cum va fi atinsă audiența țintă. Strategia de comunicare este:

- bazată pe cunoștințele despre dorințele, nevoile, valorile și accesibilitatea audiența țintă;
- ghidată pe cercetare generală despre comunicare și de teorii și modele comportamentale;
- temperată de realitățile resurselor disponibile și ale termenelor limită impuse;

• Etapa 2: Dezvoltarea și pretestarea conceptelor, mesajelor și materialelor

Rezultatele așteptate ale acestei etape sunt:

- să fie dezvoltate mesaje relevante;
- activitățile să fie planificate și materialele concepute;
- mesajele și materialele să fie pretestate cu membrii ai audienței țintă.

Testarea reacției audienței țintă la mesajele dezvoltate este crucială pentru succesul unui program de comunicare. Și pentru această etapă sunt identificate mai mulți pași:

Revederea materialelor existente

Dezvoltarea și producția de mesaje și materiale poate fi consumatoare de timp și costisitoare. Acesta este însă un proces creativ cheie într-un program de comunicare. Înainte de a dezvolta mesaje și materiale noi, este necesar să fie cunoscute cele făcute deja în domeniu. În România nu există o bază de date generală cu acest tip de informații. Există însă baze de date pe domenii: www.informathiv.ro pentru HIV/SIDA de exemplu.

Dezvoltarea și testarea conceptului mesajelor

Conceptele de mesaje sunt mesaje în forma neșlefuită. Acestea pot fi simple declarații sau declarații însoțite de o ilustrare vizuală. În această etapă se crează variante de mesaje care apoi vor intra în procesul de pretestare. Această etapă descrie componentele procesului de testare a conceptului de mesaje.

Se începe cu identificarea unui **partener de creație**, în general este vorba de departamentul de creație al unei agenții de publicitate. Pentru ca aceste departamente de creație să producă variante viabile de mesaje trebuie să primească informații adecvate despre problema în cauză care va face obiectul campaniei. Este ceea ce numim un „brief de campanie”. Brieful trebuie însă să fie bine făcut, ceea ce de obicei nu este la îndemâna persoanelor fără pregătire în comunicare. De aceea, procesul de lucru între persoana de sănătate publică și persoana de advertising trebuie să fie unul de învățare reciprocă, pe baza unei relații de parteneriat mai degrabă, decât de subordonare, pentru ca rezultatele să fie cele așteptate.

Se continuă cu considerarea **caracteristicilor culturale** ale audienței țintă. Pentru o comunicare eficientă, mesajele trebuie să țină seama de normele culturale:

- când se cere o schimbare de comportament ea nu trebuie să contravină acestor norme;
- trebuie identificat dacă beneficiul promis în schimb este unul individual sau unul la nivelul comunității, pentru că norma culturală poate pune accentul pe individ sau pe comunitate, după caz;
- trebuie definit ce imagine se portretizează.

Simbolurile, metaforele, elementele vizuale, tipurile de actori sau persoanele folosite, limbajul, muzica, toate acestea sunt legate de cultură și trebuie potrivite cu contextul cultural al audienței țintă.

Important este, de asemenea, alegerea **tipului de mesaj**. Pentru a capta atenția audienței, oamenii pot fi înfricoșați, emoționați, făcuți să râdă,

făcuți să se simtă bine sau alimentați cu informații factuale. Ce va funcționa mai bine depinde de preferințele audienței, de ce se cere audienței să facă și de cum se va folosi mesajul pentru a le cere să facă ceva.

Ultima fază a acestei sub-etape este **testarea conceptului**. O dată definită audiența țintă, strategia de comunicare și conceptul mesajelor, testarea poate ajuta la alegerea tipului de mesaj, a purtătorului de mesaj și a limbajului mesajului. Testarea este cu atât mai importantă dacă programul are ca subiect o problemă nouă. Testarea conceptelor va ajuta la economisirea de timp și resurse pentru că va identifica care mesaje funcționează mai bine cu care tip de audiență.

Ce tip de materiale trebuie dezvoltate

O dată găsit conceptul mesajului care este eficient aplicat la audiența dorită, urmează alegerea formatului de materiale (broșură, video, poster) care se potrivește cel mai bine programului pe baza evaluării:

- (vii) naturii mesajului (complexitate, sensibilitate, stil);
- (viii) funcției mesajului (să atragă atenția asupra unei probleme sau să învețe o deprindere nouă);
- (ix) activităților și canalelor identificate în Etapa 1 (dacă audiența va fi mai ușor atinsă într-un anumit loc sau printr-un anumit tip de activitate);
- (x) bugetului și celorlalte resurse.

Foarte important este ca materialele să fie potrivite cu activitățile și canalele de comunicare pentru a contribui la atingerea obiectivelor de comunicare. Dezvoltarea de materiale noi poate fi o investiție majoră și de aceea trebuie corelate cantitățile necesare cu bugetul disponibil, cu mărimea audienței și cu metodele de distribuție aflate la îndemână

Conturarea mesajelor și materialelor

Pentru ca materialele să fie acceptate, folosite și înțelese de audiență trebuie asigurată:

- **acuratețea mesajului** acuratețea științifică este esențială, dar ea trebuie coordonată cu necesitatea ca mesajul să fie simplu de înțeles
- **consistența mesajului** toate mesajele din toate materialele și activitățile trebuie să se potențeze reciproc și să urmeze strategia de comunicare. Trebuie luată în calcul posibilitatea ca mesajul prezent să contravină unor mesaje anterioare. De asemenea, trebuie să existe o identitate grafică unică a tuturor elementelor campaniei

- **claritatea mesajului** - mesajele ideale sunt cele simple; ele conțin un număr limitat de termeni tehnici sau științifici. Cele scrise trebuie să fie ușor de citit. Reacția sau acțiunea dorită de la audiența țintă trebuie să fie explicită
- **relevanța față de audiența țintă** - se poate obține prin sublinierea beneficiilor suplimentare, care pot fi obținute prin adoptarea unui anumit comportament (beneficii psihologice de tipul „vei avea control asupra ta”, altruistice de tipul „vei ajuta și pe alții făcând așa”, economice de tipul „economisești și bani dacă te lași de fumat”). De asemenea, stilul de prezentare trebuie să fie cât mai apropiat de normele și așteptările audienței, diferențele regionale ale audienței trebuie considerate, precum și experiența anterioară a audienței la teme similare. Mesajele trebuie să fie, nu în ultimul rând, potrivite cu potențialul audienței de a face o schimbare funcție de stadiul de schimbare al comportamentului în care se află (precontemplare, contemplare, pregătire, schimbare, menținerea schimbării)
- **credibilitatea** - prin folosirea unor surse credibile de informații și prin folosirea cu atenție și selectiv a personalităților sau vedetelor. Vedetele aduc plus de imagine și atenție, dar pun probleme de coordonare cu un program încărcat sau pot deturna atenția. De asemenea, alegerea vedetei unui post TV va face dificilă raportarea și difuzarea campaniei la posturile rivale
- **atractivitatea** - prin producerea de materiale atractive pentru diverse segmente ale audienței, prin producerea de materiale de calitate, prin folosirea la maxim a conceptului de edutainment

Pretestarea mesajelor și materialelor

Doar membrii audienței pot să arate reacția pe care o au la mesaje și materiale. De aceea pretestarea trebuie în mod necesar să îi implice. Dacă nu există suficiente resurse pentru pretestare se pot folosi metode mai puțin costisitoare. Testarea se poate face și pe forme incipiente ale materialelor sau pe substitute (serie de desene în loc de un video, desen de mână al unui afiș în loc de o fotografie etc). Testarea cu membrii audienței țintă trebuie să urmărească:

- a. Evaluarea comprehensibilității – audiența înțelege mesajul?
- b. Identificare punctelor tari și slabe – care din materiale își ating scopul, adică atrag atenția, informează, motivează și care nu?
- c. Determinarea relevanței la nivel individual – se identifică audiența cu materialele respective?

- d. Determinarea elementelor care induc confuzie, sensibilități sau controverse – abordarea unei anumite probleme face cumva publicul să se simtă neconfortabil?

Trecerea în revistă a limitărilor testării poate ajuta la o mai bună planificare a acestora și la maximizarea utilizării. Astfel limitările sunt:

- o pretestare este la fel de obiectivă cât este persoana care proiectează și interpretează studiul
- pretestarea nu poate da predicții absolute asupra capacității de învățare persuasiunii, schimbării de comportament sau eficienței comunicării
- pretestarea nu este statistic precisă
- pretestarea nu poate înlocui judecata unor experți, ci poate, eventual, da elemente suplimentare pentru o mai bună judecată
- pretestarea nu garantează succesul. În pofida unei bune pretestări și planificări faza de producție poate altera impactul materialelor.

• Etapa 3: Implementarea programului

Această etapă constă de fapt în expunerea audienței țintă la campanie prin:

- a. promovarea și distribuirea mesajelor și a altor activități prin toate canalele disponibile
- b. urmărirea expunerii audienței țintă și a reacției la program și determinarea necesității ajustării (evaluarea procesului)
- c. revizuirea periodică a tuturor componentelor programului și operarea de ajustări după cum este necesar

Etapetele implementării pot fi grupate astfel:

a. Pregătirea de implementare

Înainte de lansare se finalizează planificarea distribuției, promovării și a procesului de evaluare. Se dezvoltă și planul de lansare și se produc materiale în cantități suficiente și se pregătește personalul pentru activitățile care urmează.

b. Lansarea programului

Lansarea se poate face „tăcut”, începând activitățile într-o arie restrânsă. Lansarea la scară mică poate permite ajustarea programului înainte de alocarea majorității resurselor. Această strategie de lansare poate fi utilă în special pentru programele pe scară largă care nu au mai fost încercate înainte.

Lansarea se poate face și printr-un **eveniment de lansare**. Un astfel de eveniment poate crea o cunoaștere mai largă a programului și poate promova implicarea comunității. El poate fi:

- independent și bine planificat sau legat de un eveniment de notorietate în comunitate;
- organizat și finanțat în parteneriat.

Un eveniment de lansare trebuie de asemenea să atragă atenția media și să fie reflectat la secțiunile de știri. Elemente care pot asigura asta sunt:

- poziționarea programului dintr-o perspectivă care să îl facă interesant pentru media;
- informarea media din timp pentru a asigura participarea;
- invitarea mediei specializate (ziare locale, posturi radio și TV locale, reviste);
- lansarea activităților în mai multe locații;
- producția de media kit-uri care să faciliteze reflectarea adecvată din partea media;
- invitarea la lansare a unor persoane publice de notorietate care pot atrage atenția media.

c. Menținerea relațiilor cu media și după lansare

Programul poate fi promovat și dacă media este convinsă să vorbească despre el și după lansare. Pentru a avea o reflectare continuă a programului în media, trebuie dezvoltată și menținută o relație continuă cu aceasta prin:

- dezvoltarea și menținerea unor contacte cheie în media;
- planificarea reflectării media și crearea de „știri” despre proiect;
- identificarea și trainarea unor persoane care să poată vorbi cu media;
- urmărirea acoperirii media;
- folosirea potențialelor știri de ultimă oră.

Relația cu media este una complexă. Trebuie știut ce atrage media, respectiv:

- povești cu potențial de audiență;
- subiecte care incită la dezbateri, controversă sau chiar conflicte;
- puncte de vedere noi sau chiar total diferite de cele vechi asupra unor probleme de interes public;
- informații bune de context;

Trebuie de asemenea știut și ce media nu acceptă:

- să vorbească despre un subiect vechi, deja abordat;
- să scrie despre un subiect după ce competitorii lor au făcut-o deja;
- să primească date incomplete sau inexacte;
- să primească telefoane în momente nepotrivite;
- să fie presată să scrie despre ceva pe care l-a respins deja în repetate rânduri;
- să fie presați de organizații care cred că o poveste este interesantă doar pentru că ele se regăsesc în acea poveste.

d. Administrarea implementării, monitorizarea și rezolvarea problemelor

Managementul unui program de promovarea a sănătății prin comunicare nu este diferit de managementul oricărui alt program. Activitățile cheie includ monitorizarea activităților, staffului și bugetului, rezolvarea problemelor, evaluarea procesului, măsurarea satisfacției audienței, revizuirea planurilor și operațiunilor. Planul de comunicare ar trebui să indice cum și când vor fi folosite resursele, când au loc evenimentele și când sunt programate evaluările de etapă. În cursul implementării pot apărea însă devieri. Periodic trebuie evaluat dacă:

- activitățile sunt terminate în timpul planificat;
- audiența țintă este atinsă cu mesaje;
- anumite activități sau materiale sunt mai bune decât altele;
- anumite aspecte din program trebuie schimbate sau chiar eliminate;
- cheltuielile sunt în limita bugetului.

Problemele de implementare pot fi corectate dacă ele sunt identificate din timp.

• Etapa 4: Evaluarea eficienței și operarea de ajustări

În această etapă se va folosi planul de evaluare a impactului elaborat în etapa 1, pentru a identifica schimbările pe care le-a produs sau nu programul în cunoștințe, atitudini și comportament. Evaluarea progresului și cea a impactului vor spune dacă programul funcționează și de ce. Planificarea acestor evaluări trebuie însă să înceapă chiar înainte de lansarea programului.

a. Evaluarea de impact

Evaluarea de impact este importantă deoarece arată cât de bine a reușit programul să își atingă obiectivele de comunicare și ce se poate face pentru ca programul să fie mai eficient. Ilustrarea progresului este importantă pentru:

- justificarea programului către finanțatori și către management;
- furnizarea de evidențe a succesului și a nevoii eventuale de resurse suplimentare;
- creșterea înțelegerii și sprijinului organizației pentru activitățile de comunicare pentru sănătate ;
- încurajarea continuării cooperării cu alte organizații.

Evaluarea poate fi de la foarte simplă până la foarte complexă, în funcție de caracteristicile programului, de durata acestuia, de obiectivele de comunicare stabilite, de acoperirea programului, de numărul de parteneri implicați, de bugetul și resursele umane disponibile pentru evaluare etc. Evaluarea poate necesita uneori utilizarea unor capacități și competențe din afara organizației pentru a asigura acuratețea ei.

Evaluarea urmărește în general obținerea de date cantitative și/sau calitative prin cercetări specifice:

- **cercetarea cantitativă** este folosită pentru a aduna informații obiective prin chestionarea unui număr relativ mare de persoane folosind un chestionar unic. Rezultatele sunt numerice (ex. 35% din populația X este conștientă de problema Y). Dacă cei care răspund la un chestionar sunt un eșantion reprezentativ al populației vizate, atunci rezultatele se pot extrapola la toată populația vizată. Cercetarea cantitativă este utilă pentru a măsura prevalența unor cunoștințe, atitudini sau comportamente în rândul audienței țintă. Metodele de cercetare cantitativă sunt utilizate predilect în cercetările de impact.
- **Cercetarea calitativă** este folosită pentru a înregistra reacțiile și impresiile unui număr limitat de membri ai audienței țintă, de obicei prin implicarea lor în discuții directe. Rezultatele sunt subiective, nu pot fi cuantificate numeric și nu pot fi extrapolate la întreaga audiență țintă. Cercetarea calitativă este însă utilă pentru a înțelege de ce indivizii reacționează într-un anumit fel și pentru a înțelege alte probleme conexe ale lor. Cercetarea calitativă este folosită pentru a ajuta la interpretarea rezultatelor date de cercetările cantitative mai ales pentru a căuta răspunsuri legate de ce un anumit tip de impact a fost sau nu obținut.

Evaluarea trebuie să se concretizeze într-un raport de evaluare care să urmărească modul în care obiectivele inițiale au fost îndeplinite, dar care să includă și recomandări pentru o ajustare a programului în viitor pentru a fi mai eficient și eficace. Raportul de evaluare, indiferent de rezultatele sale, trebuie circulat la toți partenerii din program, dar și la factorii de decizie, la lideri de opinie. Raportul de evaluare trebuie privit în sine ca un element în jurul căruia se poate crea un eveniment util pentru program.

b. Rafinarea programului de comunicare pentru sănătate

Procesul de planificare a comunicării pentru sănătate este unul circular și în mod ideal iterativ. Sfârșitul etapei a 4-a nu este sfârșitul procesului ci mai degrabă duce înapoi la etapa 1. Raportului de evaluare ar trebui să fie de ajutor pentru decizii legate de arii ale programului care trebuie îmbunătățite, reduse sau la care se va renunța în viitor. Ariile de analiză și recomandările pot fi structurate astfel:

Scopuri și obiective:

- Sunt acestea modificate de intervenția programului? Dacă da, ele trebuie modificate astfel încât să corespundă noii situații.
- Sunt obiective pe care programul nu le-a îndeplinit? De ce? Care sunt obstacolele întâlnite?
- Programul nu funcționează de loc? Trebuie considerată stoparea lui.

Unde sunt necesare eforturi suplimentare?

- Există informații noi care trebuie încorporate în mesajele programului?
- Sunt anumite strategii sau activități care nu au avut succes? Trebuie analizat de ce nu au funcționat și determinat cum se poate corecta problema.

Implicațiile succesului:

- Care obiective au fost atinse și prin ce activități de succes?
- Pot fi activitățile de comunicare continuate și întărite pentru că funcționează bine sau pot fi considerate încheiate cu succes?
- Pot fi activitățile de comunicare de succes extinse și aplicate și la alte audiențe țintă sau la alte situații?

Costurile și rezultatele diferitelor activități:

- Care au fost costurile (inclusiv de personal) și rezultatele diverselor activități ale programului?
- Sunt anumite activități care funcționează și costă mai puțin decât altele?

Responsabilitatea:

- Există evidențe ale eficienței și beneficiilor programului și implicit nevoia de a convinge organizația să îl continue?
- Sunt rezultatele cunoscute de conducerea organizației?
- Au fost rezultatele împărtășite partenerilor?
- Arată cumva evaluările nevoia de noi activități și implicit de noi parteneriate?

VII.5. CAMPANII DE PROMOVAREA A SĂNĂTĂȚII ÎN ROMÂNIA

Acest subcapitol nu încearcă să facă o analiză a campaniilor de promovarea a sănătății din România, ci mai degrabă să le sublinieze pe unele din cele mai cunoscute autorului și modul în care se pot afla mai multe detalii despre ele. Ele sunt grupate pe tematici mari și gruparea poate conține mai multe campanii pe aceeași temă chiar dacă acestea nu au fost neapărat explicit coordonate între ele.

A. Campaniile de promovare a folosirii prezervativului ca metodă de prevenire HIV și a infecțiilor transmise sexual

Ele au fost începute încă din anii '97 – '98 și au fost de la început proiectate ca un larg parteneriat între organizații guvernamentale, neguvernamentale și internaționale. Publicul țintă au fost tinerii cu vârste cuprinse între 15 – 24 ani. A existat și implicarea sectorului privat (Durex) și au fost folosite și tehnici de marketing social (PSI și ARAS). Campaniile succesive au folosit anunțuri de utilitate publică TV și radio, dar și activități locale la nivel de comunități, grupuri și indivizi. Încă de la campania „Faci ce vrei, dar știi ce faci?” (PSI și ARAS 1998) au fost implicate și personalități publice, în special din lumea muzicală (Holograf). Această tendință a continuat și în 2001 – 2002 în campania „Deschide ochii, deschide Inima” unde au fost implicate 3 formații de muzică.

Ultima campanie de gen este campania „Esti dotat” și detalii pot fi găsite la http://www.prezervativ.ro/despre_campanie.php. Alte detalii despre activități similare curente la <http://www.informathiv.ro/campanii/index.htm>. Un rezultat clar al acestor campanii continuate de-a lungul anilor este îmbunătățirea ratei de folosire a prezervativului atât la primul contact sexual cât și la contactul sexual cu parteneri ocazionali în rândul tinerilor 15 – 24 ani ilustrat în ultimul Studiu al Sănătății Reprodusei

(www.unfpa.ro/comune/SSRR2004.pdf) precum și scăderea în ultimii ani a ratei sifilisului.

Campaniile au fost inițiate pe baza strategiilor naționale din domeniul Infecțiilor Transmise Sexual, HIV/SIDA și Sănătății Reprodusei.

B. Campaniile pentru promovarea consumului de sare iodată

Campaniile au fost inițiate de Reprezentanța UNICEF în România în parteneriat cu Ministerul Sănătății și cu organizația Population Services International (PSI) Romania, sub sloganul: "Un lucru atât de mic - un beneficiu atât de mare", urmărind prevenirea și eliminarea tulburărilor prin deficit de iod. Campania include difuzarea gratuită a mesajelor în media națională (presă, TV, radio, panotaj stradal), panotaj stradal și distribuirea de materiale promoționale, activități de promovare în teren cu producătorii și distribuitorii de sare, materiale specifice distribuite la punctele de vânzare a sării. Mai multe detalii, inclusiv cele legate de evaluarea campaniei la www.iod.ro.

Campania a fost inițiată pe baza Strategiei Naționale pentru Eliminarea Tulburărilor prin deficit de Iod 2004 - 2012

C. Campaniile de promovare a alăptării

Aceste campanii au fost, de asemenea, inițiate de UNICEF în parteneriat cu Ministerul Sănătății, institute naționale în domeniu, parteneri neguvernamentali și privați. Campaniile au inclus difuzarea de anunțuri de utilitate publică la radio, TV și presă scrisă, panotaj stradal și distribuirea de materiale, implicarea unor persoane publice, activități la nivel interpersonal cu furnizorii de servicii și femeile la vârstă fertilă.

Campania a fost bazată pe Strategia în Domeniul Promovării Alăptării 2003 – 2012

D. Campania de prevenire și combatere a cancerului la sân

Campania a fost inițiată de Fundația Renașterea sub numele „Campania roz” și a implicat difuzarea de anunțuri de utilitate publică prin radio, TV și presă scrisă, evenimente anuale, activități de promovare cu sectorul privat și activități de strângere de fonduri prin intermediul brății roz. Mai multe detalii la <http://www.fundatiarenasterea.ro/campania-roz.html>

Acestea sunt numai câteva din campaniile de promovarea sănătății în România. Ele sunt menționate pentru că au fost unele dintre campaniile vizibile pentru public dezvoltate în parteneriat și care au implicat activități atât la nivel media național cât și la nivel local.

CAPITOLUL VIII

ADVOCACY ȘI DEZVOLTARE DE PARTENERIATE

Dr. Irina Dincă

VIII.1 ADVOCACY

Nimeni nu poate schimba lumea peste noapte. Pentru orice schimbare este nevoie de un șir întreg de activități care presupun implicarea celor pentru care se va produce schimbarea (grupul țintă), identificarea unor mesaje cheie de transmis, precum și stabilirea unor strategii de abordare a schimbării și punere în practică a unor planuri de lucru. Toate acestea înseamnă, de fapt, pledoarie.

Pledoarie (advocacy): activitatea de atragere a atenției comunității la o problemă importantă și direcționarea decidenților către găsirea unei soluții pentru problema respectivă.

Pledoarie înseamnă atragerea mai multor persoane pentru realizarea unei schimbări pozitive.

Persoana care face advocacy pledează pentru o cauză, este un suporter, un activist (cu o conotație pozitivă).

Pledoaria are mai multe componente:

1. Formarea persoanelor, găsirea conducătorilor de grup (formali sau informali)
2. Convingerea decidenților sau a politicienilor (activitate de lobby) să schimbe politicile
3. Folosirea mass-media
4. Realizarea unor alianțe
5. Mobilizarea comunității pentru realizarea schimbării
6. Generarea resurselor necesare punerii în practică a schimbării sau a menținerii acesteia (fundraising)

1. GĂSIREA / FORMAREA CONDUCĂTORILOR DE GRUP

1.1 Definierea elementelor cheie (se face prin răspunsul la următoarele întrebări):

- Care sunt cele mai importante bariere ale grupului țintă (ex. ale femeilor, tinerilor etc.) din comunitate? Ce se încearcă să se schimbe? Cu ce ar trebui să se înceapă?

- Care sunt obiectivele imediate, specifice, ale campaniei de advocacy? Ex.: crearea unei presiuni publice asupra politicianilor pentru schimbarea unei politici, schimbul de informații și experiență pentru găsirea unor elemente comune între indivizi și organizații cu aceleași interese?
- Care sunt obiectivele pe termen lung ale campaniei? Ex.: schimbarea priorităților unei anumite instituții sau politici, crearea unui mandat pentru susținerea unui anumit proiect
- Cum se va proceda? Există deja un sprijin public puternic pentru poziția aleasă sau este nevoie să se înceapă realizarea unei coaliții și alianțe pentru atragerea atenției publicului?
- Care sunt cele mai adecvate mesaje ale campaniei? Pot fi antrenați și alți membri importanți ai comunității în acest demers?
- Folosirea unor persoane care fac mărturisiri personale va fi folositoare?

1.2 Elaborarea mesajului

- Se evaluează cunoștințele publicului despre problema care se dorește a fi abordată. Se poartă discuții cu diverse persoane din comunitate pentru a se verifica dacă opinia exprimată este reprezentativă sau dacă este nevoie de convingerea acestora.
- Nu se pleacă de la ideea că oamenii înțeleg punctele de vedere exprimate sau au aceeași experiență cu a celui care face advocacy. Se vor oferi explicații suplimentare, dacă este nevoie.
- Mesajul trebuie să fie scurt și simplu; concret și “umanizat” (ex. mărturii personale). Sunt explicate beneficiile schimbării propuse. Dacă se folosesc cifre, date statistice, acestea nu trebuie complicate, ci dimpotrivă, se încearcă “traducerea” lor într-un limbaj cât mai accesibil.
- Întotdeauna se încorporează în mesaj elemente de acțiune. Dacă un ascultător este convins, trebuie să i se dea acestuia și sugestii pentru o anumită acțiune, ex. scrierea unei scrisori, oferirea de muncă voluntară sau, pur și simplu, să spună prietenilor despre ce s-a discutat.

ADAPTAREA MESAJUL ÎN FUNCȚIE DE AUDIENȚĂ

- Dacă se vorbește unei persoane în particular, mesajul trebuie să fie cât mai “umanizat”.
- Dacă se vorbește unei persoane în calitate oficială, este eficient să se vorbească despre implicațiile politice ale lipsei de acțiune, ca și de beneficiile pe termen lung ale unei anumite acțiuni.
- Dacă se vorbește cu conducătorul unei organizații potențial aliate, pot fi subliniate punctele comune de acțiune și viziunile comune.
- Dacă se vorbește cu mass-media, programul se prezintă simplu și direct. Se oferă jurnaliștilor surse de informare sau legături cu persoane care pot face mărturii.

1.3 Transmiterea mesajului către public

Întâi este bine să se afle cât de multe știe publicul despre subiectul care urmează a fi abordat. Apoi se determină care sunt cele mai eficiente activități pentru transmiterea mesajului:

- Este util să se organizeze o sesiune pro/ contra?
- Este folositor să fie invitat un oficial pentru a-i afla părerea în fața diferitelor grupuri interesate?
- Activitatea ar fi mai folositoare dacă este invitat și un grup de cetățeni care să-și împărtășească părerile cu oficialii?
- Se poate organiza un eveniment public care să apară în presă și să atragă atenția decidenților?
- Poate fi organizată o expoziție de fotografii care să ateste magnitudinea sau gravitatea problemei expuse?
- Poate fi organizat un eveniment cultural care să ajute la transmiterea mesajului?
- Se pot realiza pliante, broșuri afișe, insigne, tricouri sau alte materiale promoționale care să ajute în campanie?

2. CONVINGEREA DECIDENȚILOR SAU A POLITICIENILOR (LOBBY) SĂ SCHIMBE POLITICILE

2.1 Convingerea decidenților să schimbe politicile

Decidenții reprezintă unul din grupele cheie care trebuie influențate în cadrul unei campanii de advocacy, pentru a sprijini schimbarea politicilor. Pentru a le atrage atenția, aceștia trebuie să afle despre problema în cauză –

fie direct, în cadrul unei discuții, fie indirect – prin telefon sau scrisori. Se pot folosi și toate aceste metode combinate.

2.2 Recomandări pentru lucrul cu decidenții

- **Reprezentarea eficientă a cauzei.**
 - Se începe prin a afla care este strategia curentă a decidenților în domeniul în care se lucrează.
 - Se încearcă o cunoaștere cât mai bună a decidenților care vor fi abordați, a cunoștințelor pe care le au despre problema expusă, elaborându-se astfel o strategie de abordare a lor.
 - Mesajul trebuie să fie simplu și cât mai direct. Pentru a fi cât mai convingători se folosesc unele persoane care să aducă mărturii și se folosește cât mai mult timp pentru adaptarea mesajului pentru ca acesta să fie cât mai adecvat.
 - Comunicarea trebuie să fie un eveniment plăcut. Confruntările pot fi uneori utile dar, de obicei, nu reprezintă cea mai bună modalitate de debut a unei campanii. Forțarea unei instituții să răspundă nu are efecte bune pe termen lung.
 - Se încearcă găsirea unor elemente comune. Ne se începe cu subiectele cele mai sensibile, se vede dacă se poate cădea de acord cu elementele de bază ale problemei, apoi, după ce participanții au dobândit încredere între ei, se abordează și subiecte mai delicate.
 - Sinceritatea - dacă se spune cuiva să facă o declarație neoficială, trebuie păstrată confidențialitatea sursei fără a face public numele acesteia în presă.
 - Se cere tot ce este necesar. Dacă se cere numai o schimbare minoră de politică, asta se va și obține. Dacă se cere însă o schimbare majoră, poate se va obține mai puțin decât inițial dar, oricum, se obține o schimbare semnificativă.
 - Este necesară susținerea eforturilor decidenților pentru schimbare. Se vor organiza evenimente publice pentru a se face cunoscute schimbările pe care aceștia le fac și, în același timp, aceștia pot fi convinși să facă și altele în continuare.
 - Dacă au fost realizate coaliții sau alianțe cu alte grupuri, se fac cunoscute informațiile asupra tehnicilor de comunicare considerate cele mai eficiente.

PREGĂTIREA CU ATENȚIE PENTRU ÎNTÂLNIRI

- În planificarea unei întâlniri cu oficiali, se anticipează nevoile și întrebările și se iau informațiile sau materialele adecvate, precum și colegii cei mai potriviți.
- Dacă este posibil, se invită decidenții la sediul unde se desfășoară activitatea. Astfel, aceștia își pot forma o părere mai realistă despre profesionalismul celor implicați.
- Dacă există un scop foarte bine definit, se pregătește cea mai bună metodă de prezentare – se folosesc un copil, un bătrân, un specialist – pentru a cere ceea ce se dorește.
- Se începe cu elementele cele mai importante, s-ar putea să existe întreruperi pe parcurs sau timpul să fie insuficient.
- Dacă nu se cunosc anumite aspecte abordate, se recunoaște acest lucru și se află mai multe informații după întâlnire.
- Se revine cu un telefon dacă decidentul a făcut vreo promisiune sau doar pentru a întreține relațiile.

2.3 Lobby (lucrul cu politicienii)

Aceasta înseamnă lucrul de convingere a politicienilor, care presupune atât contact direct cu ei, cât și indirect. Nevoia de lobby apare pentru că, în mod evident, există mai multe opinii despre o problemă (fie între partidele politice dar și în cadrul unui partid). Este nevoie de lobby pentru adoptarea unei legi dar și pentru a avertiza asupra efectelor adoptării unei legi, ex. impactul asupra sănătății a unei legi care favorizează producătorii de tutun.

Se ține cont de următoarele aspecte când se realizează activități de lobby:

- Nu trebuie să existe implicare în activități individuale dacă acestea sunt de domeniul sindicatelor sau în cadrul unor coaliții și alianțe.
- Atenția trebuie să fie îndreptată asupra parlamentarilor care pot răspunde ușor la cerințe, fie pentru că au un interes, fie pentru că reprezintă comisia care se ocupă de probleme similare cu cea în cauză.
- Materialele speciale elaborate pentru parlamentari și autoritățile guvernamentale, trebuie să fie cât mai scurte posibil. Se includ fapte, iar aspectele expuse trebuie să fie realiste.
- Pentru planuri mai ample, ex. adoptarea unei legi, nu se folosește lobby-ul izolat, ci în cadrul unei campanii care să implice obligatoriu mass-media.

3. FOLOSIREA MASS-MEDIA

Comunicarea este elementul cheie al oricărei campanii de advocacy. Ea poate lua mai multe forme, de la comunicarea interpersonală unu-la-unu, până la interviurile acordate jurnaliștilor. Cu excepția mitingurilor, mass-media poate oferi cea mai sigură metodă de a atrage mase mari de oameni în demersul propus.

Primul pas este să se cunoască toate mijloacele de comunicare în masă din comunitate și ce fel de trăsături au.

Nu trebuie să existe o teamă în a lucra cu mass-media. Munca depusă este importantă și merită să fie cunoscută de cât mai multă lume. Este, însă, esențial să se elaboreze mesajul într-o manieră care să-i atragă pe jurnaliști. Este important, de asemenea, să se stabilească relații pe termen lung cu reprezentanții mass-media. Un prim pas este să existe punctualitate și, mai mult, să existe timpul necesar pentru a fi la dispoziția lor; să fie cunoscut termenul limită pentru predarea unui articol sau a unei emisiuni.

Cel care face advocacy trebuie să fie expert în domeniul de lucru și mass-media are nevoie de experți pentru a fi credibilă.

Recomandări în relația cu mass-media:

- cunoașterea mass-media cu care se lucrează:
 - se afișează numele reporterilor din domeniul sănătății sau socialului, se includ nu numai jurnaliști locali dar și reprezentanți ai agențiilor de presă;
 - se menține o relație continuă cu jurnaliștii:
 - în lansarea de noi programe,
 - în comentarea diferitelor inițiative ale altor grupuri sau organizații din comunitate,
 - în lansarea rezultatelor unor studii, cercetări de interes (atenție la formularea rezultatelor),
 - când o persoană dorește să facă o mărturisire în public, ex. o prostituată dorește să povestească dramele prin care trece,
 - când persoane importante vin la birou,
 - când se organizează întâlniri pentru care se dorește mediatizare,
 - în participări la întâlniri internaționale sau programe de pregătire.

Astfel se ajunge în situația de a fi o “sursă” de informații pentru mass-media și reprezentanții acesteia nu vor ezita să dobândească încredere, să răspundă la invitații.

- Elaborarea de materiale și organizarea de evenimente

4. REALIZAREA UNOR PARTENERIATE

O campanie de advocacy de succes înseamnă și realizarea unor alianțe între diverse organizații. Mai mult, în activitatea întreprinsă, indiferent de natura acesteia – activități de teren, pledoarie pentru un anumit comportament, cei implicați nu pot, sub nici o formă, asigura acoperirea geografică necesară, pentru simplul motiv că nu pot fi în mai multe locuri simultan. Abordarea logică, ce asigură în același timp eficientizarea rezultatelor, evită duplicarea eforturilor și, în același timp, plasează pe cel ce face advocacy în rolul de coordonator al activităților de promovare a sănătății într-un județ de ex. - este reprezentată de realizarea de parteneriate.

De ce? Pentru că schimbarea are mai multe șanse să se producă dacă mai multe persoane, din diferite domenii, sunt în favoarea sa. O coaliție alcătuită din persoane cu diferite pregătiri poate câștiga credibilitatea pe care o singură organizație sau un individ nu le pot avea. Alianțele pot include organizații guvernamentale și particulare, specialiști, finanțatori sau donatori, politicieni, decidenți, grupuri religioase și altele.

Prin realizarea acestor alianțe care promovează un scop comun, acesta este mai repede și cu mai mari șanse pus în practică; în plus, fiecare din organizațiile componente își întărește autoritatea și devine mai cunoscută.

Astfel de parteneriate presupun existența unor relații pe termen lung, nu întotdeauna ușor de realizat. Să lucrezi într-o coaliție poate fi deseori dificil și chiar frustrant, pentru că diferite persoane și organizații au diferite valori și scopuri. Dar aceste momente trebuie depășite atunci când accentul se pune pe o problemă care trebuie rezolvată în comun, de toți membrii coaliției. Aceasta presupune, de fapt, găsirea unor compromisuri și situații care convin tuturor membrilor coaliției.

Recomandări pentru realizarea parteneriatelor:

• **Identificarea potențialilor aliați:**

- Se întocmește o listă cu potențialii aliați: cluburi, organizații, asociații profesionale, grupuri religioase etc. Lista trebuie să fie cât mai largă, pentru că nu se știe niciodată de unde vine sprijinul.
- Se elaborează un set de informații despre problema abordată, despre organizație și activitățile sale. Se includ, eventual, articole din presă, detalii despre scopul organizației.
- Se trimite la toată lumea de pe lista făcută anterior acest set, împreună cu o scrisoare de însoțire. Cei de pe listă sunt rugați să trimită, la rândul lor, o prezentare despre cine sunt, ce activități fac și poziția pe care o au în ceea ce privește problema abordată.

- Se continuă relațiile cu organizațiile care au răspuns prin organizarea unei întâlniri pentru a se determina domeniile de interes comun.
- Se mai fac încercări de continuare a relațiilor și cu organizațiile care nu răspund. Uneori, informația este pur și simplu prost amplasată. Se stabilește o întâlnire dacă apar domenii de interes comun.

PREGĂTIREA PENTRU ÎNTÂLNIREA CU PARTENERII POTENȚIALI

- Când există posibilitatea de a întâlni potențialii parteneri de coaliție se prezintă acestora programul întâlnirii clar și simplu.
- Vor fi implicate și alte persoane, ex. persoane cu experiență relevantă, suporteri etc. pentru a pleda cazul cu cât mai multă putere de convingere.
- Se explică ce fel de implicare se dorește din partea lor.
- Se exprimă clar de la început și pe tot parcursul întâlnirii, tipul de implicare care se dorește de la potențialii aliați.

• Clădirea de parteneriate solide și durabile:

- Nu trebuie uitat că s-ar putea să se lucreze cu persoane sau organizații care nu sunt cunoscuți de la început prea bine. Este indicat să nu se facă presupuneri și să nu existe prejudecăți.
- Se definesc prin consens, în cadrul coaliției, atât obiectivele pe termen scurt, cât și cele pe termen lung. Se stabilesc obiective realiste și rezonabile, ținând cont de experiența, interesul și abilitățile diverșilor membri ai coaliției.
- Se planifică evenimente care apropie membrii coaliției.
- Fiecare membru al coaliției este rugat să facă ce știe cel mai bine, ex. cineva știe să atragă fonduri, știe să lucreze bine cu factorii de decizie etc.
- Este necesar să ne asigurăm că fiecare membru al coaliției are niște roluri și responsabilități clare dar știe și ce trebuie să facă ceilalți.
- Nu se evită problemele dificile și conflictele potențiale. Acestea sunt abordate și se încearcă să se găsească concluzii și / sau căi de rezolvare comune.
- Fiecare membru al coaliției trebuie ținut la curent asupra progresului și a schimbărilor. Confuziile sau lipsa informațiilor pot fi distructive sau pot da sentimente neplăcute. S-ar putea să se mai colaboreze în viitor și menținerea unor bune relații este crucială.

5. MOBILIZAREA COMUNITĂȚII PENTRU REALIZAREA SCHIMBĂRII

Seva oricărei schimbări sociale este reprezentată de oameni. Un bun conducător al unei campanii de advocacy ascultă înainte de a acționa. Ea/el îi convinge pe oameni că părerea lor contează, că pot contribui la schimbare. Oamenii se vor lupta când sunt convingși că vor fi luați în seamă.

Pentru a-i îndruma pe oameni în sensul anterior menționat, trebuie ca nevoile acestora să fie cunoscute, să se lucreze cu ei și pentru ei, în cadrul unor termeni stabiliți de ei. Advocacy înseamnă să schimbi climatul social în care oamenii lucrează și trăiesc, nu să obligi oamenii să se schimbe.

Întâi de toate este necesară construirea unor relații interpersonale. Dacă la început există o mobilizare extrinsecă, pentru ca schimbarea să dureze în timp este nevoie de o motivație intrinsecă a oamenilor. Dacă aceștia sunt convingși, participă la elaborarea și punerea în practică a schimbării. Evident că aceasta are mult mai multe șanse de reușită și de menținere în timp.

Trebuie căutați conducătorii, în special cei informali din comunitate, și convingși să fie aliați.

Recomandări în relația cu populația

• Cum se ajunge la membrii comunității:

- Școlile, grupurile sociale, organizațiile comunitare, instituțiile religioase și asociațiile profesionale sunt potențiale surse de “aur” pentru o campanie. Nu se ratează nici o ocazie de a le vorbi și de a fi atrași.
- Este importantă participarea la diversele întâlniri, dar și organizarea de evenimente proprii.
- Informațiile vor fi puse în locuri publice pentru a mobiliza oamenii să se alăture. Informația gratuită, simplă, poate atrage oamenii.
- Se organizează sesiuni de pregătire pe subiecte de interes pentru oameni, ocazie cu care se face cunoscută și campania care se dorește a fi realizată.
- Se publică și distribuie cărți, pliante, fluturași și alte materiale informative.
- Se cere ajutor din orice sursă posibilă, chiar de la alte grupuri care nu sunt direct vizate de campanie.
- Se mențin legăturile cu persoanele care au ajuns în funcții de decizie sau în alte organizații pentru a le cere părerea.
- Li se spune grupurilor implicate ce se întâmplă.

- Se identifică, se pregătesc și vor fi promovați și alți conducători de grup.
- Se stabilesc termene limită pentru acțiunile întreprinse.

6. GENERAREA RESURSELOR NECESARE PUNERII ÎN PRACTICĂ A UNEI SCHIMBĂRI DE DURATĂ - FUNDRAISING

Indiferent de cât de nobilă este cauza, nu se pot pune în practică idealurile, nu se poate negocia cu decidenții și nu se poate ajunge la membrii comunității dacă nu există sprijin material și financiar adecvat. Adevărul este că nu se poate realiza și susține nici o schimbare socială dacă nu există sprijin financiar.

Resursele financiare pot avea diferite origini: guvernamentală, particulară, internațională, neguvernamentală, individuală. Toate aceste surse odată identificate trebuie cultivate cu grijă pentru întreținerea unor relații pe termen lung.

Fiecare donator are propriile sale reguli și este nevoie să se cunoască în detaliu și în totalitate.

Primul pas este, și în acest caz, cunoașterea potențialilor donatori interesați de domeniul în care se lucrează. Atenție însă, prioritățile lor se pot modifica în timp!

STABILIREA CELEI MAI ADECVATE ABORDĂRI A DONATORILOR

Există mai multe metode de abordare a unui potențial donator – scrisori, telefon sau aranjarea unei întâlniri. În general, cu cât se dorește o cantitate mai mare de bani, cu atât este mai important să se stabilească o întâlnire cu donatorul. Se iau în considerare următoarele:

- Care sunt procedeele finanțatorului? Acceptă numai propuneri scrise sau trebuie să se întâlnească cu potențialii beneficiari? Este nevoie de un anumit format pentru propunerea de finanțare?
- Dacă se pot aranja întâlniri, se întâlnesc cu un singur reprezentant sau este permis să se vină în grup (așa se poate susține mai puternic “cazul” în cauză.)
- Vor trimite un reprezentant dacă se organizează o întâlnire, un eveniment?

Cultivarea personalităților. Ei sau nevestele lor pot fi interesați de activitatea desfășurată. Nu trebuie să se abandoneze susținerea cauzei!

- Trebuie să existe perseverență. Nu trebuie să se renunțe decât dacă se spune foarte clar și răspicat că o persoană sau o organizație nu sunt de acord cu filosofia, cu munca desfășurată și că nu o să se dea bani pentru asta.
- În cazul unui eșec, se va întreba de ce? Poate e vorba de prea puțini bani pentru donație și se poate încerca mai târziu.
- Relația cu donatorii este continuă. Dacă constată că banii lor au fost bine și eficient cheltuiți, cresc șansele să dea și pe viitor bani. Este important să fie informați permanent despre activitățile desfășurate.
- Se încearcă continuu să se stabilească legături cu mai mulți potențiali donatori.
- Se poate organiza, din când în când, o întâlnire cu toții donatorii.

VIII.2 STRUCTURA UNEI PROPUNERI DE FINANȚARE

- a. Scrisoare de însoțire
 - Descrie pe scurt conținutul propunerii
 - Dar NU înlocuiește rezumatul
- b. Rezumatul propunerii (prezentat înainte de propunerea propriu-zisă, dar scris după ce a fost finalizată propunerea) include:
 1. Identificarea applicantului și 1-2 fraze despre credibilitate/profesionalism.
 2. Motivația cererii de fonduri: menționarea unei probleme care trebuie rezolvată.
 3. Obiectivele care vor fi atinse cu această propunere.
 4. Tipurile de activități care vor duce la îndeplinirea obiectivelor.
 5. Costul total al propunerii, eventuale contribuții din alte surse (în natură, numerar) și suma solicitată.
- c. Propunerea
 1. *Introducere (interesantă, concisă, fără prescurtări sau jargon)*
 - i. Descrie clar cine aplică
 - ii. Descrie scopul și obiectivele organizației aplicante
 - iii. Descrie programele organizației aplicante
 - iv. Descrie beneficiarii/clientii organizației aplicante

- v. Descrie evidențe ale rezultatelor obținute de către organizația aplicantă
- vi. Oferă statistici care sprijină cele menționate anterior
- vii. Oferă declarații care sprijină credibilitatea organizației (ex. citate ale unor personalități) sau alte elemente care sprijină credibilitatea organizației în aria tehnică în care se solicită fonduri
- viii. Conduce logic la expunerea problemei

De exemplu, se poate include:

- Când, cum și de ce s-a înființat organizația
- Menționarea viziunii, scopurilor, filosofiei
- Evenimente semnificative în istoria organizației
- Activități trecute și prezente
- Rezultate și impact
- Dimensiunile și caracteristicile beneficiarilor.
- Asistență oferită altor organizații
- Sursele de finanțare și, eventuale comentarii pozitive din partea finanțatorilor
- Rezultatele evaluării interne și externe a programelor.
- Citate din scrisori de recomandare de la beneficiari, finanțatori, experți, VIP-uri, alte organizații
- Publicații importante

2. *Expunerea problemei/ evaluarea nevoilor (trebuie să fie interesant!):*

- ix. Are legătură cu scopul și obiectivele
- x. Are dimensiuni rezonabile – ce se va face în legătură cu **ceva** de-a lungul proiectului
- xi. Este sprijinit de date statistice, declarații ale autorităților
- xii. Se structurează având în centru beneficiarii/ clienții și nu nevoie sau probleme ale organizației
- xiii. Se elaborează cu implicarea/ aportul beneficiarilor/ clienților
- xiv. Nu se fac presupuneri

3. *Obiectivele programului:*

- xv. Descrie rezultatele programului care vor rezolva problema
- xvi. Nu descriu metodele
- xvii. Definesc populația beneficiară
- xviii. Menționează când vor fi obiectivele atinse
- xix. Descrie obiectivele în termeni măsurabili (SMART)

4. *Metode (decurg în mod natural, logic, din secțiunile anterioare)*

- xx. Descrie clar activitățile programului
- xxi. Specifică/justifică de ce anumite activități au fost selecționate
- xxii. Descrie personalul/resursele umane ce va/vor derula programul
- xxiii. Descrie clienții/beneficiarii și selecționarea lor

5. *Evaluare*

- xxiv. Descrie evaluările de proces, de rezultate imediate și de impact (outcome, output, impact)
- xxv. Menționează cine va efectua evaluarea și cum vor fi aceștia selecționați
- xxvi. Definiște criteriile de evaluare
- xxvii. Descrie metodele de culegere a datelor
- xxviii. Explică orice instrument care va fi utilizat, ex. chestionar
- xxix. Descrie procesul de analiză a datelor
- xxx. Demostrează cum se va utiliza evaluarea pentru îmbunătățirea programului
- xxxi. Descrie rapoartele de evaluare care vor fi realizate

6. *Viitor și alte fonduri necesare*

- xxxii. Descrie un plan de finanțare pentru viitor, în cazul în care programul va continua

7. *Buget*

- xxxiii. Conține estimări realiste
- xxxiv. Conține cât mai multe detalii posibile

CAPITOLUL IX

SPITALE CARE PROMOVEAZĂ SĂNĂTATEA

Dr. Victor Olsavszky
Dr. Oliver Groene

Scopul acestui capitol este de a arăta necesitatea introducerii promovării sănătății și la nivelul spitalelor, într-un mod sistematizat. De asemenea capitolul prezintă pe scurt un instrument propus de către rețeaua internațională a spitalelor care promovează sănătatea și OMS, instrument de lucru care permite spitalelor să-și auto-evalueze modul în care promovează sănătatea prin activitatea curentă.

Dacă promovarea sănătății este definită ca “procesul prin care devine posibil ca oamenii să își controleze și îmbunătățească sănătatea” (Carta de la Ottawa privind Promovarea Sănătății)* în cele ce urmează, se utilizează acest termen în domeniul spitalicesc pentru a acoperi conceptele de educație pentru sănătate, prevenirea bolilor și servicii de reabilitare. De asemenea, acoperă întărirea sănătății prin includerea pacienților, rudelor și angajaților în procesul de îmbunătățire a bunăstării lor legate de sănătatea fizică, mentală și socială.

Spitalele joacă un rol important în promovarea sănătății, prevenirea bolilor și oferirea de servicii de reabilitare. Unele dintre aceste activități reprezintă o parte esențială a activității spitalelor. Cu toate acestea, prevalența în creștere a afecțiunilor legate de stilul de viață și a bolilor cronice necesită o furnizare mai extinsă și sistematică a unor asemenea activități cum ar fi educația privind tratamentul, strategii de comunicare eficientă pentru a permite pacienților să aibă un rol activ în managementul bolilor cronice sau pentru consiliere motivațională.

* vezi capitolul 1.

IX.1. DE CE SISTEM DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII ÎN SPITALE?

Modificarea așteptărilor publicului, un număr în creștere al pacienților cronici care necesită suport continuu, precum și expunerea frecventă a personalului din spitale unui stres emoțional și fizic duc, la nevoia spitalelor de a încorpora abordarea promovării sănătății ca un serviciu cheie pentru pacienți și personal. În plus, spitalele au un rol asupra sănătății nu numai prin faptul că oferă servicii de prevenție, tratament și reabilitare de calitate, ci și prin impactul lor asupra mediului local.

La ora actuală se poate considera că spitalele funcționează atât în România cât și în alte țări, pe baza sau în cadrul unor structuri învechite care sunt obligate să reacționeze într-un mediu devenit tot mai complex și dinamic. Problema lor centrală devine astfel, reforma și modificarea propriilor lor structuri interne care să poată face față presiunilor venite din mediul extern, de a se transforma dintr-o organizație statică, birocratică într-una flexibilă și adaptabilă noilor solicitări ale societății. Este bine cunoscut faptul că, în toate spitalele din România (dar și din alte țări europene) există o ierarhie bine stabilită cu structuri manageriale de tip birocratic care coexistă cu un sistem informal de comandă și control devenit tradițional. Acest fapt a transformat, de voie de nevoie, mulți șefi de secții în manageri sau lideri autoritari care și-au pus amprenta personală pe managementul secțiilor respective, depășind de multe ori cadrul oferit de mandat. În plus, secțiile funcționează prea puțin într-un mod interconectat sau interdependent, cvasi-autonomia este aproape o regulă, iar transferul pacienților de la o secție la alta devine un proces birocratic.

Pe scurt se poate descrie un astfel de spital ca și o structura arhaică, pornind de la următoarele considerente:

- Organizare a muncii pe baza specialităților și nu inter-profesionalism
- Existența unor structuri ierarhice și nu organizare pe echipe
- Orientare și accente puse pe secții și nu pe organizație ca întreg
- Organizare și diviziune a proceselor (muncii) cu norme ce se stabilesc la nivel de secții și nu la nivelul spitalului ca întreg
- Birocrație în loc de cultură organizațională
- Idealism în loc de profesionalism.

Din această scurtă enumerare se poate ușor desprinde o analogie cu ierarhiile de tip militar sau cu birocratiile unui stat totalitar sau chiar cu organizații de tip monahal.

Având astfel de structuri, spitalele trebuie să reacționeze la presiunea venită din mediul extern care cuprinde următoarele elemente:

- Demografice: îmbătrânirea populației prin creșterea speranței de viață, migrație și scăderea natalității. Lipsa unei rețele de asistență socială pentru bătrâni, creșterea numărului de persoane care locuiesc singure, inclusiv creșterea numărului de familii monoparentale, precum și numărul redus de servicii psiho-sociale și de îngrijiri din afara spitalului duc la o acutizare a fenomenului de “lipsă a aparținătorilor” și la menținerea “mitului” de rol social al spitalelor de acuți.
- Creșterea numărului de boli cronice ca efect al modificării profilului epidemiologic odată cu creșterea bunăstării economice și controlul bolilor transmisibile. La acestea se adaugă și progresul tehnologic și tendința naturală a specialiștilor de a folosi cele mai noi tehnologii.
- Creșterea nevoii de individualizare a serviciilor în fața pretențiilor tot mai crescute ale pacienților. Democratizarea multor domenii ale vieții sociale a dus la o schimbare a valorilor sociale astfel încât spitalele cu structura lor foarte ierarhică sunt puse în fața problemei abordului democratic cerut atât de pacienți cât și de personal.
- Drepturile pacienților – devin un element tot mai important, pacienții și societatea civilă accentuează tot mai des acest drept.
- Politicile de gen și echitatea de gen sunt alte elemente care încă nu au găsit o reflectare adecvată în cadrul spitalelor, știut fiind că femeile domină ca număr domeniul îngrijirilor, dar nu și ierarhiile.
- Politicile de finanțare tind tot mai mult înspre o stopare a creșterii cheltuielilor și reprezintă un factor de presiune important asupra modului de management al spitalelor.
- Nevoia unui sistem de sănătate cu un grad cât mai mare de integrare a serviciilor de sănătate – pornește tocmai de la faptul că modul în care spitalele sunt integrate în sistem este foarte deficitar, iar comunicarea cu ceilalți actori ai sistemului sanitar lipsește sau este minimă.

În aceste condiții, reformarea serviciilor spitalicești trebuie să aibă și o componentă internă care nu depinde hotărâtor de procesul general de reformă declanșat la nivel guvernamental. Cu alte cuvinte, dacă o serie de elemente de schimbare trebuie induse prin intermediul unor măsuri la nivel de legislație, există domenii ce pot fi schimbate prin organizare internă sau schimbare modului de abordare. Un astfel de domeniu este și promovarea sănătății care trebuie să devină o componentă esențială a calității serviciilor spitalicești. Managementul calității poate încorpora instrumente ce pot asigura introducerea unor servicii și măsuri de promovarea sănătății în spitale. De altfel, promovarea sănătății ar trebui să fie parte integrată a

domeniului clinic, educațional și comportamental la orice nivel al unui sistem de sănătate.

În mod clasic, promovarea sănătății este legată mai degrabă de asistența primară. La acest nivel au acționat majoritatea programelor sau politicilor de sănătate, considerând asistența primară ca fiind un nivel mai flexibil și mai accesibil. Nu s-a luat în considerare faptul că, cel puțin la noi în țară, sistemul de sănătate încă mai gravitează în jurul spitalului și că persistă disconexiunea între spital și asistența primară atât în ceea ce privește fluxul pacienților, dar mai ales în ceea ce privește comunicarea și continuitatea între cele două segmente.

Conform unui sondaj de opinie, efectuat de către Centrul pentru Politici și Servicii de sănătate în februarie 2005, pe un eșantion reprezentativ din populația României, 17-18 % din populație apelează la spitale cel puțin odată pe an. Dintre aceștia aproximativ 75% sunt mulțumiți sau foarte mulțumiți de serviciile primite în cadrul spitalului. În continuare au fost chestionați vis-a-vis de satisfacția lor față de următoarele elemente: pregătirea profesională a personalului spitalului, modul în care s-a purtat personalul spitalului, calitatea îngrijirii și serviciilor, proptitudinea personalului în rezolvarea problemelor, confortul oferit de spital (condiții, igienă, liniște, calm), calitatea hranei din timpul spitalizării și claritatea informațiilor oferite de personalul spitalului. Dintre intervievați 40% s-au declarat mulțumiți de pregătirea profesională a personalului și 27% s-au declarat mulțumiți de modul în care s-a purtat personalul, în rest, celelalte aspecte au primit un răspuns de sub 10 % sau chiar 5 %. Doar 2 % s-au declarat mulțumiți de claritatea informațiilor primite.

Putem observa de aici că pacienții au apreciat pozitiv exact lucrul pe care îl cunosc mai puțin și anume pregătirea profesională a personalului. De aici rezultă că nevoia de informare și claritate a informației nu este legată de profesionalism, iar spitalul este perceput în continuare ca un loc misterios unde serviciile medicale și medicina se oferă și se practică de un cerc de „inițiați” fără directă participare a beneficiarului. Astfel se poate explica și de ce pacienții se declară mulțumiți de calitatea îngrijirilor doar într-o proporție de 8%.

IX.2. CE CONȚINE PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ÎN SPITALE?

Preluând din asistența primară o serie de elemente de promovare a sănătății, spitalele ar putea la rândul lor să joace un rol important prin introducerea sistematică a unor elemente de promovarea sănătății ca de exemplu:

- Promovarea renunțării la fumat înainte de operații
- Evaluarea factorilor de risc la nivelul fiecărui pacient
- Informarea pacienților asupra nevoilor și posibilităților rezultate din noua lor condiție de pacienți
- Evaluarea factorilor de risc ai pacienților
- Satisfacerea nevoilor pacienților pentru informații suplimentare despre afecțiunea pe care o au
- Informarea pacienților despre afecțiuni uzuale sau cronice care sunt mai des tratate în spitale
- Discutarea cu pacienții despre stresul psihologic produs de spitalizare și ajutarea pacienților să facă față acestui stres
- Realizarea legăturii între nivelele primar, secundar și terțiar de îngrijiri prin jucarea rolului propriu în oferirea de îngrijiri continue, pe termen lung (care necesită un tip special de prevenire a îmbolnăvirilor și promovare a sănătății) și
- Rezolvarea nevoilor speciale ale personalului din domeniul sănătății.

Până acum, instrumentele existente pentru managementul calității în spitale nu au inclus promovarea sănătății. Un angajament pentru promovarea sănătății în spitale va îmbunătăți calitatea îngrijirilor oferite precum și sănătatea și siguranța atât a pacienților, cât și a personalului.

Promovarea sănătății în spitale trebuie considerată ca o dimensiune de bază a calității serviciilor spitalicești precum și a eficienței clinice și a siguranței pacientului. Pe de altă parte, promovarea sănătății și în spitale poate contribui ca un factor important în prevenirea incidenței bolilor cronice și ca și un factor ce susține calitatea vieții.

Curentul de introducere a promovării sănătății și la nivelul spitalelor are ca intenție reorientarea acestor instituții prin integrarea educației pentru sănătate, promovarea sănătății, prevenirea bolilor și serviciile de reabilitare cu asistența curativă. În acest fel, un spital care promovează sănătatea încearcă să încorporeze concepte și valori, strategii și standarde ale promovării sănătății în structura organizațională și cultura spitalului. Scopul este de a crește calitatea serviciilor de sănătate, de a îmbunătăți relația dintre spitale și comunitate, de a asigura continuitatea serviciilor în afara mediului spitalicesc. Totodată, introducerea conceptelor de promovare a sănătății la nivelul spitalelor va contribui la îmbunătățirea comunicării între spital și serviciile de asistență ambulatorie ceea ce va duce atât la creșterea nivelului stării de sănătate a populației, dar mai ales la creșterea satisfacției pacienților și a aparținătorilor și nu în ultimul rând a personalului medical.

Conform celor expuse mai sus, rezultă un număr mare de motive pentru introducerea unor strategii de promovare a sănătății în cadrul sistemului spitalicesc. În general, spitalele consumă între 40 și 70% din bugetele alocate sănătății, ocupând doar 1-3% din resursele umane ale sistemului de sănătate. În plus, deși spitalele sunt organizații al căror principal scop este de a restabili starea de sănătate, metodele și strategiile de evaluare a riscurilor legate de locul de muncă al propriului personal sunt prea puțin dezvoltate. La toate acestea se mai adaugă potențialul impact pe care spitalele îl au în influențarea comportamentului pacienților și al aparținătorilor care în general sunt mult mai deschiși la sfaturi venite din această zonă a sistemului de sănătate.

Este cunoscut faptul că experiența internării într-un spital este mult mai traumatizantă din punct de vedere psihologic decât o condiție similară rezolvată în ambulatoriu. Din acest punct de vedere potențialul convingător al spitalului asupra pacienților și aparținătorilor poate fi mai ridicat decât în oricare alt segment al sistemului de sănătate.

Multe tratamente în cadrul spitalelor nu vindecă, ci contribuie la îmbunătățirea calității vieții pacientului. Din acest motiv, este important ca pacienții și aparținătorii să fie educați și pregătiți pentru externare și pentru legătura cu medicul de familie. În general, responsabilitatea spitalului vis a vis de pacient se termină o dată cu externarea. Procentul mare de reinternări pe care îl evaluăm din perspectiva sistemului de sănătate, ca întreg, se datorează în mare parte și acestei discontinuități a îngrijirii post-spitalicești, dar mai ales a responsabilității față de ceea ce se întâmplă cu pacientul după externare. O mare parte din reinternări și complicații s-ar putea preveni dacă pacienții și aparținătorii lor ar fi mai bine pregătiți și dacă ceilalți furnizori de servicii ar fi implicați și informați. Mai mult decât atât, spitalele clinice și, în general, instituțiile unde se desfășoară activități de cercetare și învățământ acumulează și diseminează o mare cantitate de cunoștințe influențând astfel structurile locale ale sistemului de sănătate, precum și practica profesională din imediata lor vecinătate și arie de influență.

Alte argumente pentru introducerea sistemului de promovare a sănătății în cadrul spitalelor ar putea fi formulate astfel:

- Spitalele dețin în continuare un rol central în cadrul sistemului de sănătate.
- Spitalele sunt instituții prin care trece un număr mare de oameni putând astfel aborda un segment important al populației.
- Spitalele reprezintă un loc de expunere la diferite toxice, agenți chimici și infecțioși, dar și la o mare cantitate de stres atât pentru personal, cât și pentru pacienți.

- Spitalele produc o mare cantitate de deșeuri, fapt care poate contribui la poluare.
- Spitalele oferă o gamă largă de servicii diagnostice și terapeutice ca răspuns la boli acute și cronice fapt care le face să se orienteze cu precădere asupra bolii și nu asupra sănătății.
- Spitalele au avut până acum un rol marginal în promovarea sănătății și prevenirea bolilor în ciuda unui potențial enorm.

IX.3. PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ÎN SPITALE - ELEMENT DE BAZĂ ÎN SISTEMUL DE MANAGEMENT AL CALITĂȚII

Rolul spitalelor în promovarea sănătății se schimbă. Spitalele nu mai trebuie să își limiteze educarea pacientului și informațiile date acestuia doar la stilul de viață necesar în continuarea procedurilor clinice o dată încheiate. Este de notorietate faptul că din spitalele noastre pacientul pleacă cel mult cu indicațiile de „a ține regim” sau „de a renunța la fumat” aproape indiferent de condiția patologică pe care o are. Restul indicațiilor țin strict de tratamentul medicamentos sau de eventuale proceduri medicale de recuperare. Prea puțin se face în sensul promovării sănătății sau dacă se face ceva, atunci se întâmplă izolat și în mod nestructurat. O dată cu mărirea ariei de acțiune a promovării sănătății în cadrul spitalelor se atinge domeniul asigurării calității și îmbunătățirii calității serviciilor.

Abordarea principală a managementului calității în spitale este realizată prin stabilirea unor standarde pentru servicii. Promovarea sănătății este un element de bază pentru îmbunătățirea sănătății și susținerea calității vieții. Cu toate acestea, o trecere în revistă a standardelor pentru calitatea îngrijirilor de sănătate a produs puține rezultate. Standardele pentru promovarea sănătății în spitale sunt necesare pentru a asigura calitatea serviciilor furnizate în acest domeniu.

Mai mult decât atât, sistemele de rambursare nu facilitează încă încorporarea sistematică a promovării sănătății ca parte integrantă a activităților spitalului. Pentru beneficiile pe termen lung atât pentru pacienți, cât și pentru sistemul de sănătate, activitățile de promovare a sănătății din spitale ar trebui să fie incluse în politicile locale și naționale de sănătate. Standardele vor facilita atât implementarea promovării sănătății, cât și evaluarea și monitorizarea continuă a îmbunătățirii calității.

IX.4. NEVOIA DE STANDARDE PENTRU PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ÎN SPITALE

Un standard se poate defini ca și un “nivel de performanță dorit și realizabil, față de care se raportează actuala performanță”.

Recunoscând nevoia de standarde pentru promovarea sănătății în spitale, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a constituit primul grup de lucru pe această temă la cea de a 9-a Conferință asupra Promovării Sănătății în Spitale, la Copenhaga în mai 2001. De atunci, o serie de grupuri de lucru și rețele naționale au lucrat la dezvoltarea standardelor. Ca urmare, cinci standarde de bază aplicabile tuturor spitalelor au fost dezvoltate în acord cu cerințele internaționale stabilite de programul ALPHA implementat de Societatea Internațională pentru Calitate în Sănătate (*International Society for Quality in Health*). Procesul a inclus revizia critică de literatură, definirea și revizuirea standardelor, testarea pilot, revizia și ajustarea și a implicat o gamă largă de oameni de știință, experți în promovarea sănătății și manageri ai organizațiilor de îngrijire a sănătății, precum și reprezentanți ai OMS Regiunea Europeană și ai Rețelei Internaționale a Spitalelor care Promovează Sănătatea.

Standardele sunt, în principal generice, cu concentrarea atenției asupra pacienților, personalului și managementului organizațional. Standarde specifice pentru fiecare boală sunt incluse pentru grupuri de pacienți cu nevoi specifice dovedite. Scopurile legate de calitate descrise în standarde se referă la aspecte de calitate profesionale, organizaționale și legate de pacienți.

Se descriu cinci tipuri de standarde:

- **Standardul 1** cere ca spitalele să aibă o reglementare scrisă pentru promovarea sănătății. Această reglementare trebuie să fie implementată ca parte a sistemului general de calitate al organizației și are drept scop îmbunătățirea rezultatelor de sănătate. Se afirmă că reglementarea se referă la pacienți, aparținătorii acestora și la personal.
- **Standardul 2** descrie obligațiile organizației de a asigura evaluarea nevoilor pacienților pentru promovarea sănătății, prevenirea bolilor și reabilitare.
- **Standardul 3** spune că organizația trebuie să ofere pacienților informații asupra factorilor semnificativi referitori la afecțiunea sau boala lor și la intervențiile de promovare a sănătății și că intervențiile de promovare a sănătății trebuie să fie stabilite pentru toate etapele și circuitele parcurse de pacienți.
- **Standardul 4** atribuie managementului responsabilitatea de a stabili condițiile pentru dezvoltarea spitalului ca loc de muncă sănătos.

● **Standardul 5** se referă la continuitate și cooperare, necesitând o abordare planificată la colaborarea cu alte sectoare ale serviciilor de sănătate și alte instituții.

Aceste standarde de promovare a sănătății privesc activitatea spitalului din trei perspective diferite:

- *Perspectiva clinică:*
 - Internare, evaluare și plan, diagnostic – tratament – îngrijiri – recuperare – promovare a sănătății, evaluare post intervenție, externare;
- *Perspectiva pacientului:*
 - Informare/comunicare, coordonare, continuitate, drepturi, siguranța;
- *Perspectiva spitalului și structurilor acestuia:*
 - Conducerea, planificarea, managementul informației, calitate, integrarea cu alți prestatori, politica de personal, calificarea profesională a personalului, cultura instituțională, infrastructura, tehnologie etc.

Fiecare standard are trei nivele.

● Primul nivel este reprezentat de către standardul însuși. Astfel prin cele cinci standarde se adresează cinci domenii importante în care pot fi introduse elemente de promovare a sănătății.

Standardul 1 se adresează politicii manageriale.

Standardul 2 se adresează evaluării pacientului.

Standardul 3 se adresează intervențiilor și informațiilor destinate pacientului.

Standardul 4 se adresează unui loc de muncă sănătos.

Standardul 5 se adresează cooperării și continuității cu celelalte sectoare.

● La nivelul doi se descriu așa numitele sub-standarde. Acestea sunt menite să facă standardul operațional și practic îl împart pe acesta în principalele lui componente. S-au descris în total 24 de sub-standarde, între 4 și 6 sub-standarde pentru fiecare standard în parte.

La nivelul trei se dezvoltă elementele măsurabile care sunt reprezentate de cerințele ce trebuie îndeplinite pentru atingerea standardului. Aceste elemente măsurabile sunt de fapt elementele care pot fi monitorizate și evaluate prin utilizarea unor indicatori cantitativi.

Prin definiție indicatorii sunt “*Variabile care ne ajută la măsurarea schimbării*”, și pot astfel fi folosiți ca instrumente de măsură a performanței și se aplică structurilor, proceselor și rezultatelor.

Indicatorii se adresează în mod predominant proceselor și rezultatelor serviciilor de sănătate, dar pot include și caracteristici structurale ale

spitalului cum ar fi numărul de medici specialiști sau numărul de asistenți medicali specializați față de numărul total de asistenți medicali. De asemenea, indicatorii pot să se refere la fenomene nedorite în cadrul unui sistem de monitorizare tip santinelă, astfel încât orice eveniment considerat ieșit din normalitate să poată atrage după sine o investigație. Un exemplu ar putea fi dat de complicații ale diverselor proceduri chirurgicale, care s-ar putea măsura prin procentul reintervențiilor neprogramate din totalul intervențiilor. Sau indicatori specifici unei patologii cum ar fi procentul pacienților cu infarct miocardic după administrarea de beta-blocante în primele 24 de ore după internare.

Indicatorii folosiți pentru promovarea sănătății au scopul de a evalua rezultatele așteptate dacă structurile și procesele recomandate în cadrul celor cinci standarde au fost implementate documentat. De exemplu, existența sau inexistența unor documente care să ateste o decizie sau alta a consiliului de administrație (conducerii) al spitalului față de formularea unei norme, proces, reglementare etc. sau existența fișelor de control, bază de date de monitorizare a diverselor procese, sau chiar descrierea procesului în sine prin diagrame sau alte metode. Chestionarele de intervievare a pacienților sau a personalului pot dezvolta la rândul lor o serie de indicatori foarte utili în procesul de evaluare a gradului de atingere a standardelor de promovare a sănătății. De exemplu ce procent din personalul spitalului a fost informat despre politica de promovare a sănătății.

În general, indicatorii urmăriți de către un spital sunt cei strict legați de eficiența domeniului clinic. Multe spitale utilizează peste 300 de astfel de indicatori în evaluarea calității și performanței actului medical. Indicatorii de promovare a sănătății sunt complementari față de aceștia și sunt mențiți să ajute la evaluarea performanței activităților de promovare a sănătății, domeniu încă relativ nou pentru spitale.

Se propune următorul set de indicatori pentru a complementa cele 5 standarde:

- *Politica managerială:*
 - ce procent din personal cunoaște strategia de promovare a sănătății
 - procentul pacienților ce cunosc standardele de promovare a sănătății
 - cât % din buget este dedicat promovării sănătății în rândul personalului
- *Evaluarea pacientului:*
 - ce procent din pacienți au fost evaluați din perspectiva factorilor de risc generici

- ce procent din pacienți au fost evaluați din perspectiva factorilor de risc specifici unei patologii conform ghidurilor
- nivelul de satisfacție al pacienților față de procedurile de evaluare, apreciat prin sondarea opiniei
- *Intervențiile și informațiile destinate pacientului:*
 - procentul de pacienți învățați (pregătiți) să-și administreze singuri noua lor condiție
 - cât % din pacienți sunt educați și informați despre opțiunile de tratament și administrarea noii lor condiții
 - nivelul de satisfacție al pacienților față de intervenții și informațiile primite, apreciat prin sondarea opiniei
- *Promovarea unui loc de muncă sănătos:*
 - % din personal care fumează
 - % din personal care renunță la fumat
 - nivelul de satisfacție al personalului față de condițiile de muncă, apreciat prin sondarea opiniei
 - absenteismul (de durată scurtă) de la program (%)
 - procentul de accidente de muncă
 - nivelul de suprasolicitare
- *Cooperare și continuitate cu celelalte sectoare:*
 - procentul de bilete de ieșire trimise medicilor de familie în intervalul de 2 săptămâni după ieșire sau a biletelor de ieșire înmânate pacienților
 - numărul de reinternări în primele 5 zile de la externare (pentru condiții tratabile și în ambulator)
 - rezultate ale cercetărilor axate pe externări și proceduri de externare

Folosind aceste standarde și indicatori, orice spital își poate evalua modul în care se aplică sau nu metode și activități de promovare a sănătății la nivel de spital ca și organizație sau la nivel de fiecare secție în parte. Prin

această auto-evaluare se poate constata dacă există structuri, circuite sau procese favorabile promovării sănătății sau dacă acestea sunt sau nu eficiente. Se presupune că atingerea standardelor menționate mai sus implică existența unor procese, structuri și elemente care să facă posibilă atingerea lor. Plasarea evaluărilor sub nivelul standardelor proiectate atrage după sine reevaluarea tuturor proceselor existente și căutarea elementelor lipsă sau a elementelor nefuncționale. Cu alte cuvinte, această auto-evaluare poate indica măsura lucrurilor bine făcute sau cât de bine au fost făcute. Depinde de fiecare spital în parte ce tipuri de indicatori de promovare a sănătății va folosi, ce combinație cu ceilalți indicatori de calitate va utiliza, dar esențial rămâne utilizarea a cel puțin un indicator de promovare a sănătății pentru fiecare din cele cinci categorii în parte

În general, pentru construirea unui indicator trebuie să se țină cont de următorii pași:

- descrierea cât mai exactă a fenomenului ce se dorește măsurat;
- identificarea aspectelor măsurabile în fenomenul descris;
- descrierea indicatorului;
- stabilirea formulei de calcul;
- determinarea sursei de informații pentru numărător și numitor;
- definirea limitelor superioară și inferioară pentru indicatorul construit.

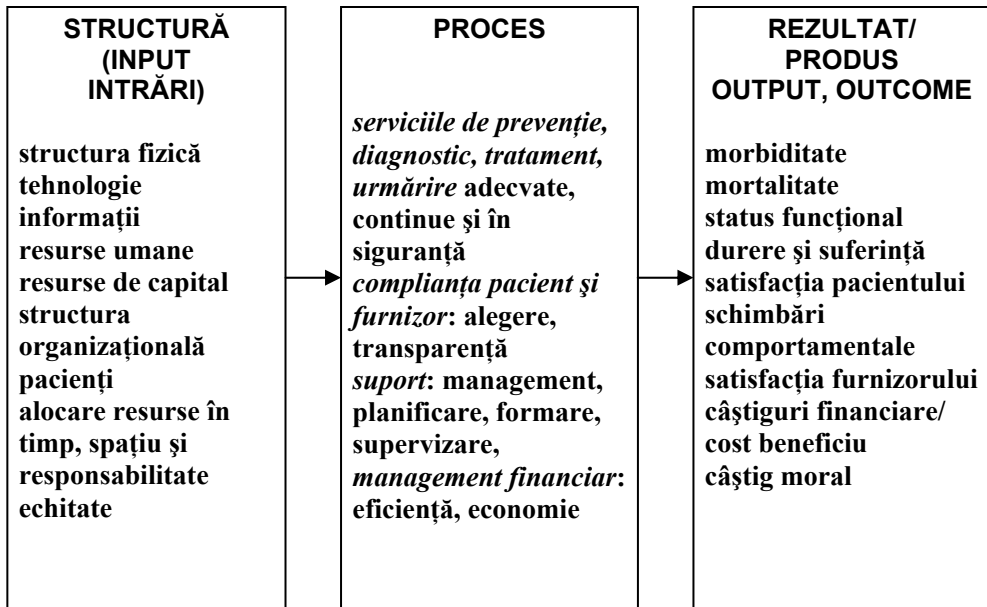
O dată construit un indicator, se verifică parametrii acestuia prin prisma următoarelor atribute fundamentale:

- să fie valid – să măsoare ceea ce trebuie să măsoare;
- să fie relevant – pentru necesitățile comunității, spitalului sau pentru problema definită;
- să fie reproductibil – să măsoare de fiecare dată ceea ce trebuie să măsoare;
- să fie realist, aplicabil, fezabil și ușor de utilizat în practică;
- să fie măsurabil și observabil – sub formă de frecvențe, medii, rate;
- să fie cunoscut și agreat de echipa a cărei performanță se măsoară;
- să fie folosit în evaluare în mod continuu în timp.

Având aceste elemente: indicatori, elemente măsurabile, substandarde și standarde atât pentru promovarea sănătății dar și pentru calitate în general, se poate aplica principiul lui Donabedian de evaluare a calității. Acesta se axează în evaluare pe structuri, procese și rezultate. Deși aparent doar rezultatul contează, este esențial ca evaluarea să se concentreze asupra legăturilor existente între structuri, intrări, procese și produsele acestora.

Neconformarea cu un standard sau un rezultat îndoielnic, poate releva o serie de aspecte legate de o structură sau un proces care împiedică atingerea respectivului standard. De exemplu, amplasarea camerei asisten-

ților medicali sau medicilor departe de saloanele pacienților poate împiedica o bună informare sau supraveghere a celor din urmă. În același fel, dotarea cu un televizor a camerei de lucru dedicată personalului medical poate contribui la îmbunătățirea condițiilor de muncă, dar în același timp poate demotiva personalul de la îndeplinirea cu profesionalism a diverselor procese și activități. Acest ultim exemplu precum și efectul lui negativ, poate fi observat cu ușurință în multe spitale sau secții de psihiatrie, mai ales după amiaza și seara când bolnavii sunt complet neglijați după administrarea tratamentului, nemaifiind antrenați în alte activități cu scop terapeutic sau de recuperare.



După Donabedian 2003

La fel ca și în managementul calității, promovarea sănătății în spitale nu poate fi delegată doar unei structuri, unui anumit serviciu sau unei funcții. Promovarea sănătății devine responsabilitatea fiecărui angajat al spitalului, deoarece fiecare poate contribui în mod conștient și organizat și nu doar prin natura serviciului prestat.

În schimb, conducerea spitalului trebuie să desemneze o echipă care să elaboreze un proiect de introducere a elementelor de promovare a sănătății la nivelul tuturor structurilor unui spital. Conducerea spitalului trebuie să sprijine în permanență un asemenea proiect și să aloce și resursele necesare. Echipa poate apela la grupuri de expertiză multidisciplinară care să discute periodic rezultatele auto-evaluării și implementării elementelor de

promovare a sănătății. Un asemenea grup interdisciplinar ar putea fi constituit din: un asistent medical cu experiență care are și responsabilități în domeniul calității, un medic cu multă experiență precum și un medic mai tânăr, un reprezentant al echipei manageriale, un reprezentant al biroului (departamentului) de resurse umane, expert din serviciile tehnice sau ne-clinice (de exemplu radiologie, laborator etc.), un expert din domenii conexe medicinei cum ar fi kinetoterapeut, terapie ocupațională etc.

Tot personalul unui spital trebuie implicat în demersul introducerii promovării sănătății la toate nivelele pentru obținerea unui răspuns și a unei acțiuni colective în acest domeniu. În cadrul procesului de auto-evaluare a modului în care un spital promovează sănătatea, trebuie implicat tot personalul relevant, deoarece participarea acestuia are și menirea unui proces educativ.

Pentru analiză, evaluare și indicatori se pot utiliza trei surse principale de informație și anume sistemul informațional al spitalului ce colectează datele de rutină, cercetări și sondaje precum și proceduri de audit. În plus informațiile provenite din exteriorul spitalului pot aduce un plus de cunoaștere față de o serie de fenomene legate de pacienți sau de propriul personal.

Sistemul informațional al spitalului prin care se colectează datele de rutină poate conține o serie de informații relevante pentru standardele de promovare a sănătății. Evidența electronică a informațiilor despre pacienți poate da rapid o serie de elemente ce țin de evaluarea nevoilor de promovare a sănătății a fiecărui pacient sau a unor serii de pacienți (de exemplu date despre dietă sau comportament alimentar). Este posibil ca multe din foile de observație să nu conțină elemente relevante. Ele pot fi introduse în rubrici speciale.

Completarea foilor de observație s-a transformat în multe spitale din țară într-o activitate de rutină ce nu este înscrisă în nici un sistem de control al calității. Calitatea unei foi de observații ține doar de persoana care o completează sau de un anumit standard, conduită sau rutină impusă de seful secției. O dată cu introducerea sistemului DRG, calitatea acestor foi s-a îmbunătățit prin includerea și specificarea mai detaliată a unor informații ce au legătură implicită cu utilizarea de resurse. Datele calitative sau cantitative relevante riscurilor specifice sau generice lipsesc în continuare sau sunt colectate superficial, deși o serie de rubrici ar putea să le conțină.

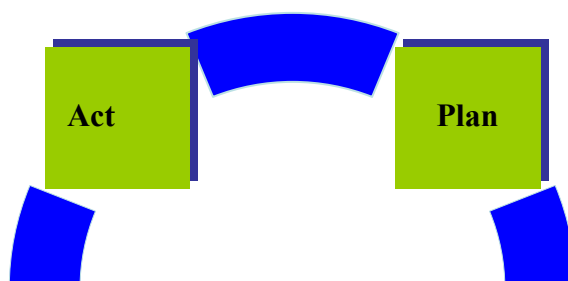
Cercetarea și anchetele specifice pot fi efectuate pentru un număr larg de indicatori de promovare a sănătății. Acestea pot fi conduse la nivel de pacienți dar și la nivel de personal cercetându-se experiența acestora în

legătură cu un fenomen bine conturat. De obicei, anchetele sau cercetările pe eşantioane de subiecți consumă o serie de resurse, din acest motiv utilizarea lor trebuie bine echilibrată. O soluție bună ar putea fi încorporarea unor elemente de cercetare în cadrul anchetelor sau cercetărilor existente (inclusiv chestionare de rutină).

Procedurile de audit sunt necesare pentru a evalua unele standarde cum sunt cele dedicate evaluării pacientului sau informării și intervențiilor. Grupul care auditează trebuie să cunoască bine toate procedurile existente într-o secție sau unitate și trebuie să selecționeze documentele relevante procesului de auditare (foi de observație, registre etc.). Grupul de audit trebuie să cunoască inclusiv rutina colectării datelor respective.

Analiza se exprimă în rate, proporții, frecvențe, scoruri sau medii ale diverselor fenomene care împreună dau o imagine a performanței. În general, interpretarea unor evaluări a calității prin calificative de tipul „bine” sau „rău” devine foarte dificilă și interpretabilă atunci când nu se referă la un standard sau la un termen, rezultat sau nivel de comparație. Comparațiile se pot face cu spitale similare și performanța acestora, cu același tip de rezultat obținut de-a lungul timpului în cadrul spitalului sau prin comparare cu un standard prescris sau cerut de o autoritate sau un contractant. În cazul în care nu există standarde bine stabilite față de un anumit fenomen sau domeniu, este bine ca rezultatele auto-evaluării să fie dezbătute în spital sau cu echipa managerială a unui alt spital.

Ca și în managementul calității, implementarea elementelor de promovare a sănătății în spitale precum și a proiectului de auto-evaluare trebuie să urmeze ciclul PDCA (plan – do – check – act) sugerat de Shewhart și Deming



Pe scurt, acest ciclu cuprinde o serie de etape logice care trebuie parcurse și pot fi descrise astfel:

- **Planifică (Plan)**
 - identificarea zonelor, domeniilor ce trebuie schimbate sau modificate și a căror modificare poate produce efectul dorit,
 - evaluarea situației prezente,
 - monitorizarea și analiza datelor,
 - identificarea problemelor,
 - identificarea cauzelor problemelor,
 - alegerea soluțiilor cele mai potrivite;
- **Execută (Do)**
 - elaborarea unui plan de acțiune,
 - implementarea soluțiilor;
- **Verifică (Check)**
 - evaluarea rezultatelor,
 - stabilirea concluziilor;
- **Acționează (Act),**
 - elaborarea planului de schimbare,
 - standardizarea schimbării,
 - implementarea schimbării,
 - evaluarea rezultatelor.

O dată parcurs acest ciclu, este necesară repetarea auto-evaluării la diferite nivele respectând același ciclu PDCA, singurul care poate susține un proces continuu de îmbunătățire a calității serviciilor oferite de un spital.

IX.5. INSTRUMENT DE AUTO-EVALUARE A PROMO- VĂRII SĂNĂTĂȚII ÎN SPITALE

Auto-evaluarea* propusă de grupul de experți internaționali aflați sub egida OMS pornește, conform celor expuse mai sus, de la cele cinci standarde și 24 de sub-standarde la care se adaugă elementele măsurabile în număr de 40. Acestea din urmă trebuie identificate de către fiecare spital în parte și specificată sursa de evidență.

Spre exemplificare descriem primul standard cu menționarea sub-standardelor și a elementelor măsurabile:

• *Standardul 1 – domeniul politicii manageriale*

Spitalul are o reglementare scrisă pentru promovarea sănătății. Această reglementare este implementată ca parte a sistemului general de îmbunătățirea calității și are drept scop rezultate de sănătate mai bune. Reglementarea se referă la pacienți, aparținătorii acestora și la personal.

Obiectivul urmărit prin acest standard este de a se asigura că activitățile de promovare a sănătății fac parte integrantă din sistemul de management al calității.

Se definesc următoarele sub-standarde și elemente măsurabile corespunzătoare:

Sub-standard 1.1: Spitalul a desemnat responsabili și responsabilități pentru promovarea sănătății.

Element măsurabil 1.1.1: Spitalul are inclusă promovarea sănătății în scop și misiune (deviză)

Sursa de informare: plan de activități, schemă tip Gantt etc.

Evaluare:	Există	DA	NU	PARȚIAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Element măsurabil 1.1.2: Procesele verbale ale ședințelor conducerii spitalului reafirmă hotărârea echipei manageriale de a implementa proiectul de promovare a sănătății și de a se conecta la rețeaua spitalelor care promovează sănătatea.

Sursa de informare: documentele ședințelor, corespondența cu rețeaua, chitanțe ale taxelor de participare etc.

Evaluare:	Există	DA	NU	PARȚIAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* detalii pe www.euro.who.int/healthpromohosp

Element măsurabil 1.1.3: Actualul plan de management și planul de îmbunătățire a calității au incluse promovarea sănătății pentru pacienți, personal și comunitate.

Sursa de informare: promovarea a sănătății este explicată în cadrul respectivelor planuri, documente de ședințe, rapoarte periodice etc.

Evaluare:	Există	DA	NU	PARȚIAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Element măsurabil 1.1.4: Spitalul a identificat și desemnat personal și funcțiuni pentru coordonarea activităților de promovare a sănătății.

Sursa de informare: decizii ale consiliului de administrație, adrese de informare, fișe ale postului etc.

Evaluare:	Există	DA	NU	PARȚIAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sub-standard 1.2: Spitalul alocă resurse pentru implementarea activităților de promovare a sănătății.

Element măsurabil 1.2.1: Existența unui buget identificabil pentru materiale și activități de promovare a sănătății.

Sursa de informare: bugetul și capitolele bugetare, facturi și chitanțe ce atestă procurarea de materiale specifice, schema de personal cu descrierea funcțiilor etc.

Evaluare:	Există	DA	NU	PARȚIAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Element măsurabil 1.2.2: Ghiduri și manuale de operare precum ghiduri de practică terapeutică sau instrucțiuni de respectare a anumitor procese și circuite includ activități de promovare a sănătății și sunt disponibile pe secții.

Sursa de informare: verificarea ghidurilor, manualelor și instrucțiunilor.

Evaluare:	Există	DA	NU	PARȚIAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Element măsurabil 1.2.3: Spitalul dispune de structuri sau facilități specifice promovării sănătății (inclusiv spații, echipamente etc.).

Sursa de informare: facilități disponibile pacienților, accesul pacienților sau personalului etc.

Evaluare:	Există	DA	NU	PARȚIAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sub-standard 1.3: *Spitalul asigură disponibilitatea procedurilor de colectare și evaluare a datelor ce pot fi folosite pentru monitorizarea calității și activităților de promovare a sănătății.*

Element măsurabil 1.3.1: Datele, inclusiv cele referitoare la promovarea sănătății sunt colectate de rutină și sunt disponibile personalului spitalului pentru evaluare.

Sursa de informare: sondaj în rândul personalului, rapoarte de analiză și evaluare etc.

Evaluare:	Există	DA	NU	PARȚIAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Element măsurabil 1.3.2: Spitalul are un program stabilit pentru evaluarea calității ce include și calitatea promovării sănătății.

Sursa de informare: programarea activităților de evaluare etc.

Evaluare:	Există	DA	NU	PARȚIAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acest exemplu a fost preluat din manualul și formularele propuse ca ghid pentru auto-evaluarea promovării sănătății în spitale și redat ca atare. În rândurile care urmează folosim un alt exemplu care se referă la standardul 2 și anume evaluarea pacienților. De această dată am încercat să adaptăm în special elementele măsurabile la condițiile unui spital românesc fără nici o pretenție de exhaustivitate.

Exemplu: Evaluarea pacientului

• **Standard 2 - Spitalul se asigură că personalul medical evaluează sistematic împreună cu pacientul, nevoile acestuia de promovare a sănătății.**

Obiectiv: se urmărește sprijinirea tratamentului, îmbunătățirea prognosticului și promovarea sănătății și a stării de bine a pacientului.

Sub-standard 2.1: Spitalul se asigură că procedurile de evaluare se aplică tuturor pacienților.

Element măsurabil 2.1.1: Ghiduri de identificare a factorilor de risc: fumat, alcool, nutriție, psiho-sociali.

Sursa de informare: ghiduri naționale distribuite pe secții, ghiduri și instrucțiuni elaborate în spital, decizii ale consiliului de administrație privind implementarea unor ghiduri etc.

Evaluare: Există DA NU PARȚIAL

Element măsurabil 2.1.2: Ghiduri/proceduri revizuite în ultimul an (data, cine este responsabil).

Sursa de informare: decizii ale consiliului de administrație sau comitetului științific sau a comitetului însărcinat cu managementul sănătății de a revizui ghiduri, proceduri; planificări, arhiva spitalului etc.

Evaluare: Există DA NU PARȚIAL

Element măsurabil 2.1.3: Ghiduri de evaluare a unor grupe speciale (astmatici, diabetici, BPCO etc.).

Sursa de informare: procese verbale ale unor sedințe, întruniri ale specialiștilor de pe anumite secții, participarea la conferințe științifice, corespondența cu asociații ale bolnavilor, studii privind incidența unei anumite patologii etc.

Evaluare: Există DA NU PARȚIAL

Sub-standard 2.2: Evaluarea se face la primul contact cu spitalul și se ajustează în funcție de evoluția stării pacientului.

Element măsurabil 2.2.1: Evaluarea este documentată în foaia de observație.

Sursa de informare: foaia de observație, arhiva spitalului etc.

Evaluare: Există DA NU PARȚIAL

Element măsurabil 2.2.2: Există ghiduri/proceduri de reevaluare la externare sau la sfârșitul unei intervenții.

Sursa de informare: foaia de observație, decizii ale conducerii spitalului sau conducerii secției, (sursa rutinei de completare a F.O.)

Evaluare:	Există	DA	NU	PARȚIAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sub-standard 3.3: Evaluarea pacientului reflectă informațiile provenite de la terți și ține cont de fondul social și cultural al bolnavului.

Element măsurabil 3.3.1: Informația de la medicul de familie (bilet de trimitere etc.) sau alte sursă relevantă se găsește în foaia de observație.

Sursa de informare: foaia de observație, scrisoarea medicală, rezultatul analizelor sau altor investigații efectuate în afara spitalului, etc.

Evaluare:	Există	DA	NU	PARȚIAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Element măsurabil 3.3.2: Foaia de observație reflectă corespunzător fondul cultural și social al bolnavului (ex. religie, dieta, condiții sociale la risc etc.)

Sursa de informare: foaia de observație, scrisoare medicală etc.

Evaluare:	Există	DA	NU	PARȚIAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

În mod asemănător se poate trece prin toate celelalte 3 standarde pentru a completa forma de auto-evaluare. În plus, rezultatele se pot vizualiza prin diferite metode de reprezentare grafică.

Pentru o bună evaluare, dezvoltarea și definirea indicatorilor este un proces esențial. Mai multe detalii și modul în care ei pot fi definiți și creați, se pot obține.

Prin introducerea promovării sănătății în spitale se poate contribui la procesul de reformă a acestora, dar și a reformei generale a sistemului de sănătate. Asistența primară nu poate să-și atingă scopurile fără spitale puternice și modernizate sub toate aspectele. Promovarea sănătății limitată doar la segmentul ambulator și comunitate nu are cum să fie deplin eficientă. Un spital care nu va încorpora și dimensiunea dată de promovarea sănătății, riscă să rămână prizonier al propriei istorii.

CAPITOLUL X

REȚEAUA EUROPEANĂ DE ȘCOLI CARE PROMOVEAZĂ SĂNĂTATEA (RESPS)

Dr. Irina Dincă

Rețeaua Europeană de Școli care Promovează Sănătatea (RESPS), proiect lansat în parteneriat de către OMS-EURO, Consiliul Europei și Comisia Europeană, a permis gruparea unor școli model care demonstrează impactul promovării sănătății în cadrul școlilor. Aceste școli pilot vor extinde experiența dobândită sectoarelor de sănătate și de educație, influențând astfel, politica și practica în domeniul promovării sănătății în școli atât la nivel național, cât și internațional.

Conceptul de “Școală care promovează sănătatea” (SPS) s-a dezvoltat în Europa începând cu anii '80 și a debutat în 1991 în Ungaria, Cehia, Slovacia și Polonia. Inaugurarea oficială a proiectului tripartit s-a făcut în 1992, numărul țărilor participante crescând rapid, în așa fel încât în prezent peste 40 de țări din Europa fac parte din proiect. Mai mult decât atât, inițiativa s-a extins și la celelalte birouri regionale OMS, astfel încât acum se poate discuta despre o inițiativă globală de sănătate în școală.

Sistemul de educație reprezintă o posibilitate de a îmbunătăți starea de sănătate atât a elevilor, cât și a profesorilor și părinților lor. Esențială este colaborare între cele două sisteme, ca și colaborarea cu comunitatea. De asemenea, o abordare integrată, astfel încât promovarea sănătății să fie prezentă în toate aspectele de rutină ale activității din școală, este extrem de importantă pentru succesul proiectului. În acest sens, elaborarea unei programe școlare de educație pentru sănătate este doar o componentă.

CE ESTE O ȘCOALĂ CARE PROMOVEAZĂ SĂNĂTATEA? (SPS)

O SPS este o școală care își îmbunătățește permanent capacitatea sa de a fi o așezare sănătoasă pentru viață, învățură și muncă (OMS, 1994).

O SPS trebuie să acționeze în cel puțin 4 direcții de acțiune pentru a deveni o așezare care promovează sănătatea:

- Crearea unui mediu care promovează sănătatea;
- Promovarea sănătății elevilor;

- Promovarea sănătății personalului din școală;
- Îmbunătățirea relațiilor de lucru în cadrul școlii și dintre școală și comunitate.

Crearea unui mediu care promovează sănătatea

O SPS asigură un mediu care promovează sănătatea pentru muncă, condiții de viață, învățatură, atât din punct de vedere al structurii fizice – clădiri, locuri de joacă, iluminare, încălzire, ventilație, alimentare cu apă, cât și al structurii organizatorice – măsuri de siguranță, administrație.

Promovarea sănătății elevilor

O SPS promovează sănătatea elevilor prin planificarea și utilizarea unei programe (curiculă) de curs inovatoare, care are o viziune globală asupra sănătății, oferă profesorilor timp suficient pentru a acoperi subiectele legate de sănătate, încurajează un stil de viață sănătos și folosește tehnici de predare adecvate. Mai mult, o SPS permite elevilor să atingă întregul lor potențial fizic, psihologic și de sănătate socială, le dă puterea de a acționa și promovează respectul de sine. Există mai multe elemente componente ale promovării sănătății elevilor în SPS:

Conținutul programei

Programa va avea un conținut diferit, în funcție de nevoile tinerilor din diferite țări sau medii; sunt sugerate însă următoarele teme comune pentru toți tinerii:

- sănătatea – concept pozitiv;
- sănătatea mediului social;
- educația pentru prevenirea violenței și primul ajutor;
- relațiile interumane, educația sexuală și sarcina nedorită;
- infecția cu HIV și alte boli cu transmitere sexuală (BTS);
- educația consumatorilor;
- sănătatea mintală;
- forma fizică.

Aceste subiecte pot constitui baza elaborării unei programe de educație pentru sănătate în școlile din România și ele vor fi discutate la capitolul 7.

Tehnici de predare

Tehnicile de predare a programei de învățământ sunt la fel de importante ca și conținutul său. Într-o SPS, programa școlară de bazează pe

folosirea unor metode de predare participativă (joc de roluri, discuții în grup mic, studiu de caz, lucrul în grup, proiecte de acțiune comunitară).

Implicarea activă a tinerilor este esențială pentru a-i încuraja să învețe unul de la celălalt și să folosească activ limbajul în moduri care le influențează pozitiv organizarea și dezvoltarea gândirii lor. Trebuie subliniată permanent necesitatea formării unor deprinderi, cum ar fi, de exemplu, procesul de luare a deciziilor, negocierea și rezolvarea conflictelor, care este bine să constituie o parte importantă a programei școlare din clasele cele mai mici. Scopul pe care îl are o SPS este de a-i face pe tineri capabili să facă față situațiilor existente în viață și să-i facă indivizi activi, integrați funcțional în societate.

Promovarea sănătății personalului din școală

O SPS nu are în vedere doar tinerii, acest concept se referă la toată lumea implicată în școală, incluzând profesorii și alte categorii de personal. Prin asigurarea unor condiții sănătoase de muncă, prin servicii specifice și prin programe, școala permite personalului să atingă un potențial maxim de sănătate fizică, psihologică și socială și încurajează un stil de viață sănătos.

Îmbunătățirea relațiilor de lucru în cadrul școlii și între școală și comunitate

O SPS are relații sănătoase, de cooperare, între membrii comunității școlare, elevi, părinți, profesori, restul personalului, ca și bune relații între școală și comunitatea în care aceasta este localizată.

Această legătură strânsă dintre școală, casă și comunitate asigură pe de o parte o rețea care sprijină tinerii, iar pe de altă parte, SPS poate deveni un centru important pentru beneficiul și sănătatea tuturor membrilor comunității, pentru că persoanele decidente din comunitate, instituțiile religioase, oamenii de afaceri și părinții sunt implicați în diferite programe de promovare a sănătății în școală.

Școlile care acționează eficient pentru realizarea unei comunități școlare sănătoase cooperează cu alte sectoare și membri ai comunității mai largi. SPS folosește resursele comunitare pentru promovarea sănătății, dezvoltă și face pladoarie pentru o filosofie de promovare a sănătății în fața autorităților locale, regionale, naționale sau pentru instituții ce interacționează cu școala (servicii de sănătate, Ministerul Educației, Ministerul Sănătății, oameni de afaceri, etc). O SPS este privită ca o parte integrantă și ca un partener activ în comunitatea care promovează sănătatea.

REȚEAUA EUROPEANĂ DE ȘCOLI CARE PROMOVEAZĂ SĂNĂTATEA (RESPS)

În ultimii 10 ani s-a pus la punct și motivația realizării unei Rețele Europene de Școli care Promovează Sănătatea (RESPS). La realizarea acestui proiect participă Biroul Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS-EURO), Consiliul Europei (CE) și Comisia Comunităților Europene (CCE).

Peste 40 de țări sunt membre ale RESPS. Fiecare țară și-a ales un grup de școli pilot în funcție de criteriile recomandate pe plan internațional.

Peste 500 de școli, cu aproximativ 400.000 de elevi și între 8.000 – 10.000 de profesori sunt cuprinși în programele pilot de promovare a sănătății. Peste 2.000 de școli sunt legate de aceste școli pilot prin schimburi de idei și de experiență.

Scopul RESPS

Scopul general al acestui proiect este de a crește capacitatea școlilor de a deveni niște așezări sănătoase pentru viață, învățatură și muncă, printr-un proces de orientare către îmbunătățirea stării de sănătate.

Rezultatele RESPS

- integrarea principiilor și metodelor de promovare a sănătății în procesul de învățare/ predare în școli;
- condiții de lucru, programe și caracteristici fizice ale clădirilor și terenurilor aferente din școli, care le transformă pe acestea în așezări care promovează sănătatea;
- relații sănătoase între membrii comunității școlare;
- interacțiuni puternice între școli și comunitățile mai largi.

Succesele RESPS

- școlile au dobândit o reputație bună fiind considerate o investiție solidă pentru apărarea sănătății tinerilor;
- a permis aplicarea unui stil de administrare și predare mai democratic în școli;
- a inspirat profesorii să găsească noi metode de predare care să reflecte spiritul democratic;
- a permis elaborarea unor agende de lucru în domeniul promovării sănătății și al educației pentru sănătate;

- a ajutat la realizarea unui consens și al unei reale colaborări pe plan european (realizarea unui sentiment de unitate);
- a permis, pe plan internațional, facilitarea unor schimburi de experiență între școli și între țări.

Limitele RESPS

- necesitatea existenței unui cadru solid de măsurare a succesului și a impactului (există scepticism legat de impactul proiectului);
- în unele țări este nevoie de o colaborare mai strânsă între sectorul de sănătate și cel de educație;
- în multe cazuri, programa este orientată spre abordarea clasică a problemelor de sănătate, adică pe subiecte, ca de exemplu: tutun, alcool, droguri; este nevoie să se includă în această programă școlară și subiecte legate de autorespect, dezvoltarea abilităților, care permit oamenilor să-și îmbunătățească propria stare de sănătate;
- lipsa sprijinului tehnic și financiar.

Organizarea RESPS

RESPS se caracterizează prin existența unor rețele la trei nivele diferite: internațional, național, local.

Este bine ca aceste rețele să fie cât mai descentralizate. Există niște criterii recomandate la nivelul fiecărui nivel:

- local: selecționarea unui număr de aproximativ 10 școli în fiecare județ participant, identificarea unor Coordonatori școlari și a unei echipe școlare la nivelul fiecărei școli;
- național: identificarea Centrului național de sprijin a proiectului și a Coordonatorului național;
- internațional: stabilirea unui Comitet Internațional de Planificare.

Rețeaua RESPS la nivel internațional

- acest proiect este realizat în egală măsură de OMS-EURO, CE și CCE; când proiectul are puncte comune cu alte organizații guvernamentale internaționale, acestea sunt invitate să participe ca partener;
- proiectul presupune realizarea unor centre internaționale de sprijin și susținere;
- finanțarea se face pe baze ad-hoc. Până acum fondurile sunt așteptate din partea celor trei parteneri internaționali, din resurse

proprii sau din alte resurse (folosind strategiile de colectare de fonduri).

Rețeaua RESPS la nivel național

Este piatra de temelie a rețelei europene. Scopul constă în existența în fiecare țară a unei astfel de rețele, alcătuite, conform descrierii anterioare, din cele aproximativ 10 școli pilot cu câte un Coordonator Școlar, un Coordonator național și un Centru național de sprijin.

RESPS la nivelul școlilor

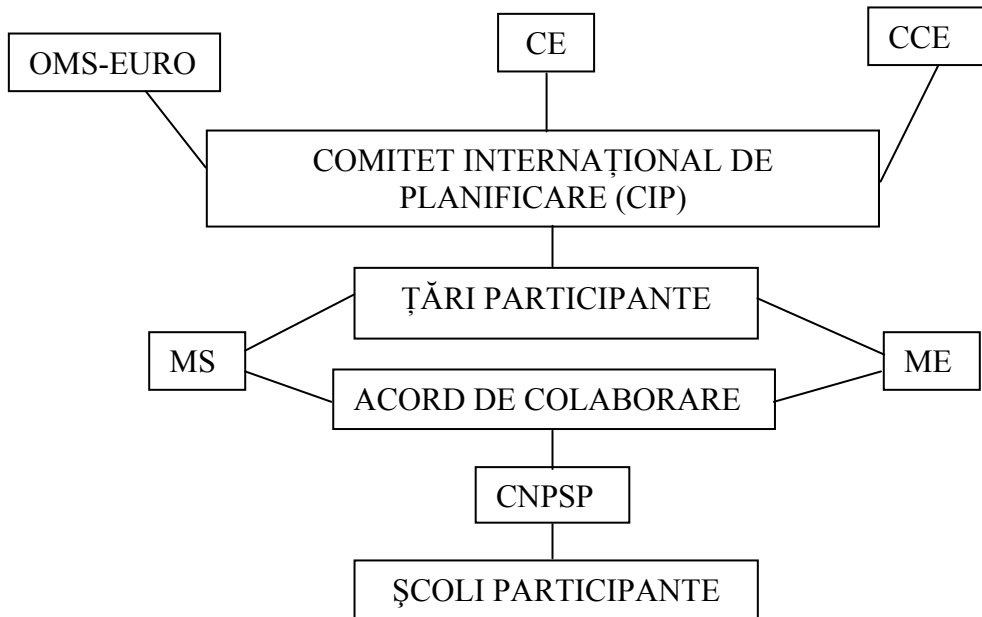
- fiecare școală alege un Coordonator școlar care coordonează activitatea la nivelul școlii respective pentru ca aceasta să devină o SPS. Alegerea se face cu sprijinul administrației școlii și a personalului. Coordonatorul lucrează cu sprijinul unui grup care include reprezentanți ai administrației școlare, părinți, profesori, elevi, politicieni locali.
- Există 12 criterii internaționale care stau la baza proiectelor fiecărei școli. (Figura nr.6). Fiecare școală face o analiză pentru evaluarea situației existente, pentru identificarea punctelor slabe și a punctelor tari (analiza SWOT). Din analiza acestora, rezultă o descriere a situației școlii, cu identificarea zonelor unde școala merge bine și poate fi folosită ca model și zone unde este necesară îmbunătățire.

Acestea din urmă devin baza pentru stabilirea priorităților de acțiune prin programe bine structurate. Proiecte pentru astfel de programe vor fi folosite pentru a cere astfel integrarea oficială a școlii în rețeaua de SPS (Figura nr.7).

CELE 12 CRITERII INTERNAȚIONALE ALE SPS

1. Promovarea activă a respectului de sine pentru toți elevii prin acceptarea că fiecare poate aduce o contribuție la viața școlii;
2. Dezvoltarea unor relații bune între personal și elevi, ca și între elevi în viața de fiecare zi a școlii;
3. Clarificarea rolurilor sociale ale școlii în fața personalului și a elevilor;
4. Oferirea de posibilități de activitate pentru toți elevii;
5. Folosirea fiecărei ocazii pentru îmbunătățirea mediului fizic al școlii;
6. Dezvoltarea unor relații bune în școală, familie și comunitate;
7. Dezvoltarea unor relații bune între școlile primare și cele secundare pentru elaborarea unei programe (curricule) de educație pentru sănătate coerente;
8. Promovarea activă a sănătății și stării de bine a personalului școlar;
9. Luarea în considerare a rolului de model al personalului în aspecte legate de sănătate;
10. Luarea în considerare a rolului complementar al cantinei școlare (dacă este cazul) la programa (curricula) de educație pentru sănătate;
11. Punerea în aplicare a potențialului de servicii de specialitate din comunitate pentru sfat și sprijin în educația pentru sănătate;
12. Dezvoltarea potențialului de educație a serviciilor de sănătate școlară dincolo de screening-ul de rutină, în privința unui sprijin activ pentru programa de educație pentru sănătate.

Figura nr. 7: Organizarea RESPS



În anul 1996 a avut loc la Salonik, Grecia, Prima Conferință a Rețelei Europene de Școli care Promovează Sănătatea, intitulată “Școala care promovează sănătatea – o investiție în educație, sănătate și democrație”.

Scopul său a fost de a face cunoscute experiențele diferitelor țări implicate în proiect, pe baza cărora a fost elaborată o declarație care trasează dezvoltarea viitoare a inițiativei.

La sfârșitul întâlnirii a fost adoptată o rezoluție, care constituie baza teoretică a prezentei lucrări (OMS, 1997).

Motto-ul Conferinței a fost: “*Fiecare copil și tânăr din Europa are dreptul și trebuie să aibă posibilitatea să fie educat într-o școală care promovează sănătatea*”.

Rezoluția pleacă de la ideea că școala care promovează sănătatea se bazează pe modelul social al sănătății. Acesta pune accent atât pe întreaga școală ca organizație, cât și pe individ. Modelul este centrat pe persoana tânără care este considerată ca un individ în totalitate într-un mediu dinamic.

O astfel de abordare permite realizarea unui mediu social care favorizează viziunile, percepțiile și acțiunile tuturor celor care muncesc, se joacă sau învață în școală. Aceasta generează un climat pozitiv care

influențează modul în care se dezvoltă relațiile interpersonale, modul în care tinerii iau decizii și modul în care valorile și atitudinile lor se dezvoltă.

Rezoluția are drept scop încurajarea elaborării de politici, inclusiv a unor măsuri legislative, precum și a elementelor care trebuie puse în practică prin mecanisme permissive. Rezoluția definește principiile și acțiunile necesare pentru realizarea întregului potențial al școlii care promovează sănătatea și reflectă viziunile unor specialiști de variate profesii din 43 de țări ale Europei.

Principiile care ar trebui puse în practică sunt următoarele:

1. Democrație

Școala care promovează sănătatea se fundamentează pe principiile democratice care favorizează procesul de învățare, dezvoltarea socială și personală și îmbunătățirea stării de sănătate.

2. Echitate

Școala care promovează sănătatea asigură respectarea principiilor echității în cadrul experienței educaționale. Aceasta garantează că în școală nu există opresiuni, frică și ridicol. Școala care promovează sănătatea oferă acces egal pentru toți și o gamă completă de posibilități de educație. Scopul școlii care promovează sănătatea este să contribuie la dezvoltarea socială și personală a fiecărui individ, permițând fiecăruia să atingă întregul său potențial fără discriminare.

3. Împuternicire și competență pentru acțiune

Școala care promovează sănătatea îmbunătățește capacitatea tinerilor de a acționa și de a produce schimbări. Reprezintă un mediu în care tinerii, colaborând cu profesorii și cu alte persoane, pot dobândi sensul împlinirilor. Împuternicirea tinerilor în legătură cu viziunile și idealurile lor, le permite acestora să influențeze propriile condiții de trai și întreaga lor viață. Aceasta se poate obține prin politici și practici educaționale de calitate, care oferă posibilități de participare la luarea unor decizii importante.

4. Mediul școlar

Școala care promovează sănătatea pune accent pe mediul școlar, atât fizic, cât și social, ca factor crucial pentru promovarea și susținerea stării de sănătate. Mediul școlar devine o resursă neprețuită pentru promovarea sănătății, realizată eficient prin punerea în practică a unor politici care promovează starea de bine. Aceasta include formularea și monitorizarea unor măsuri de sănătate și siguranță, ca și introducerea unor structuri de management adecvate.

5. Programa de învățământ

Programa școlii care promovează sănătatea oferă posibilitatea tinerilor de a dobândi cunoștințe și abilități esențiale pentru viață. Programa trebuie să fie relevantă pentru nevoile prezente și viitoare ale tinerilor, să le stimuleze creativitatea, să-i încurajeze să învețe și să le ofere abilitățile necesare pentru învățare. Programa școlii care promovează sănătatea reprezintă, de asemenea, o sursă de inspirație pentru profesori și alte persoane care muncesc în școală. Ea acționează și ca un stimul pentru dezvoltarea lor proprie la nivel personal și profesional.

6. Pregătirea profesorilor

Pregătirea profesorilor reprezintă o investiție în sănătate, ca și în educație. Legislația, împreună cu stimulentele adecvate, trebuie să constituie un ghid al structurilor de pregătire a profesorilor, atât pregătirea inițială, cât și cea continuă, la locul de muncă, folosind conceptele școlii care promovează sănătatea.

7. Măsurarea succesului

Școlile care promovează sănătatea își evaluează eficacitatea acțiunilor sale asupra școlii și asupra comunității. Măsurarea succesului reprezintă o metodă de sprijin și de împuternicire, ca și un proces prin care principiile școlii care promovează sănătatea pot fi puse în practică în modul cel mai eficient posibil.

8. Colaborarea

Împărțirea responsabilității și colaborarea strânsă dintre ministere și, în special, dintre Ministerul Educației și Ministerul Sănătății Publice reprezintă o cerință centrală a planificării strategice pentru școala care promovează sănătatea. Parteneriatele demonstrate la nivel național se regăsesc și la nivel regional și local. Rolurile, responsabilitățile și liniile de raportare trebuie stabilite și clarificate pentru toate părțile implicate.

9. Comunitățile

Părinții și comunitatea au un rol vital în conducerea, sprijinirea și întărirea conceptului de școală care promovează sănătatea. Lucrul în parteneriat între școli, părinți, organizații neguvernamentale și comunitatea locală reprezintă o forță puternică de schimbare pozitivă. În mod similar, tinerii înșiși au șanse crescute de a deveni cetățeni activi în comunitățile lor locale. Împreună, școala și comunitatea vor avea o influență pozitivă în crearea unui mediu social și fizic care să contribuie la o mai bună stare de sănătate.

10. Autosuținerea

La toate nivelele guvernele trebuie să ofere resurse pentru promovarea sănătății în școală. Această investiție va contribui la dezvoltarea autosuținută pe termen lung a comunității în ansamblu. Ca o reacție, comunitățile vor deveni din ce în ce mai mult a resursă pentru școlile lor.

Aceste principii sunt subliniate în cadrul conceptului și practicii școlii care promovează sănătatea. Ele oferă baza pentru investiția în educație, sănătate și democrație pentru generațiile viitoare.

Concluziile Conferinței de la Salonik, Grecia, care se bazează pe principiile mai sus enunțate sunt:

- a. Succesul școlilor care promovează sănătatea de-a lungul Europei reprezintă o garanție pentru o și mai largă punere în practică a acestei inițiative;
- b. Ministerele Educației și al Sănătății Publice ar trebui să colaboreze în efortul de extindere a inițiativei de SPS;
- c. SPS contribuie în mod semnificativ la dezvoltarea socială și economică a societății în ansamblul său;
- d. SPS nu este a abordare prescriptivă. Deși funcționează pe baza unui set de valori și principii, fiecare SPS va reflecta ansamblul dat de factorii culturali, organizaționali și politici locali;
- e. Conceptul SPS este larg prin natura sa și, alături de dezvoltarea programei de învățământ, militează pentru promovarea sănătății prin sprijin acordat mediului social și fizic din cadrul comunității;
- f. Programa de învățământ a unei SPS ar trebui orientată spre “învățare prin acțiune” mai degrabă decât spre predare. Prin urmare, profesorii trebuie să elaboreze și să pună în practică abordări inovatoare ale procesului de învățare/ predare;
- g. Succesul depinde, cel puțin parțial, de gradul în care există o investiție atât în pregătirea continuă, cât și în pregătirea inițială a profesorilor;
- h. Școlile ar trebui privite ca o resursă pentru comunitatea mai largă, facilitățile lor putând fi utilizate și în afara programului școlar;
- i. Scopul și consecința programului de SPS ar trebui să fie îmbunătățirea echității;
- j. Tinerii și părinții lor joacă un rol semnificativ în stabilirea priorităților la nivelul școlii;
- k. Școlile ar trebui să funcționeze ca un catalizator în aducerea laolaltă a unei largi varietăți de organizații locale, pentru a avea o abordare coordonată a sănătății comunității

- l. Implementarea presupune un parteneriat activ între părinți, profesori, organizații comunitare și tineri ;
- m. Oricând este posibil, o SPS ar trebui să folosească rețelele internaționale existente (ex. “Orașe sănătoase”) pentru a promova colaborarea inter-școli în afara granițelor naționale;
- n. Deși inițiativa a avut succes, există o nevoie continuă ca dezvoltarea ulterioară să se bazeze pe evidență.

CAPITOLUL XI

TIPURI DE PROGRAME

Psih. Iuliana Iacob

În întreaga lume, în ultimii 20 de ani, interesul pentru partea preventivă a medicinei a crescut datorită traziției epidemiologice a cauzelor mortalității, de la bolile acute, infecțioase la bolile cronice. Astfel se consideră că un mai bun control numai asupra factorilor de risc comportamental ar putea preveni: 40-70% din toate decesele premature; 1/3 din dizabilități acute; 2/3 din dizabilitățile cronice. În concordanță cu problemele de sănătate publică identificate la nivel național și local și în concordanță cu recomandările Organizației Mondiale a Sănătății, se vor organiza și desfășura campanii de informare, educare și comunicare precum și alte activități specifice de promovare a sănătății, în scopul îmbunătățirii stării de sănătate a populației și a reducerii morbidității și mortalității datorate unor cauze evitabile.

În contextul globalizării, succesul unor programe de sănătate dintr-o anumită țară poate fi preluat și adaptat nevoilor specifice fiecărei țări. Astfel, programele dedicate prevenirii consumului de alcool, reducerii stresului profesional, combaterii obezității pot fi preluate și adaptate specificului țării noastre.

XI.1. ALCOOLUL – A TREIA PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Alcoolul este substanța de abuz cea mai larg disponibilă și cea mai acceptabilă din punct de vedere cultural.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în Europa alcoolul ocupă locul trei în ierarhia celor mai importanți factori de risc pentru decesele premature și îmbolnăviri evitabile (după fumat și hipertensiune arterială).

Un ghid OMS din 1986 privind dependența de droguri și alcool, clasifica alcoolul în categoria droguri sedative, alături de hipnotice și tranchilizante. Problemele legate de alcool apar la aproximativ 30% din băutori.

Alcoolul este un factor de risc mai important decât nivelul crescut al colesterolului și obezitate, de trei ori important decât diabetul și de cinci ori mai important decât astmul. Una din 10 îmbolnăviri și decese premature din Europa este cauzată de alcool.

Se estimează că produsele pe bază de alcool sunt răspunzătoare pentru aproximativ 9% din totalul de boli. Consumul de alcool duce la accidente și violență și este responsabil pentru reducerea speranței de viață. Consumul de alcool a crescut în ultimul timp ca volum și frecvență, iar vârsta debutului pentru băut a scăzut.

Deși în ultimii ani s-au îmbunătățit semnificativ informațiile referitoare la consumul de alcool și efectele asupra sănătății publice, totuși mai sunt multe de aflat în acest domeniu.

În multe țări din Europa, decidenții politici se plâng de lipsa informațiilor despre consumul real de alcool, despre obiceiurile consumului de alcool în funcție de sex, vârstă și alte caracteristici populaționale relevante, ca și de efectele negative ale consumului, în diversele sale forme. Deși media consumului de alcool, ca și incidența cirozei, continuă să fie indicatori importanți pentru situația actuală a consumului de alcool, acestea nu sunt suficiente pentru a estima realitatea și a elabora politici sociale adaptate realității. De aceea este nevoie de un program de acțiune pentru prevenirea și reducerea consumului abuziv de alcool.

Cauzele creșterii consumului de alcool:

- creșterea producției și diversitatea băuturilor alcoolice;
- disponibilitatea și accesibilitatea largă;
- percepția culturală de ingredient festiv a alcoolului;
- creșterea nivelului de trai, a venitului pe cap de locuitor;
- *promovarea sa drept scop recreațional, detensionant, de creștere a bune-dispoziții, de “liant social”, pentru umplerea timpului liber sau din “plictiseală”, lipsa de ocupație, pasivitate;*
- modelele (părinți, profesori, staruri de muzică sau cinema, sportivi etc.) ce oferă această imagine/atitudine;
- tradiția consumului (bere în Danemarca, vin în România).

Studiile efectuate de OMS arată că obiceiul consumului de alcool începe din adolescență și la debutul vârstei adulte, dar consecințele patologice nu apar decât după mai mulți ani. Adolescenții sunt rareori consumatori cronici de alcool; mai degrabă au tendința de a ceda ocazional tentației unui consum excesiv de alcool. Dependența de alcool se instalează după mai

mulți ani și majoritatea persoanelor care solicită asistență medicală au peste 30 ani.

În numeroase țări, consumul de alcool de către tineri este considerat drept o consolidare a imaginii masculine de virilitate și maturitate.

Pentru a îmbunătăți calitatea vieții, este necesară reducerea efectelor negative ale consumului de alcool, acțiune care trebuie privită ca o importantă problemă de sănătate publică.

Ca și în cazul altor politici publice, acțiunile pentru prevenirea și reducerea consumului de alcool trebuie fondate pe informații reale.

În anii '90, în țările europene, în baza a trei acorduri s-au stabilit acțiunile menite să reducă și să prevină consumul de alcool. Aceste acorduri sunt:

1. „Sănătate pentru toți” (Health for All);
2. „Politica Europeană în privința alcoolului” (European Alcohol Action Plan);
3. „Acordul European referitor la alcool” (European Charter on Alcohol);
4. În 2001 a fost adoptată de țările membre ale UE, Declarația : tinerii și alcoolul. (Declaration on young people and alcohol).

Ele subliniază faptul că problemele cauzate de consumul de alcool, la nivel internațional, reprezintă o problemă de sănătate publică. De asemenea stabilesc principalele strategii de combatere a efectelor negative produse de consumul de alcool.

1. „Sănătate pentru toți” (Health for All)

Acest acord a fost inițiat în 1979 de către OMS. La baza acestui acord era o politică globală de sănătate care intenționa să producă schimbări substanțiale în sănătate în deceniile trecute.

În 1998, acest acord a fost întărit de o nouă declarație a OMS, cu o nouă politică de sănătate: „Sănătate pentru toți în secolul 21”. Această declarație identifică 21 de obiective pentru secolul 21; obiectivul 12 al acestei declarații se referă la reducerea efectelor nocive ale alcoolului, drogurilor și tutunului: „Până în anul 2015, trebuie reduse semnificativ, în toate statele membre ale UE, efectele negative ale consumului de substanțe adictive cum ar fi tutunul, alcoolul și alte droguri psihoactive”. (sesiunea din septembrie 1998 a WHO - comitetul regional pentru Europa).

2. „Politica Europeană în privința alcoolului” (European Alcohol Action Plan)

Scopul “European Alcohol Action Plan” (EAAP) este prevenirea și reducerea consumului de alcool, precum și a efectelor negative cauzate de acesta. Obiectivele EAAP sunt următoarele:

- Informarea și educarea populației, precum și sprijinirea politicilor de sănătate publică referitoare la prevenirea și reducerea consumului de alcool.
- Reducerea riscurilor legate de celelalte probleme ce pot fi cauzate de consumul de alcool, probleme ce pot afecta familia, locul de muncă, comunitatea.
- Reducerea accidentelor, violenței, abuzului copiilor, neglijarea și crizele familiale generate de consumul de alcool.
- Asigurarea unor servicii specializate, accesibile și eficiente persoanelor dependente de consumul de alcool.
- Protejarea copiilor, tinerilor precum și a celor care au hotărât să nu consume băuturi alcoolice

3. „Acordul European referitor la alcool” (European Charter on Alcohol)

Acest acord este constituit din două părți importante: principii și strategii referitoare la alcool.

Principiile etice ale politicilor referitoare la alcool

1. Toți oamenii au dreptul să fie protejați, în cadrul familiei, comunității, precum și la locul de muncă de efectele negative ale consumului de alcool, cum ar fi accidentele, violența domestică.
2. Încă din copilărie, oamenii au dreptul la informații valide, imparțiale despre consecințele consumului de alcool asupra sănătății, familiei și societății.
3. Toți copiii și adolescenții au dreptul să crească într-un mediu protejat de efectele dăunătoare ale abuzului de alcool și să fie feriți pe cât posibil de publicitatea la băuturile alcoolice.
4. Toți cei care abuzează de alcool, precum și familiile acestora au dreptul la îngrijire și tratament. Aceste servicii trebuie să fie accesibile.
5. Toți oamenii care nu doresc să consume alcool sau care nu o pot face, din diferite motive, au dreptul să fie protejați, să nu fie supuși presiunii de a consuma alcool și să fie sprijiniți în comportamentul lor anti-alcool.

Strategiile de acțiune anti-alcool respectă principiile etice ale politicilor referitoare la alcool:

- a. Informarea populației cu privire la consecințele consumului de alcool asupra sănătății, familiei și societății, prin desfășurarea unor programe educaționale, precum și asupra măsurilor efective care pot fi luate pentru prevenirea și
- b. reducerea acestora;
- c. Încurajarea acelor medii de lucru, atât publice, cât și private, ce sunt ferite de consecințele negative ale consumului de alcool, precum accidentele și violența.
- d. Formularea unor noi legi sau întărirea celor existente, legi referitoare la condusul sub influența băuturilor alcoolice.
- e. Promovarea sănătății prin controlul accesibilității tinerilor la băuturile alcoolice și influențarea politicii prețului, prin instituirea taxelor sau prin mărirea acestora.
- f. Controlul strict, în ceea ce privește publicitatea, directă sau indirectă, la băuturile alcoolice și asigurarea că nici o formă de publicitate nu se adresează minorilor, de exemplu, prin legătura care s-ar putea face între evenimentele sportive și alcool.
- g. Asigurarea accesului la tratament și la servicii de reabilitare a celor care abuzează de alcool, precum și a familiilor acestora.
- h. Responsabilizarea etică și legală a celor care sunt implicați în marketingul băuturilor alcoolice sau a celor care comercializează băuturi alcoolice; asigurarea unui control strict referitor la calitatea produselor și implementarea unor măsuri împotriva producției și vânzării ilicite de băuturi alcoolice.
- i. Un bun management al problemelor cauzate de consumul de alcool, se realizează prin antrenarea unor profesioniști din mediul medical, al asistenței sociale, educație și justiție, în confruntarea cu astfel de probleme.
- j. Sprijinirea acelor organizații care promovează un stil de viață sănătos, în special a celor care se ocupă de prevenirea și reducerea efectelor dăunătoare cauzate de consumul de alcool.
- k. Formularea unor programe de prevenire a consumului de alcool, de monitorizare a progresului realizat de aceste programe, precum și de actualizarea programelor bazată pe evaluarea lor.

4. „Declarația: tinerii și alcoolul” (Declaration on young people and alcohol)

Politicile referitoare la alcool trebuie să fie orientate spre:

- a oferi protecție

- a promova educația
- a sprijini mediile în care nu se consumă alcool
- a reduce efectele negative ale consumului de alcool.

Uniunea Europeană (UE) a adoptat mai multe directive căutând să armonizeze diferitele legi ale statelor membre pentru a pregăti dezvoltarea unei piețe comune.

Directivele Uniunii Europe urmăresc, în principal, următoarele trei aspecte:

- taxele pe alcool;
- publicitatea la alcool;
- libera circulație a produselor pe bază de alcool (pentru uz personal, între țările membre UE).

Una dintre aceste directive stabilește standarde pentru reglementarea publicității în media audio-vizuală, incluzând și pe cea a băuturilor alcoolice.

Este prevăzut astfel: publicitatea prin televiziunea și teleshopping-ul pentru băuturi alcoolice” ... ar trebui să nu vizeze specific minorii sau, în particular, să nu reprezinte minori consumând aceste băuturi”.

Instituția europeană privind politica europeană în privința alcoolului (EAAP) oferă cadrul pentru formularea politicii alcoolului în Europa, politică de care toate țările UE și cele candidate ar beneficia prin implementarea ei mai profundă decât este cazul în prezent. UE oferă infrastructura instituțională și de reglementare care poate contribui mult la implementarea politicii alcoolului.

Uniunea Europeană va trebui să realizeze că politica alcoolului este parte a politicii sociale și de sănătate publică, care, în anumite circumstanțe, are prioritate înaintea intereselor industriale și de comerț.

În ultimii 50 de ani, schimbările din cadrul politicilor referitoare la alcool s-au concentrat în următoarele direcții:

- a. legislația referitoare la condusul în stare de ebrietate: nivelul de alcool din sânge, măsurarea cu alcoolmetru, campanii IEC;
- b. accesibilitatea la alcool (monopol, licențe de import-export, restricții la vânzare, incluzând vârsta minimă și orele de vânzare-cumpărare);
- c. publicitatea la alcool (restricții publicitare);
- d. influențarea cererii și a modalității de consum;
- e. tratamentul celor abuzează de consumul de alcool ;
- f. consilierea psihologică a celor afectați colateral de efectele negative ale consumului de alcool.

Politicile alcoolului sunt direcționate către populație (vârsta legală pentru consum), organizații și sisteme de sănătate, individul care consumă alcool.

Pentru reducerea consumului de alcool, trebuie avute în vedere atât informațiile despre evoluția consumului și a obiceiurilor legate de acesta, cât și acțiunile direcționate pentru protecția tinerilor.

În UE sunt discuții cu privire la stabilirea unui nivel standard de 0,05‰ (alcoolemie în sânge).

În România, noua lege a circulației rutiere, intrată în vigoare la 1 februarie 2003, a coborât limita alcoolemiei de la 1 ‰ la 0,8‰, dincolo de care apare răspunderea penală.

Legislația referitoare la comercializarea băuturilor alcoolice

Conform Ordonanței de Guvern nr. 109/1999, există taxa asupra activităților dăunătoare sănătății, printre aceste activități numărându-se și consumul de alcool. Aceste taxe sunt vărsate în Fondul special pentru sănătate publică, ce se gestionează de către Ministerul Sănătății Publice.

Taxele provin de la:

- persoanele juridice care realizează încasări din acțiuni publicitare la băuturi alcoolice, o cotă de 12% din valoarea acestor încasări.
- persoanele juridice care realizează venituri din vânzările de băuturi alcoolice, o cotă de 2% din sumele realizate din vânzarea produselor respective, după deducerea accizelor și a taxei pe valoare adăugată (TVA).

În România este interzisă vânzarea către minori a băuturilor alcoolice. S-a constatat că în imediata vecinătate a școlilor se comercializează alcool, în ciuda faptului că există prevederi legale care interzic acest lucru. Este interzisă desfacerea băuturilor alcoolice sau comercializarea acestora în spații amenajate la intrarea unităților sau instituțiilor de învățământ, pe trotuarele sau aleile de acces ale acestora, precum și în bufetele de incintă din aceste locuri; este interzis consumul de alcool pe străzi, în parcuri, săli de spectacole, stadioane sau în alte locuri publice.

Armonizarea legislației românești cu cea internațională

S-a constatat că, în țările în care au fost impuse măsuri drastice de controlare a consumului de alcool, s-au înregistrat scăderi ale numărului de accidente rutiere, rata mortalității și morbidității datorate consumului de alcool a scăzut, accesul la băuturi alcoolice a minorilor a fost restricționat până la eliminare. Sunt necesare anumite măsuri :

- Mărirea taxelor, ce se va reflecta în preț crescut pentru băuturile alcoolice, reducând astfel accesibilitatea la acestea.
- Amenzi crescute pentru cei care vând băuturi alcoolice minorilor sau persoanelor aflate în stare de ebrietate.

- În ceea ce privește limita alcoolemiei, reducerea pragului de 0.8 la mie, la 0.5 la mie, astfel ne aliniem standardelor UE. Această limitare va duce și la scăderea numărului de accidente rutiere datorate condusului sub influența băuturilor alcoolice.
- Intensificarea testării alcoolmetrice pentru conducătorii auto și consumul de alcool, mai ales în zilele de sărbători și de weekend.
- În ceea ce privește etichetarea băuturilor alcoolice, pe acestea ar trebui să se regăsească și avertismentul: «Consumul excesiv de alcool dăunează grav sănătății».
- Utilizarea banilor proveniți din taxele pe alcool pentru finanțarea și controlarea unor activități de educație pentru sănătate, de cercetare privind politica alcoolului și de sprijinire a serviciilor de sănătate (conform EAAP).

Industria alcoolului există pentru a vinde alcool. Ca oricare altă afacere comercială, scopul ei nu este o sănătate mai bună pentru cetățenii Europei, ci obținerea unui profit cât mai mare din vânzarea băuturilor alcoolice. De aceea, se ajunge la inevitabila opoziție dintre măsurile de sănătate publică și industria alcoolului. Industria alcoolului dorește reducerea efectelor negative generate de consumul de alcool, dar rămâne problema faptului că educația este mai degrabă o strategie de suport, decât un deschizător de drumuri.

XI.2. STRESUL

Stresul a fost denumit "boala secolului XX". În 1998, OMS a realizat un raport prin care arată că stresul profesional și cel din viața personală sunt factorii determinanți ai unei sănătăți șubrede. Acest raport concluziona că stresul profesional mărește riscul îmbolnăvirilor. Acesta nu depinde numai de caracteristicile psihologice ale individului, ci și de mediul în care muncește.

Un studiu celebru "Whitehall Study" (citat în Burrow, 2000), care pe parcursul a 15 ani a urmărit starea sănătății a peste 10000 de englezi, a confirmat faptul că starea sănătății se află în legătură cu poziția noastră în cadrul societății. Cei din executiv sunt mai puțin afectați decât cei din managementul de mijloc, iar aceștia suferă mai puțin decât simplii muncitori. Cu cât pătrundem mai jos în ierarhie cu atât crește numărul problemelor de sănătate. Studiul a măsurat efectele caracteristice ale muncii: puterea de decizie (control), cerințele slujbei și sprijinul social de la locul de muncă și a

descoperit că munca inegală duce la rezultate inegale asupra sănătății. Aceasta este independentă de ceilalți factori de risc.

Consecințele medicale ale stresului profesional

Când ne simțim amenințați sau când ne confruntăm cu anumite cerințe externe sau stresori, corpul, automat, dă un răspuns fizic și biochimic. Adrenalina și alți hormoni, colesterolul și acizii grași sunt lansași în sange, inima bate mai repede, transpirăm mai mult, mușchii se tensionează și respirăm accelerat și superficial. Stresul întins pe o perioadă mai lungă afectează sănătatea. Stresul cronic duce la o acumulare în artere a colesterolului și grăsimilor, ceea ce reprezintă un risc crescut pentru boli cardiovasculare. Incapacitatea de a ne manifesta frustrarea și furia, neputința de a schimba situația stresantă sau de a o părăsi este un indicator al apariției problemelor cardiace.

Stresul cronic este cel care dăunează cel mai mult sănătății, fiind tipic pentru locurile de muncă în care angajații nu au control asupra diferitelor situații, au cerințe copleșitoare și nu întrevd nici un semn de ușurare.

Efectele asupra stării fizice includ: tensiune mare, transpirație, dificultăți de respirație, tensiune musculară și tulburări gastrointestinale.

Stresul conduce la boli coronariene, dureri de spate, migrene, dureri de abdominale și o varietate de probleme psihice. Este dificil de precizat în ce masura stresul influențează sănătatea, dar foarte multe îmbolnăviri sunt legate de stres. Îmbolnăvirile din cauza stresului reprezintă o povară pentru oameni și organizații, costurile fiind mai evidente la nivelul indivizilor decât la nivelul organizațiilor.

Stresul profesional acționează și asupra sistemului imunitar. Sheldon Cohen de Universitatea Carnegie Mellon USA (citată în Burrow, 2000) a arătat că angajații care suferă de stres cronic sunt de la trei până la cinci ori mai predispuși la infecții virale respiratorii decât ceilalți. Același studiu a descoperit că cei care se confruntă doar cu un singur eveniment stresant pe parcursul unui an nu sunt vulnerabili.

Principalele probleme de sănătate identificate ca fiind datorate în mare măsura stresului profesional sunt următoarele: astmul, psoriasis, ulcer gastro-duodenal, tulburări digestive și sindromul colonului iritabil, probleme sexuale, depresii, consum de alcool, de droguri sau abuz de medicamente.

Pe termen lung expunerea prelungită la stres generează o serie de probleme serioase de sănătate cum ar fi: diabetul zaharat, boli cardiovasculare, incidența crescută pentru cancerul mamar la femei; slăbirea sistemului imunitar.

Putem identifica câteva dintre costurile unei organizații legate de consecințele stresului profesional: asigurările de sănătate, pierderea unor zile de lucru și accidentele. Atunci când nivelul stresului este foarte mare și numărul accidentelor este mare. Aceasta se întâmplă din două motive: condițiile de muncă care cauzează stres pot cauza și accidente și cel de-al doilea motiv este acela că atunci când muncim prea mult, când suntem presați de timp sau terorizați de șefi suntem mai vulnerabili la accidente.

Se produc mai multe accidente atunci când angajații lucrează în condiții periculoase, când ei folosesc echipamente sofisticate, când manipulează obiecte grele, când rămân pentru mai mult timp într-o poziție statică sau neconfortabilă, când au sarcini plictisitoare sau care se repetă la nesfârșit și când trebuie să fie permanent vigilenți.

Cercetările (Hellriegel, 1992) au relevat faptul că atunci când angajații se tem de pierderea slujbei, ei au mai multe accidente, se îmbolnăvesc mai des. Statistic, aproape 3-4% din accidentele industriale sunt cauzate de incapacitatea de a face față problemelor emoționale provocate de stres.

Se estimează că fiecare angajat care suferă de vreo boală cauzată de stres absentează aproximativ 16 zile lucrătoare pe an. Angajatorul va trebui să găsească deci un echilibru între stresul indus salariaților și performanțele organizației.

Conform Federației Mondiale de Sănătate Mentală, "fața întunecată a economiei globale" a determinat o criză în sănătatea mentală. Depresiile și bolile cardiovasculare au devenit o problemă de sănătate majoră. Amândouă sunt generate de stresul profesional. Atunci când ne aflăm în situații stresante și nu putem nici lupta, nici fugi, o reacție comună este să ne reprimăm sentimentele și să continuăm. Astfel, stresul produce efecte comportamentale, biochimice și psihologice.

Efectele asupra psihicului duc la probleme de concentrare, încredere și motivație, ori ne fac să ne simțim frustrați, neajutorați sau furioși. Ca urmare furia, anxietatea, depresia, stima de sine scăzută, intelectul slăbit, problemele de concentrare și de luare a deciziilor, nervozitatea, iritabilitatea, insatisfacția în munca sunt câteva din efectele pe care stresul le răsfrânge asupra stării emoționale a oamenilor. Aceste efecte duc la o deteriorare a sănătății psihice. În cazuri extreme, stresul profesional îi determină pe unii angajați să se sinucidă, mai ales atunci când aceștia sunt terorizați.

Efectele asupra comportamentului includ: performanța în scădere, absenteism, creșterea numărului accidentelor, creșterea abuzului de alcool sau medicamente, impulsivitate, crește numărul abandonurilor și de asemenea apar dificultăți în comunicare.

Stresul are impact și asupra vieții personale și sociale. Cu cât suntem mai stresați la serviciu, cu atât impactul este mai mare în viața personală și

socială. Stresul profesional produce iritabilitate și furie la nivelul relațiilor personale și perturbă implicarea în viața culturală și socială. Este greu să menții un echilibru între munca și familie pentru că stresul profesional creează un cerc vicios.

A fi afectat de stresul profesional nu este o slăbiciune personală pentru că oamenii au toleranțe diferite față de situațiile stresante. Nivelul de stres pe care cineva îl poate tolera înainte de apariția stresului reprezintă pragul stresului. Unii oameni la cea mai mică schimbare sau urgență reacționează imediat. Alții sunt calmi, stăpâni pe sine, pe situație deoarece au încredere în capacitatea lor de adaptare. Ei simt un stres foarte mic, acesta devenind mai mare dacă stresul este major sau prelungit.

Prevenirea și terapia stresului în organizații

Puține sunt la ora actuală organizațiile europene care să aibă un program de prevenire a stresului; conducătorii organizațiilor continuă să creadă că activarea unor programe antistres nu face parte din responsabilitățile ce le revin. Ei au în privința stresului aceeași atitudine ca aceea referitoare la poluarea mediului înconjurător, până la apariția mișcărilor ecologiste și a legilor care reglementează protejarea resurselor naturale. Pentru aceștia, sănătatea indivizilor la locul de muncă ține de responsabilitatea individuală și de cea a organelor publice. Exemplul dat de Statele Unite, Canada, Marea Britanie, Suedia arată că:

1. punerea în practică a unor asemenea programe de către organizații duce la reale economii.
2. cele 100.000 de cercetări în domeniul stresului confirmă că anumite modalități de funcționare organizatorică sunt surse de stres pentru salariați, cadre de conducere, tehnicieni și conducători de întreprindere.

XI.3 OBEZITATEA

În secolul 21 se vorbește tot mai des despre obezitate ca despre o epidemie a civilizației moderne. Statisticile internaționale indică, pentru prima dată, că obezitatea face mai multe victime decât fumatul.

Obezitatea reprezintă o problemă cu care copiii se confruntă din ce în ce mai des. În ultima vreme, pe lângă eforturile educaționale ale părinților de a-i învăța pe aceștia cum să mănânce sănătos și să facă mișcare în mod regulat, copiii au început să fie tratați de obezitate ca și adulții. Aceste tratamente includ medicamente ce controlează greutatea, dar și chirurgia de tip bypass gastric.

Ca și adulților, nici copiilor nu le este deloc ușor sau comod să scadă în greutate și astfel mare parte din copiii obezi se transformă în adulți obezi.

Obezitatea este una dintre cele mai grave probleme de sănătate cu care se confruntă umanitatea, în unele dintre țări ea fiind chiar a doua cauză a mortalității.

Conform studiilor recente, în România rata obezității este de 25%, iar 50% dintre români sunt supraponderali.

Obezitatea este o boala cronică ce are la bază numeroși factori, ea însăși reprezentând un factor de risc major pentru sănătate, producând boli de inimă, creșterea presiunii sângelui, diabetul și cancerul. Obezitatea reprezintă a doua cauză de mortalitate după consumul de tutun.

Un element important al strategiei de prevenție a guvernului britanic îl constituie reducerea deceselor prin îmbunătățirea dietei și nutriției. În Anglia s-a introdus un nou program: “5 a day target= 5 pieces of vegetables or fruits”.

CAPITOLUL XII

MARKETINGUL SOCIAL

Dr. Cătălin Tufănanu

Termenul marketing social a fost introdus în limbajul științific în anul 1971 de către Ph. Kotler și G. Zaltman pentru a descrie aplicarea marketingului comercial în soluționarea problemelor sociale și de sănătate publică (Zaharia, 2001; Balaure, 2002; Stanciu, 2002; MacFadyen et al., 1999).

Multe dintre problemele sociale și de sănătate publică au și cauze comportamentale iar marketingul social oferă un «mecanism» pentru abordarea acestor probleme prin influențarea indivizilor în sensul adoptării unor noi comportamente și a unui nou stil de viață considerat mai sănătos (Stanciu, 2002; MacFadyen et al., 1999).

Marketingul social poate să fie utilizat pentru a influența nu numai comportamentul indivizilor văzuți în rolul lor de simpli cetățeni dintr-o anumită populație, dar și pentru a influența comportamentul celor care decid politicile publice și al celor care fac parte din diferitele grupuri de interese (MacFadyen et al., 1999).

Definiția marketingului social

Alan Andreasen (1995) a definit marketingul social ca fiind “aplicarea tehnologiilor [engl. *Technologies*] marketingului comercial în analizarea, planificarea, executarea și evaluarea programelor gândite (proiectate) [engl. *designed*] să influențeze comportamentul voluntar al audiențelor țintă, astfel încât să crească bunăstarea [engl. *welfare*] lor personală și a societății ” (apud Bellamy et al., 1997).

Specialiștii germani Manfred Bruhn și Jorg Tilmes (1989) au propus următoarea definiție: «Marketingul social reprezintă planificarea, organizarea, implementarea și controlul strategiilor și activităților de marketing ale organizațiilor necomerciale care sunt îndreptate în mod direct sau indirect către rezolvarea unor probleme sociale» (apud Zaharia, 2001).

Există numeroase alte definiții ale marketingului social, cele mai cunoscute dintre acestea fiind prezentate în **caseta 1**.

Marketingul social versus marketingul comercial

Pentru a înțelege particularitățile marketingului social este necesară

o înțelegere prealabilă a conceptelor și a principiilor care sunt utilizate de către marketingul comercial. Marketingul comercial a fost definit ca fiind « un proces social și managerial prin care grupurile și indivizii obțin ceea ce le trebuie și ceea ce doresc prin crearea și schimbul de produse sau valori cu alte grupuri și indivizi» (Kotler et al., 1999). O altă definiție precizează faptul că «marketingul este procesul de planificare și executare a activităților de concepere, stabilire a prețului, promovare și distribuire a ideilor, bunurilor și serviciilor în scopul realizării schimburilor care să corespundă obiectivelor individuale și instituționale» (Kotler et al., 1999).

CASETA 1

Definiții ale marketingului social

“Marketingul social este acel marketing practicat de către organizațiile sociale, care vizează îndeplinirea unor obiective sociale” (Zaharia, 2001).

Marketingul social reprezintă “proiectarea [engl. *design*], implementarea și controlul programelor care urmăresc să crească acceptabilitatea unei idei sociale sau a unei practici sociale într-un grup țintă” (Kotler, 1975 *apud* Alcalay & Bell, 2000).

Marketingul social a fost definit drept “proiectarea [engl. *design*], implementarea și controlul programelor gândite [engl. *calculated*] să influențeze acceptabilitatea ideilor sociale și care implică luarea în considerare a aspectelor legate de planificarea produsului, stabilirea prețului produsului, comunicare, distribuția produsului și cercetarea de marketing”(Kotler & Zaltman, 1971 *apud* Siegel & Doner, 1998).

Marketingul social utilizează principiile și tehnologiile marketingului comercial pentru programe gândite (proiectate) să influențeze cunoștințele, atitudinile, valorile, credințele, comportamentele și practicile unei populații față de care avem un anumit interes»(Keller & Stroschein, 2001).

*Marketingul social “reprezintă utilizarea principiilor și tehnicilor marketingului pentru a influența o audiență țintă [engl. Target audience], astfel încât în mod voluntar să accepte, [sau] să respingă, [sau] să modifice sau să abandoneze un comportament, în beneficiul indivizilor, a grupurilor sau a societății ca întreg ”(Kotler et al., 2002 *apud* Turning Point National Program Office, 2003).*

Iar Cutlip et alții (1994) definesc marketingul comercial astfel «acea funcție a conducerii care identifică nevoile și dorințele publicului, oferă produse și servicii pentru a satisface aceste cereri și generează tranzacții care pun în mișcare valori»(apud Coman, 2000).

În **caseta 2** prezentăm și alte definiții ale marketingului comercial cu intenția de a sublinia complexitatea domeniului.

I. Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească o activitate pentru a fi considerată marketing

Marketingul reprezintă «activitatea formală, sistematică și fundamentată științific, desfășurată de o entitate identificabilă, în vederea obținerii unui răspuns favorabil din partea unui public predeterminat, prin intermediul unei promisiuni adaptate la așteptările acestuia» (Zaharia, 2001). Trebuie subliniat faptul că «nu orice activitate care utilizează elemente ale marketingului este considerată marketing» (Zaharia, 2001).

Astfel, s-a afirmat că trebuie respectate simultan trei condiții pentru ca o activitate să fie considerată marketing (Zaharia, 2001): (1) activitatea desfășurată trebuie să fie o activitate formală, adică activitatea trebuie să fie susținută de un compartiment specializat, de un grup specializat sau cel puțin de o persoană specializată în marketing, care să se ocupe de rezolvarea tuturor aspectelor specifice; (2) activitatea respectivă trebuie să fie o activitate sistematică, adică să fie o activitate caracterizată prin continuitate, care se desfășoară cu regularitate, constant și în mod coordonat; (3) activitatea trebuie să se bazeze pe un set de teorii, modele, concepte, metode, tehnici, mijloace și instrumente științifice specifice marketingului.

II. Diferențele dintre marketingul comercial și marketingul social

În literatura de specialitate au fost subliniate nu numai aspectele comune celor două abordări ci și diferențele dintre marketingul comercial și marketingul social. Aplicarea principiilor, metodelor și tehnicilor marketingului comercial în rezolvarea unor probleme sociale au determinat anumite particularități ale marketingului social.

Pentru a sublinia, încă de la început, caracteristicile specifice ale marketingului social vom prezenta (fără a intra în detalii) câteva dintre acestea. Astfel, MacFadyen et al. (1999) precizează următoarele diferențe dintre marketingul comercial și marketingul social: produsele marketingului social sunt caracterizate de o complexitate mult mai mare comparativ cu produsele marketingului comercial; cererea pentru produse este mult mai variată în cazul marketingului social ; grupurile țintă sunt mult mai greu de „atins” în cazul marketingului social; implicarea „consumatorului” este mult

mai mare în cazul marketingului social; „competiția” este mai subtilă și mai variată în cazul marketingului social.

CASETA 2

Definiții ale marketingului comercial

«Marketingul înseamnă realizarea acelor activități economice prin care se direcționează fluxul bunurilor și serviciilor de la producător la consumator sau utilizator» (Kotler et al., 1999).

«Marketingul înseamnă oferirea bunurilor și serviciilor potrivite, oamenilor potriviți, la locul potrivit, la timpul potrivit, la prețul potrivit, cu mijloacele de comunicare și promovare potrivite» (Kotler et al., 1999).

«Marketingul comercial reprezintă ansamblul tehnicilor care au drept obiectiv adaptarea unui produs la piață, să-l facă cunoscut consumatorului, să creeze diferența față de concurență și cu un minimum de mijloace să optimizeze profitul care apare din vânzare» (Bongrand, 1993 *apud* Popescu, 2002).

Marketingul reprezintă “ansamblul de tehnici prin care se urmărește organizarea și desfășurarea activității economice, conform căreia oferta trebuie să fie orientată în funcție de consum, adaptată permanent la schimbări și sincronizată cu cererea prezentă și de perspectivă” (Marketing and Management, 1998 *apud* Teodorescu, 2001).

Marketingul este “ansamblul de cunoștințe științifice și activități practice, metode, tehnici de investigație și instrumentar de analiză a orientării, organizării și utilizării factorilor de producție în scopul satisfacerii cerințelor de consum ale populației cu bunuri materiale și servicii în condițiile obținerii de profit cât mai ridicat”(Dobrotă, 1999).

“Marketingul este definit ca procesul managerial de identificare, anticipare și satisfacere în mod profitabil a cerințelor consumatorilor” (Marketing, 1997).

Marketingul este definit ca «activitatea individuală și organizațională care facilitează și rezolvă relațiile de schimb într-un mediu dinamic, folosind crearea, distribuția, promovarea și stabilirea prețurilor pentru bunuri, servicii, idei»(Pride & Ferrell, 1991 *apud* Coman, 2000).

«Marketingul este procesul de creare a unor nevoi în rândul consumatorilor pentru un produs sau un serviciu, motivarea vânzării acestuia și distribuirea lui consumatorilor, în scopul obținerii unui profit» (Brech, 1953 *apud* Nicola & Petre, 2001).

«Marketingul este un întreg sistem de activități economice referitoare la programarea, stabilirea prețurilor, promovarea și distribuirea produselor și serviciilor menite să satisfacă cerințele consumatorilor actuali și potențiali»(Stanton, 1981 *apud* Balaure, 2002).

«Marketingul semnifică suma tuturor eforturilor dirijate de către întreprindere în vederea satisfacerii consumatorilor săi, cu un profit » (McCarthy & Perrault, 1987 *apud* Balaure, 2002).

Marketingul cuprinde « analiza permanentă a cererii, pe de o parte, și, pe de altă parte, stabilirea și punerea în acțiune a mijloacelor de satisfacere a acesteia, în condițiile unui profit optim » (Denner, 1971 *apud* Balaure, 2002).

«Marketingul contemporan reprezintă un mecanism economic și social prin care indivizii și grupurile își satisfac nevoile și dorințele lor prin intermediul creării și schimbului de bunuri, servicii și idei între semeni» (Kotler & Dubois, 1992 *apud* Balaure, 2002).

Marketingul reprezintă « ansamblul mijloacelor de care dispune o întreprindere pentru a-și vinde produsele clienților săi de o manieră rentabilă»(Lendrevie & Lindon, 1990 *apud* Zaharia, 2001).

Marketingul social versus campaniile sociale

Philip Kotler și Eduardo Roberto (*apud* Zaharia, 2001) au definit campania socială ca fiind „eforturile sistematice întreprinse de un anumit grup (modelator al comportamentului) în scopul de a convinge un alt grup (grupul – țintă) să accepte, să modifice sau să abandoneze anumite credințe, atitudini, deprinderi și comportamente.”

Anumiți autori pun semnul de egalitate între marketingul social și campaniile sociale. Trebuie precizat însă faptul că o campanie socială este doar una din componentele marketingului social, mai exact este doar partea operațională a marketingului social care nu poate fi realizată decât după ce a fost cercetat mediul extern și a fost formulată o strategie de marketing (Zaharia, 2001).

Marketingul social versus relațiile publice, publicitatea, advocacy și lobby

Activitatea de marketing social trebuie diferențiată de alte activități prin care organizațiile urmăresc influențarea anumitor audiențe țintă și anume: publicitatea; reclama; relațiile publice; afacerile publice; advocacy; lobby.

Marketingul social nu este nici publicitate și nici reclamă. Marketingul social nu este advocacy și nici lobby. Marketingul social nu trebuie confundat cu activitățile de relații publice. Marketingul social poate să apeleze la publicitate sau la reclamă. Marketingul social poate să fie asociat unei activități de advocacy sau de lobby. O organizație care este implicată în marketing social are nevoie de aplicarea unei strategii de relații publice. Ne vom limita la a prezenta definițiile acestor domenii care nu trebuie confundate cu marketingului social. În **casetă 3** prezentăm aceste definiții.¹

CASETA 3

Definițiile publicității, reclamei, relațiilor publice, afacerilor publice, advocacy și lobby

Publicitatea (engl. *Publicity*) reprezintă “acea informație plasată de o sursă exterioară în presă și pe care presa o preia pentru că are valoare de informare” (Cutlip et alii, 1994 apud Coman, 2000).

“ *Publicity* [Publicitatea] este procesul prin care o organizație sau un individ încearcă să se facă cunoscuți opiniei publice, să ocupe un loc vizibil în spațiul public. *Publicity* [Publicitatea] desemnează informațiile difuzate de către media fără ca acestea să fi fost plătite și care au rezultat cel mai adesea în urma unor evenimente. *Publicity* [Publicitatea] mai este cunoscută și ca « publicitate gratuită », concretizată în orice tip de expunere în media a produselor/serviciilor sau factorilor de decizie ai unei companii.[...] ...*publicity* [Publicitatea] constă în oferirea de informații către media de informare în speranța că acestea vor fi apreciate ca având valoare de știri [engl. *Newsworthness*] ; prin urmare publicate fără a fi plătite” (Nicola & Petre, 2001).

Reclama (engl. *Advertising*) reprezintă “acel mesaj pentru a cărui difuzare firme, organizații non-profit sau persoane individuale plătesc diferitelor instituții de presă, identificându-se astfel cu acel mesaj și sperând să informeze sau să convingă un anume public” (Dunn, 1986 apud Coman, 2000).

¹ * **Notă:** Termenii din limba engleză *advocacy*, *media advocacy*, *public policy advocacy* și *lobby* au fost traduși în limba română mai mult sau mai puțin inspirat de către diferiți autori. Deoarece consider că în acest moment nici una dintre variantele de traducere nu este adecvată și deoarece consider că este o nevoie acută de a *profesionaliza* limbajul de specialitate din domeniul sănătății publice am preferat utilizarea termenilor din limba engleză.

Relațiile publice [engl. Public Relations] sunt “funcția de conducere care evaluează atitudinile publicului, apropie politicile și procedurile unui individ sau ale unei organizații de interesele publicului, planifică și execută un program de acțiune pentru a câștiga înțelegerea și acceptarea publicului” (Cutlip et alii, 1994 apud Coman, 2000).

« **Relațiile publice** [engl. Public Relations] reprezintă funcția managerială distinctivă, care ajută la stabilirea și menținerea unor limite reciproce de comunicare, la acceptarea reciprocă și la cooperarea dintre o organizație și publicul ei; ele implică managementul problemelor, ajutând managerii să fie informați asupra opiniei publice și să răspundă cererilor opiniei publice; ele definesc și accentuează obligațiile managerilor de a servi interesul public; ele servesc ca sistem de avertizare, care ajută managerii să anticipeze tendințele mediului; ele folosesc ca principale instrumente de lucru cercetarea și comunicarea bazate pe principii etice » (R. F. Harlow, 1976 citat în Grunig & Hunt, 1984 apud Coman, 2000).

Afacerile publice (engl. Public affairs) reprezintă “o formă specializată a relațiilor publice, care are misiunea de a crea și de a menține legături reciproc benefice cu structurile guvernamentale și comunitare” (Cutlip et alii, 1994 apud Coman, 2000).

* **Advocacy** “este definit ca fiind promovarea unei cauze sau influențarea unei politici publice sau influențarea finanțării sau a unei alte activități determinate politic.” (Advocates for Youth: Advocacy 101 apud CEDPA, 2003)

* **Advocacy** “ este un proces care implică o serie de acțiuni politice realizate de către cetățeni organizați (în grupuri special constituite – nota traducătorului), acțiuni realizate astfel încât să transforme relațiile de putere. Scopul activităților de advocacy este de a obține schimbările dorite ale anumitor politici publice în beneficiul populației implicate în acest proces. » (The Arias Foundation apud CEDPA, 2003)

* **Media Advocacy** “reprezintă un tip de comunicare în domeniul sănătății. Implică utilizarea strategică a media pentru a modela opinia publică, pentru a mobiliza activiștii [sociali – nota traducătorului] din comunitate și pentru a influența decidenții astfel încât să creeze o schimbare a politicilor publice.” (The Health Communication Unit, Centre for Health Promotion, Toronto University, 2000)

* **Lobby** – ul “ poate fi considerat o activitate de relații publice prin care diverse asociații, sindicate, grupuri de interese urmăresc influențarea deciziilor legislative și politice”.

(Teodorescu, 2001)

* **Lobby** – ul reprezintă « un tip special de demers care are drept scop să influențeze deciziile publice. Activitatea de lobby este legalizată și reglată de o legislație care obligă organizațiile să dezvăluie cine le reprezintă, precum și legile sau normele pe care doresc să le modifice, împreună cu sumele de bani pe care sunt dispuse să le investească pentru a-și atinge scopurile. » (Dagenais, 2003)

Marketingul social versus manipulare, persuasiune, propagandă, îndoctrinare și spălarea creierului

Încă din anii 1960 – 1970 au fost numeroase dezbateri cu privire la posibilitatea utilizării cu rea intenție, împotriva indivizilor sau a grupurilor sau a unei întregi societăți a principiilor și tehnicilor marketingului. S-a pus astfel problema diferențierii între marketingul social și numeroase metode și tehnici de control și manipulare a comportamentului uman, considerate periculoase și incompatibile cu demnitatea umană și cu democrația. Trebuie să atragem atenția asupra diferențelor dintre marketingul social și alte domenii ale influenței sociale: manipularea comportamentului; persuasiunea; propaganda; îndoctrinarea; spălarea creierului.

Trebuie subliniat faptul că marketingul social nu reprezintă o tentativă de manipulare comportamentală și nici un demers de propagandă sau de îndoctrinare. În **caseta 4** prezentăm definițiile acestor domenii ale influenței sociale cu care nu trebuie confundat marketingul social.

Marketingul social versus alte demersuri pentru schimbarea socială

Marketingul social este doar una dintre alternativele care există în domeniul schimbărilor sociale. Fără a intra în amănunte precizăm doar faptul că specialistul în marketing social Alan R. Andreasen menționează (apud Zaharia, 2001) alte patru demersuri care pot fi utilizate atunci când se urmăresc schimbări ale comportamentului uman: demersul educativ; demersul persuasiv; demersul modificărilor comportamentale; demersul influenței sociale.

Marketingul social și schimbarea socială

Marketingul social urmărește să influențeze nu doar comportamentul anumitor indivizi izolați, ci chiar comportamentul unor grupuri de indivizi, al unor organizații sau chiar al unei întregi societăți (Hastings et al., 1994; Lawther and Lowry, 1995; Lawther et al., 1997; Murray and Douglas, 1988 *apud* MacFadyen et al., 1999). În acest sens precizăm faptul că S.J. Levy și G. Zaltman au propus în anul 1975 o modalitate de clasificare a tipurilor de schimbare socială care pot fi introduse prin marketingul social. Această schemă de clasificare ține cont de două dimensiuni și anume de o dimensiune temporală (schimbări pe termen scurt sau schimbări pe termen lung) și o dimensiune care precizează nivelul social la care se dorește schimbarea (la nivel individual, la nivel de grup sau la nivel de societate) (*apud* MacFadyen, 1999). Astfel că, prin utilizarea acestor două dimensiuni, pot fi gândite șase tipuri de schimbare socială care pot fi produse prin marketingul social. **Figura 1** prezintă aceste șase tipuri de schimbare socială.

CASETA 4

Definiții ale manipulării, persuasiunii, propagandei, îndochinării și spălării creierului

Manipularea reprezintă o «acțiune de a determina un actor social (persoană, grup, colectivitate) să gândească și să acționeze într-un mod compatibil cu interesele inițiatorului, iar nu cu interesele sale, prin utilizarea unor tehnici de persuasiune care distorsionează intenționat adevărul, lăsând însă impresia libertății de gândire și decizie» (Teodorescu, 1998).

Manipularea reprezintă «acțiunea de schimbare a opiniilor, atitudinilor și comportamentelor prin expunerea la mesaje a persoanelor și grupurilor umane în vederea atingerii unor scopuri dorite de altcineva (persoane sau organizații), fără aplicarea constrângerilor fizice și fără conștientizarea discrepanței dintre scopurile îndepărtate ale persoanelor și grupurilor țintă și scopurile îndepărtate ale celor care exercită influența» (Chelcea, 2002)

Manipularea comportamentală este definită drept «influențarea subiecților umani (indivizi, grupuri, mulțimi umane) în vederea realizării unor acțiuni în discordanță cu propriile scopuri, fără ca aceștia – subiecții

umani – să conștientizeze discrepanța dintre propriile scopuri și scopurile îndepărtate ale celor care îi influențează » (Chelcea, 1994).

Persuasiunea este «activitatea de influențare a atitudinilor și comportamentelor unor persoane în vederea producerii acelor schimbări care sunt concordante cu scopurile sau interesele agenției inițiatoare (persoane, grupuri, instituție sau organizație politică, socială, culturală, comercială etc.)» (Vlăsceanu, 1998)

Propaganda este o «activitate sistematică de transmitere, promovare sau răspândire a unor doctrine, teze sau idei de pe pozițiile unei anumite grupări sociale și ideologii, în scopul influențării, schimbării, formării unor concepții, atitudini, opinii, convingeri sau comportamente. Propaganda se realizează astfel încât să conducă la realizarea scopurilor și intereselor grupului pe care îl servește, neexistând o propagandă neutrală valoric sau obiectivă» (Vlăsceanu, 1998 a).

Propaganda «constituie o abordare care vrea să inducă în mințile oamenilor o filosofie de viață, un mod de a gândi. În acest sens, ea depășește ideea de pură difuzare a informației, deoarece încearcă în mod deschis și prin toate mijloacele să determine publicul-țintă să împărtășească ideile promovate» (Dagenais, 2003).

Îndoctrinarea este «un proces de dirijare și controlare a asimilării principiilor fundamentale ale unei ideologii» (Vlăsceanu, 1998 b).

Îndoctrinarea înseamnă «a căuta să câștigi pe cineva la o doctrină, la o opinie, la un punct de vedere» (Robert, 1957 apud Cozma & Momanu, 1997).

Spălarea creierului [engl. *Brainwashing*] reprezintă o «acțiune conștientă de schimbare completă, manipulativă a întregului sistem de valori, atitudini, credințe ale unei persoane prin încercarea de îndoctrinare forțată ; de regulă această îndoctrinare are în vedere însușirea unor noi concepții politice sau religioase, crearea unei dependențe totale de un grup politic sau religios» (Zamfir, 1998).

FIGURA 1

Cele 6 tipuri de schimbare socială care pot fi produse prin marketingul social

	Schimbare la nivelul individului	Schimbare la nivelul grupului de indivizi	Schimbare la nivelul societății
Schimbare pe termen scurt	<i>Schimbarea comportamentului individului</i>	<i>Schimbări ale normelor</i> <i>Schimbări administrative</i>	<i>Schimbări ale politicilor publice</i>
Schimbare pe termen lung	<i>Schimbarea stilului de viață</i>	<i>Schimbări organizaționale</i>	<i>“evoluție socio-culturală”</i>

Sursa: MacFadyen et al., 1999 adaptare după Levy și Zaltman, 1975

Scurt istoric al marketingului și al marketingului social

Marketingul este o activitate modernă ce debutează în Statele Unite ale Americii la începutul secolului al XX – lea și fără a putea indica o anumită dată precisă a apariției marketingului comercial putem să afirmăm că anul 1900 este borna de la care începe istoria scrisă a acestuia (Zaharia, 2001).

Robert Bartels (apud Balaure, 2002) a propus următoare periodizare a evoluției marketingului în prima jumătate a secolului al XX - lea:

- a. perioada 1900 – 1910 este perioada descoperirii marketingului
- b. perioada 1910 – 1920 este perioada conceptualizării marketingului
- c. perioada 1920 – 1930 este perioada integrării marketingului în “viața” întreprinderii
- d. perioada 1930 – 1940 este perioada dezvoltării marketingului
- e. perioada 1940 – 1950 este perioada de reevaluare a marketingului.

După anul 1950 marketingul trece într-o nouă etapă, denumită de către Robert King orientarea spre conceptul de marketing modern (apud Balaure, 2002). Ca urmare a deteriorării marcate a mediului înconjurător, a

epuizării resurselor naturale, a sărăciei și foametei care s-au produs în mod progresiv în perioada 1960 – 1970, după 1970 marketingul intră într-o altă etapă, denumită orientarea către un marketing societal (Feldman, 1971 apud Balaure, 2002). După 1980 se constată tranziția de la marketingul ca schimb tradițional la marketingul ca schimb relațional care se va concretiza după 1990 sub forma marketingului relațional (Balaure, 2002).

Despre posibilitatea aplicării marketingului comercial în domeniul social a început să se vorbească doar după anul 1950. Astfel, în acea perioadă s-a pus întrebarea dacă nu s-ar putea „vinde” camaraderia așa cum se vinde săpunul și s-a lansat ipoteza că dacă o campanie care urmărește schimbarea socială copiază cât mai fidel campaniile de marketing comercial, atunci probabilitatea succesului unei astfel de campanii de schimbare socială este foarte mare (Wiebe, 1951 apud MacFadyen et al., 1999). Într-un articol din ianuarie 1969, apărut în revista *Journal of Marketing* Ph. Kotler și S. Levy susțin că marketingul este o activitate socială universală, iar doi ani mai târziu, în iulie 1971 în articolul intitulat « Social Marketing : An Approach to Planned Social Change » apărut în aceeași revistă, *Journal of Marketing*, este folosit pentru prima dată termenul marketing social de către Ph. Kotler și G. Zaltman (apud Balaure, 2002). Tot în anul 1969, W. Lazar pleda pentru recunoașterea dimensiunii sociale a marketingului și aplicarea lui în activitatea muzeelor, cauzelor sociale, organizațiilor religioase și politice (apud Stanciu, 2002).

În anul 1972 a avut loc în Statele Unite ale Americii, la Universitatea din Illinois prima Conferință Națională de Marketing Social iar primul Congres Internațional de Marketing Social a avut loc la Bruxelles în anul 1975 (Balaure, 2002). Cu ocazia acestui Congres Philip Kotler a propus următoarea definiție a marketingului social: «elaborarea, punerea în aplicare și controlul programelor urmărind creșterea adeziunii la o idee, la o cauză sau la un comportament social, în cadrul unuia sau mai multor grupuri vizate. El utilizează segmentarea pieței, studii de piață, punerea în valoare a conceptelor de comunicație, facilități, stimuli, teoria schimburilor, pentru a obține maximum de reacție din partea grupurilor vizate» (Kotler, 1976 apud Balaure, 2002).

Marketingul social a fost aplicat în anii 1960 –1970, mai întâi în țări din Africa și Asia, pentru a susține intervențiile din domeniul sănătății publice privind vaccinarea, planningul familial și programele nutriționale (Chapman et al., 1993 apud Bellamy et al., 1997). Astfel, în programele de planning familial din Sri Lanka au fost aplicate tehnicile de marketing comercial din domeniile segmentării audienței și comunicării mass-media (Population Services International, 1977 apud MacFadyen et al., 1999). De

asemenea, programele de rehidratare orală a pacienților, desfășurate în Africa, au utilizat o orientare către consumator (MacFadyen et al., 1999).

În anii 1970 –1980 numeroase programe de educație pentru sănătate desfășurate în Statele Unite ale Americii în domeniul prevenirii bolilor cardiovasculare (Stanford Heart Disease Prevention Program, National High Blood Pressure Prevention Program, Pawtucket Heart Health Program) au început să aplice principiile marketingului social (Andreasen, 1995 apud Bellamy et al., 1997).

Anii 1980 – 1990 au adus în Statele Unite ale Americii aplicarea pe scară largă a marketingului social în sănătatea publică (Chapman et al., 1993 apud Bellamy et al., 1997). Astfel că, după 1980, nu s-a mai pus întrebarea dacă se poate aplica marketingul în rezolvarea problemelor sociale, ci cum trebuie făcut acest lucru (MacFadyen et al., 1999).

Însă, după o perioadă de entuziasm extraordinar cu privire la potențialul marketingului social, s-a ajuns după 1990 să se pună sub semnul întrebării marketingului social ca model adecvat și necesar pentru intervențiile din domeniul sănătății publice (Buchanan et al., 1994 ; Tones, 1994; Vanden Heede & Pelican, 1995 apud Lefebvre & Rochlin, 1997).

Astăzi, marketingul social continuă să fie un subiect controversat, deși majoritatea specialiștilor din domeniu, îi recunosc fără nici un fel de rezerve, utilitatea în sănătatea publică.

Modele ale marketingului social

Complexitatea domeniului discutat este reflectată și prin absența unui model unic de explicare a ceea ce este marketingul social și cum poate fi aplicat în mod concret în practică. Astfel, în literatura de specialitate, au fost prezentate 3 modele ale marketingului social (Lefebvre & Rochlin, 1997) :

- modelul elementelor componente ale unui program de marketing social
- modelul procesului de marketing social
- modelul strategic de implementare a marketingului social.

I. Modelul «elementelor componente ale unui program de marketing social»

Acest model, cunoscut în literatura de limbă engleză sub denumirea «Program Component Model» a fost propus de către R.C. Lefebvre și J.A. Flora (1988) (apud Lefebvre & Rochlin, 1997). Aceștia, bazându-se pe experiența câștigată prin participarea la intervențiile de sănătate publică desfășurate în Statele Unite ale Americii (Pawtucket Heart Health Program și Stanford Five City Project), au ajuns la concluzia că «marketingul social

este un referent indispensabil în proiectarea, implementarea, evaluarea și managementul programelor care sunt centrate pe schimbarea comportamentală și care sunt desfășurate pe scară largă» (apud Lefebvre & Rochlin, 1997).

Modelul propus de R.C. Lefebvre și J.A. Flora include 8 elemente componente care trebuie avute în vedere în cazul oricărui program de marketing social (Lefebvre & Rochlin, 1997 ; Lefebvre & Flora, 1988 apud Lefebvre, 1992):

1. Orientarea către consumator
2. Teoria schimbului
3. Analizarea audienței și segmentarea audienței
4. Cercetarea formativă
5. Analizarea canalelor de comunicare și de distribuție
6. Mix – ul de marketing (engl. Marketing Mix)
7. Monitorizarea și controlul procesului de marketing social (engl. Process tracking)
8. Managementul întregului proces de marketing social (engl. Management system; Management process).

II. Modelul “procesului de marketing social”

Acest model, cunoscut în limba engleză sub denumirea “Marketing Process Model” a fost propus de către W.D. Novelli (1984) și a fost popularizat pe scară largă prin utilizarea sa ca paradigmă centrală în lucrarea ”Making Health Communications Work “ realizată în anul 1989 de către U.S. Department of Health and Human Services (apud Lefebvre & Rochlin, 1997).

Modelul propus de W.D. Novelli prezintă 6 stadii secvențiale ale procesului de marketing social văzut ca un ciclu iterativ (apud Lefebvre & Rochlin, 1997):

- Stadiul 1: Analizarea pieței
- Stadiul 2: Planificare (selectarea canalelor de comunicare și de distribuție; selectarea materialelor)
- Stadiul 3: Dezvoltarea, testarea și ajustarea elementelor planului de marketing social
- Stadiul 4: Implementarea programului de marketing social
- Stadiul 5: Stabilirea (evaluarea) eficacității programului de marketing social
- Stadiul 6: Feedback către stadiul 1 pentru ajustarea programului de marketing social.

III. Modelul « strategic de implementare a marketingului social »

Acest model, cunoscut în limba engleză sub denumirea «Consumer – based Health Communications Model» a fost propus de către S.M. Sutton, G.I. Balch și R.C. Lefebvre (1995) și reprezintă o adaptare a modelului ROI (relevance, originality, impact) dezvoltat de către Bill Wells (1989) pentru domeniul reclamelor (apud Lefebvre & Rochlin, 1997).

Acest model precizează cele 6 întrebări strategice la care trebuie să răspundă cei care stabilesc strategia de comunicare cu audiența țintă (apud Lefebvre & Rochlin, 1997):

1. Care va fi audiența – țintă și cum poate fi ea descrisă ?
2. Care este acțiunea pe care noi dorim ca audiența – țintă să o îndeplinească în urma comunicării și ca rezultat direct al acestei experiențe de comunicare ?
3. Ce răsplată (engl. Reward) ar trebui să promită mesajul nostru consumatorului ?
4. Cum ne vom susține promisiunea pentru a o face credibilă ?
5. Ce modalități de comunicare ar trebui utilizate ?
6. Ce imagine ar trebui să diferențieze acțiunea ?

Conceptele fundamentale din domeniul marketingului

Precizăm conceptele fundamentale cu care operează marketingul (Kotler, 1999):

- Nevoi, dorințe și cereri
- Produse
- Valoare, cost și satisfacție
- Schimb, tranzacții și relații
- Piețe
- Mediul de marketing
- Mix – ul de marketing
- Orientarea către consumator
- Comportamentul cumpărătorului
- Segmentarea pieței și alegerea pieței – țintă
- Poziționarea
- Prețul
- Promovarea
- Distribuția
- Managementul marketingului.

Marketingul reprezintă “un proces social și managerial prin care grupurile și indivizii obțin ceea ce le trebuie și ceea ce doresc prin crearea și schimbul de produse sau valori cu alte grupuri și indivizi” (Kotler et al., 1999).

Astfel, Peter F. Drucker a putut să afirme că «obiectivul activității de marketing este acela de a face vânzarea de prisos. Scopul este de a-l cunoaște și de a-l înțelege pe client atât de bine încât produsul sau serviciul să se potrivească cu nevoile sale ... și să se vândă singur» (Drucker, 1973 apud Kotler et al., 1999).

O definiție care sintetizează foarte bine esența marketingului este următoarea: marketingul este «acea funcție a conducerii care identifică nevoile și dorințele publicului, oferă produse și servicii pentru a satisface cereri și generează tranzacții care pun în mișcare valori» (Cutlip et al., 1994 apud Coman, 2000).

Legătura dintre marketing și identificarea și satisfacerea nevoilor și dorințelor consumatorilor este atât de strânsă încât un specialist român în marketing a afirmat următoarele: «Conceptul modern de marketing pornește de la premiza că orice activitate economică trebuie îndreptată în direcția satisfacerii cerințelor – efective și potențiale – ale consumatorilor, cu maximum de eficiență» (Balaure, 2002).

Legătura dintre nevoi, dorințe și cereri

În marketing se atribuie un înțeles clar noțiunii *dorință*: *Dorințele* umane reprezintă «forma de manifestare a *nevoilor* umane pe măsura modelării acestora de către cultura și personalitatea individului. [...] *Dorințele* se prezintă sub forma *lucrurilor* care vor satisface nevoile» (Kotler et al., 1999).

Lucrurile care pot satisface *nevoile* sunt denumite *operatori specifici de satisfacere a nevoilor*. Astfel, putem spune că “un individ are *nevoie* de hrană însă își *dorește* un hamburger sau are *nevoie* să bea însă își *dorește* să bea bere» (Blythe, 1998).

Un concept fundamental în marketing este *cererea*. O explicație sintetică a conceptului este dată de Ph. Kotler care spune că “atunci când sunt dublate de capacitatea de plată – adică de puterea de cumpărare – dorințele devin *cereri*” (Kotler et al., 1999).

O *nevoie* umană este „o stare de conștientizare a lipsei unei satisfacții elementare” (Kotler, 1999). *Dorința* reprezintă „aspirația către anumite lucruri care pot satisface aceste nevoi” (Kotler, 1999).

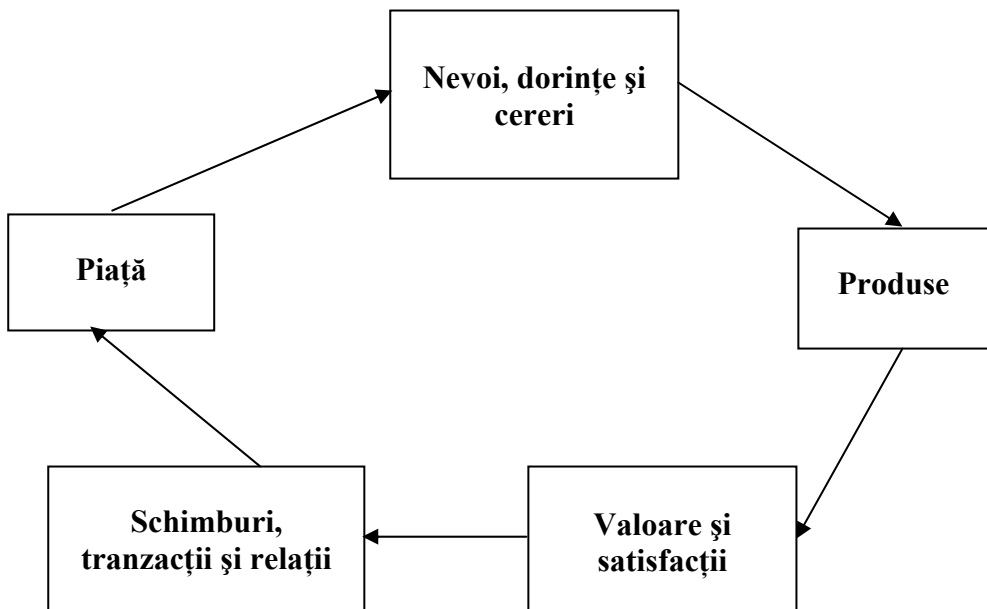
Un produs este „orice lucru oferit pe piață în scopul captării interesului, al achiziționării, utilizării sau consumului și care poate satisface

o nevoie sau o dorință; el include obiecte fizice (tangibile), servicii, persoane, locuri, organizații sau idei” (Kotler et al., 1999).

Cererea reprezintă „dorința pentru un anumit produs, dublată de posibilitatea și decizia de a-l cumpăra” (Kotler, 1999). Schimbul este „actul obținerii unui lucru dorit de la cineva, prin oferirea altui lucru în locul acestuia” (Kotler et al., 1999).

Piața este reprezentată de „toți clienții potențiali care au aceeași nevoie sau dorință și care sunt dispuși și au capacitatea de a se angaja într-o *relație de schimb* pentru satisfacerea acelei nevoi sau dorințe” (Kotler, 1999). În **figura 2** se observă relațiile dintre conceptele fundamentale ale marketingului.

Figura 2. Relațiile dintre conceptele fundamentale ale marketingului



Susa: Kotler et al., 1999

Marketingul social și schimburile voluntare

Marketingul poate fi aplicat unui spectru foarte larg de probleme, dar, indiferent de domeniul de aplicare, există un principiu fundamental: principiul schimbului (engl. principle of exchange) (Bagozzi, 1975 apud MacFadyen et al., 1999). Ph. Kotler și G. Zaltman (1971) au afirmat că nu

putem vorbi despre marketing decât dacă există două sau mai multe părți implicate, fiecare având ceva pe care dorește să-l schimbe în locul a altceva (apud MacFadyen et al., 1999).

Schimbul (engl. exchange) este definit în marketing drept „un schimb de resurse sau valori între două sau mai multe părți, așteptându-se unele beneficii”(MacFadyen et al., 1999). Schimbul reprezintă „procesul de obținere a unui produs dorit, oferind altceva în locul său” (Kotler, 1999). În marketing, pentru ca să aibă loc un schimb, trebuie îndeplinite cinci condiții (Kotler, 1999):

- Să existe cel puțin două părți;
- Fiecare parte să dețină ceva care are o valoare pentru cealaltă parte;
- Fiecare parte să fie capabilă să comunice și să pună la dispoziție produsul;
- Fiecare parte să aibă libertatea de a accepta sau de a refuza oferta;
- Fiecare parte să considere că este de dorit sau este potrivit să trateze cu cealaltă parte.

Motivația implicării într-un schimb este satisfacerea unor nevoi (Houston & Gassenheimer, 1987 apud MacFadyen et al., 1999). Schimbul constă cel mai adesea în oferirea unor bunuri materiale în schimbul banilor dar poate să conștie și în oferirea de educație în schimbul banilor, voturi la alegerile parlamentare în schimbul reducerii taxelor sau vaccinarea copiilor în schimbul promisiunii că astfel copii nu vor face o anumită boală (MacFadyen et al., 1999).

Multe probleme sociale și de sănătate publică au și cauze comportamentale (MacFadyen et al., 1999). Marketingul social oferă o alternativă pentru abordarea acestor probleme prin influențarea indivizilor în sensul adoptării unor noi comportamente și a unui nou stil de viață considerat mai sănătos (Stanciu, 2002 ; MacFadyen et al., 1999).

Marketingul social constă în schimbul voluntar (engl. voluntary exchange) dintre două sau mai multe părți, în care fiecare parte încearcă să-și realizeze propriul interes ținând cont în același timp de interesele celorlalte părți implicate (Rothschild, 1999 apud Maibach et al., 2002). Marketingul social este un proces de planificare a programelor sociale care promovează schimbarea voluntară a comportamentului audienței țintă prin oferirea de beneficii dorite de aceasta și prin reducerea sau îndepărtarea barierelor din procesul de schimbare comportamentală pe care audiența țintă le consideră importante (Kotler & Roberto, 1989 apud Maibach et al., 2002).

Obiectivul principal în marketingul social este influențarea comportamentului voluntar al audienței țintă (Maibach et al., 2002). Marketer-ul

social dorește fie să schimbe un comportament (de exemplu: renunțarea la fumat; practicarea regulată de exerciții fizice), fie să mențină un comportament (de exemplu: utilizarea prezervativului; absența fumatului; consumul moderat de alcool; consumul de legume și fructe) (Maibach et al., 2002).

Există două aspecte fundamentale ale marketingului social care trebuie subliniate (Maibach et al., 2002):

- Realizarea interesului propriu (engl. fulfilling self-interests)
- Schimbul voluntar (engl. voluntary exchange)

Marketer-ul trebuie să ofere produse pe care audiența țintă să le perceapă ca fiind adecvate pentru realizarea intereselor proprii, în schimb, consumatorii produselor marketingului social trebuie să se comporte (sau să-și schimbe comportamentul), astfel încât să se realizeze interesele marketer-ului (Maibach et al., 2002). Esența relației dintre marketer și piața țintă o constituie împlinirea mutuală a intereselor proprii, prin schimb voluntar (Maibach et al., 2002).

În timp ce marketingul comercial urmărește vânzarea de bunuri și servicii marketingul social urmărește „vânzarea” schimbării comportamentului (Kotler et al., 2002).

În cazul marketingului social, marketer-ul ca agent al schimbării (engl. Change agent) urmărește să determine audiența țintă să facă unul din următoarele lucruri (Kotler et al., 2002):

- acceptarea unui comportament nou
- respingerea unui comportament potențial
- modificarea unui comportament actual
- abandonarea unui comportament vechi.

În marketingul social se urmărește schimbarea unui comportament și de aceea schimbarea credințelor (engl. beliefs) și informarea și educarea unei audiențe ținte nu sunt scopuri în sine, ci doar modalități de a facilita schimbarea comportamentală (Kotler et al., 2002). Trebuie să subliniem faptul că schimbarea comportamentului propusă în marketingul social este o schimbare voluntară (Kotler et al., 2002).

Campaniile de marketing social au trei tipuri de obiective (Kotler et al., 2002):

- obiective în domeniul comportamentului (engl. Behavior objectives): se referă la comportamentul specific pe care marketer-ul dorește să-l schimbe în audiența țintă
- obiective în domeniul cunoașterii sau al cunoștințelor (engl. Knowledge objectives): se referă la ceea ce dorim ca audiența țintă să cunoască despre un anumit subiect

- obiective în domeniul credințelor (engl. Belief objectives): se referă la ceea ce dorim ca audiența țintă să creadă despre un anumit subiect.

Întotdeauna *obiectivele primare* ale unei campanii de marketing social sunt obiectivele din domeniul comportamentului (Kotler et al., 2002). În **tabelul 1** prezentăm câteva exemple de obiective comportamentale pentru campanii de marketing social.

Tabelul 1

Exemple de obiective comportamentale pentru campanii de marketing social realizate pentru probleme specifice

Problema	Obiectivul comportamental (Comportamentul pe care dorim să-l adopte audiența țintă)
Fumatul	Să nu se apuce de fumat
Consumul de alcool	Să consume alcool cu moderație
Consumul de alcool în timpul sarcinii	Să nu consume alcool în timpul sarcinii
Sarcinile nedorite la adolescente	Să utilizeze prezervativul
Sarcinile nedorite la adolescente	Să aleagă abstința sexuală
Bolile cu transmitere sexuală	Să utilizeze prezervativul
Consumul de legume și fructe	Să consume cel puțin cinci porții de legume și fructe zilnic
Cancerul de sân	Să se prezinte la medicul de familie pentru o examinare anuală a sânilor
Cancerul de prostată	Să se prezinte la medicul de familie pentru o examinare anuală a prostatei

Sursa: *modificat* după Kotler et al., 2002

În cazul marketingului social accentul se pune pe comportamentul voluntar al audienței țintă și marketer-ul trebuie să ofere ceva ce oamenii își doresc cu adevărat astfel încât să se realizeze schimbul voluntar între părțile implicate (MacFadyen et al., 1999).

Produsul în marketingul comercial

Un produs este „orice lucru care poate fi oferit pentru a satisface o nevoie sau o dorință” (Kotler, 1999). În marketing termenul produs se referă la „orice ansamblu de elemente care poate declanșa cerere pe o piață”(Prutianu et al., 1998). Un produs este mai mult decât o sumă de atribute tangibile (Kotler et al., 1999). Pentru consumatori produsul este „un pachet de avantaje ce le satisface nevoile”(Kotler et al., 1999). Produsul este „un mănunchi complex de beneficii” (engl. complex bundle of benefits) pe care le oferim pe piață pentru a satisface anumite nevoi (Kotler & Armstrong, 2001 apud Kotler et al., 2002).

Produsul trebuie conceput și analizat prin avantajele sau utilitatea pe care o așteaptă cumpărătorul de la el (Prutianu et al., 1998).

„Produsul nu este numai un articol fizic, ci un concept complex care trebuie definit cu atenție” (Kotler et al., 1999). Produsele sunt oferite pe piață, sub următoarele forme (Kotler, 1999):

- bunuri materiale
- servicii
- persoane
- locuri
- organizații
- idei

În marketingul comercial se vorbește despre două tipuri de produse (MacFadyen et al., 1999):

- Produse cu implicare ridicată (engl. high involvement products)
- Produse cu implicare scăzută (engl. low involvement products).

Produsul caracterizat de o puternică implicare (engl. high-involvement product) este „un produs pentru a cărui achiziționare consumatorii se hotărăsc cu greu, în urma unor lungi deliberări; cu alte cuvinte, fac <turul> magazinelor, comparând prețurile și diversele facilități oferite” (Marketing, 1997). Produsele cu implicare crescută determină o evaluare atentă din partea consumatorului și solicită informații complexe care trebuie furnizate de către marketer (MacFadyen et al., 1999). Exemple de astfel de produse (Marketing, 1997): casele, automobilele, mobilierul, sistemele

audio-video de înaltă fidelitate. Produsul caracterizat de o implicare scăzută (engl. low-involvement product) este „un produs cumpărat fără a sta prea mult pe gânduri și fără implicații emoționale sau materiale deosebite”, și „a cărui achiziționare nu se soldează cu consecințe semnificative” (Marketing, 1997). Produsele cu implicare scăzută sunt consumate într-un mod mult mai pasiv și implică o cercetare și o evaluare limitată și mai superficială din partea consumatorului (MacFadyen et al., 1999).

Produsul în marketingul social

În marketingul social produsul este reprezentat de comportamentul pe care dorim să-l adopte audiența țintă (Kotler et al., 2002). De asemenea, produsul marketingului social include și orice obiecte tangibile și servicii dezvoltate pentru a susține și a facilita schimbarea comportamentului audienței țintă (Kotler et al., 2002).

O definiție foarte sugestivă a fost dată de către S.H. Fine (1981): produsul este „orice are abilitatea de a satisface nevoi sau dorințe umane” (apud Lefebvre, 1992).

S.H. Fine a propus un test simplu pentru a afla dacă ceva este un produs (apud Lefebvre, 1992):

- sunt oamenii dispuși să ofere altceva în schimb pentru a obține acel ceva ?
- sunt oamenii dispuși să plătească un „preț” pentru acel ceva ?

Au fost descrise trei tipuri de produse utilizate în marketingul social (Lefebvre, 1992):

- Produsele informaționale (engl. information products)
- Produsele tangibile (engl. tangible products)
- Serviciile (engl. services)

Produsele informaționale sunt reprezentate de mesajele sau informațiile care sunt comunicate cu intenția de a influența atenția, cunoștințele, motivația și comportamentul audienței-țintă (McGuire, 1984 apud Lefebvre, 1992).

Produsele tangibile sunt foarte variate (Lefebvre, 1992):

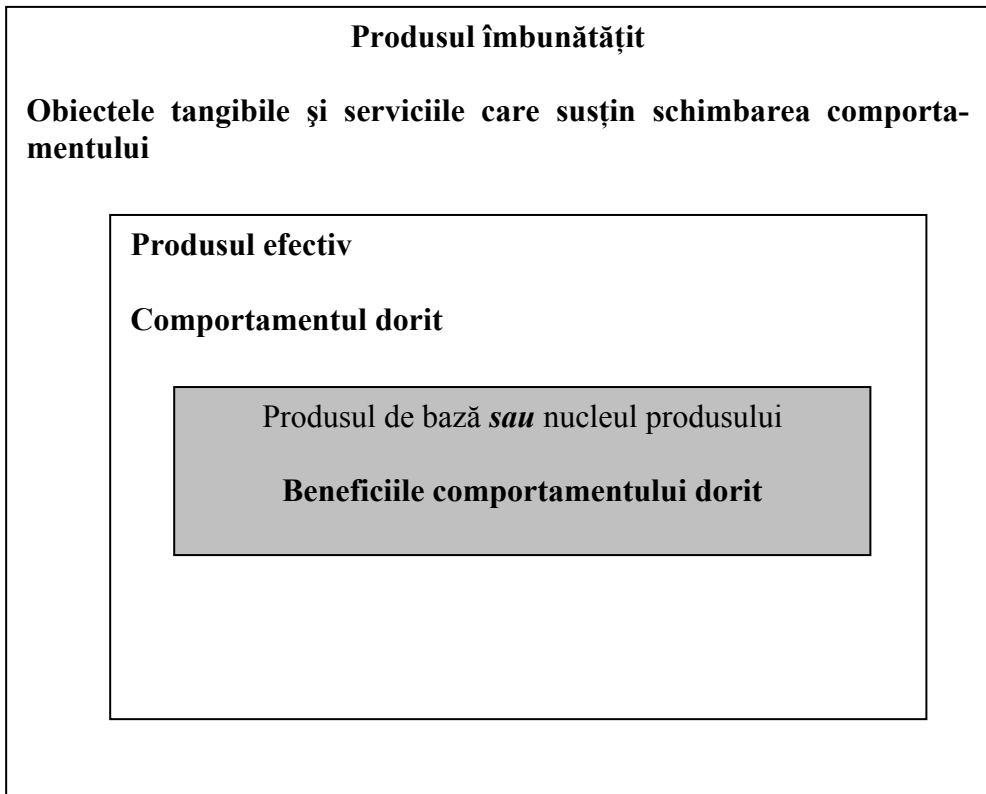
- Prezervative
- Curriculum școlar pentru educație pentru sănătate
- Materiale (în format tipărit, electronic sau video) de auto-ajutorare utilizate de exemplu de cei care doresc să renunțe la fumat.

Serviciile sunt reprezentate de (Lefebvre, 1992):

- Screening
- Consiliere

- Educația pentru adulți
- Linii telefonice speciale de ajutor
- Grupuri de auto-ajutorare

Figura 3. Cele trei niveluri ale produsului în marketingul social



Sursa: *modificat* după Kotler et al., 2002

Tabelul 2

Exemple ale celor trei niveluri ale produsului în marketingul social

Produsul de bază sau nucleul produsului (Beneficiile)	Produsul efectiv (Comportamentul)	Produsul îmbunătățit (Obiecte tangibile sau servicii)
O viață mai lungă și sănătoasă	Renunțarea la fumat	Linie telefonică de ajutor pentru cei care vor să renunțe la fumat Gumă de mestecat specială pentru fumători
Prevenirea sarcinilor nedorite și a bolilor cu transmitere sexuală	Utilizarea prezervativului	Prezervative de diferite forme și culori
Protecție a copiilor față de bolile care pot fi prevenite prin vaccinare	Imunizarea copiilor	Carnetul imunizării copiilor
Prevenirea cariei dentare și a afecțiunilor gingivale	Spălarea dinților și a cavității bucale	Tub cu pastă de dinți Ață dentară Sticlă cu apă de gură
Reducerea riscului de angină pectorală	Monitorizarea cu regularitate a tensiunii arteriale	Echipament care poate fi folosit la domiciliu pentru monitorizarea tensiunii arteriale
Prevenirea înnecului	Purtarea unei veste de salvare	Vestă de salvare
Prevenirea violului	Deplasarea în grup a studentelor după orele de clasă	Serviciu de pază pentru eleve după orele de curs
Prevenirea suicidului	Să știe când să intervină și ce să spună	Traning pentru profesori Consiliere psihologică

Îmbunătățirea stării generale de sănătate	Consumul a cel puțin doi litri de lichide zilnic	Sticle de plastic cu apă minerală Pahare de plastic de unică folosință
Salvarea unei vieți omenești	Înscrierea ca donator de organe	Card-ul de donator
Protecție față de abuzurile fizice domestice	A cere ajutor în caz de abuz domestic	Linie telefonică de ajutor pentru persoanele care sunt victime ale abuzului domestic

Sursa: *modificat* după Kotler et al., 2002

Produsele marketingului social sunt mai complexe decât produsele marketingului comercial pentru că includ nu doar obiecte tangibile, servicii și idei, ci și comportamente (MacFadyen et al., 1999). Pentru marketer-ul social este mult mai dificil să definească exact care este produsul promovat și să explice beneficiile asociate acestui produs (MacFadyen et al., 1999).

Cel mai adesea marketingul social promovează produse care determină o implicare puternică a consumatorului (MacFadyen et al., 1999). Teoria marketingului a identificat trei niveluri ale unui produs (Kotler & Armstrong, 2001 *apud* Kotler et al., 2002):

- Produsul de bază *sau* nucleul produsului (engl. core product)
- Produsul efectiv (engl. actual product)
- Produsul îmbunătățit (engl. augmented product)

Produsul de bază este reprezentat de beneficiile (engl. benefits) pe care le pot avea cei care adoptă comportamentul propus prin demersul de marketing social (Kotler et al., 2002).

Produsul de bază răspunde la următoarele întrebări (Kotler et al., 2002):

- De ce ar cumpăra clientul produsul nostru?
- Ce beneficii vor avea de la produs?
- Ce nevoi va satisface comportamentul propus ?
- Ce probleme va rezolva produsul?

Produsul efectiv (engl. actual product) este reprezentat de comportamentul specific pe care-l promovăm (Kotler et al., 2002). Produsul efectiv este reprezentat de ceea ce se cere de la audiența țintă să facă pentru a obține beneficiile identificate drept produsul de bază (Kotler et al., 2002).

Produsul îmbunătățit (engl. augmented product) include orice obiecte tangibile și servicii promovate împreună cu comportamentul pe care dorim să-l adopte audiența țintă (Kotler et al., 2002).

Produsul îmbunătățit este foarte important pentru că (Kotler et al., 2002):

- îndepărtează barierele existente în procesul de adoptarea a comportamentului propus
- susține schimbarea comportamentului
- furnizează încurajare
- permit crearea unei mărci (engl. brand)
- adaugă un aspect tangibil campaniei de marketing social
- determină o atenție mai mare din partea audienței țintă
- determină un caracter mai atractiv demersului de schimbare a comportamentului
- crește persistența campaniei în memoria audienței țintă.

În marketingul social, sunt utilizate următoarele tipuri de servicii care sunt promovate împreună cu comportamentul pe care dorim să-l adopte audiența țintă (Kotler et al., 2002):

- servicii educaționale (engl. education-related services)
- servicii personale (engl. personal services)
- servicii de consiliere (engl. counseling services)
- servicii clinice (engl. clinical services)
- servicii comunitare (community services).

Au fost descrise trei tipuri de produse oferite în campaniile de marketing social în funcție de dificultatea pătrunderii pe piață (Kotler & Roberto, 1989 apud Siegel & Doner, 1998):

- produsul nou (engl. New product)
- produsul superior (engl. Superior product)
- produsul de substituție (engl. Substitute product)

Produsul nou este cel care vine în întâmpinarea unei cereri latente (engl. Latent demand) (Kotler & Roberto, 1989 apud Siegel & Doner, 1998). În acest caz, audiența țintă are nevoi care nu sunt satisfăcute de nici un alt produs și produsul nou se adresează acestor nevoi.

Produsul superior este oferit în condițiile în care există o cerere satisfăcută doar parțial (engl. Underfilled demand) (Kotler & Roberto, 1989 apud Siegel & Doner, 1998). În acest caz, audiența țintă are nevoi care sunt satisfăcute doar parțial prin produsele (comportamentele) existente.

Produsul de substituție este oferit în locul altui produs atunci când există o cerere pentru produse considerate periculoase sau nepotrivite (engl.

Unwholesome demand) (Kotler & Roberto, 1989 apud Siegel & Doner, 1998). În acest caz, se propune adoptarea unui comportament sănătos în locul comportamentului periculos care este supus unei intervenții de marketing.

Au fost descrise două tipuri de schimbare comportamentală, în funcție de asocierea sau nu și a unui obiect tangibil (Kotler & Roberto, 1989 apud Siegel & Doner, 1998):

- schimbare comportamentală care asociază un obiect tangibil
- schimbare comportamentală care nu asociază un obiect tangibil.

În cazul în care este promovat atât un comportament dar și un obiect tangibil asociat comportamentului se vorbește despre existența unei cereri duble (engl. Dual demand) (Kotler & Roberto, 1989 apud Siegel & Doner, 1998). Există două tipuri de schimbare comportamentală cerute audienței țintă (Kotler & Roberto, 1989 apud Siegel & Doner, 1998):

- schimbare comportamentală singulară; dorim ca noul comportament să se producă doar uneori, la anumite momente și doar în anumite condiții (engl. Single behavior change)
- schimbare de durată a comportamentului (engl. Sustained behavior change).

În cazul schimbărilor comportamentale singulare (engl. Single behavior change) se constată existența unor produse cu o cerere neregulată (engl. Irregular demand) (Kotler & Roberto, 1989 apud Siegel & Doner, 1998).

În cazul schimbărilor comportamentale de durată (engl. Sustained behavior change) cel mai adesea se constată existența unei cereri care variază în timp prin scăderea complianței față de comportamentul nou promovat (engl. Faltering demand) (Kotler & Roberto, 1989 apud Siegel & Doner, 1998).

Ținând cont de costurile și de beneficiile pe care audiența țintă le asociază cu schimbarea socială V.K. Rangan, S. Karim și S.K. Sandberg (1996) (apud Siegel & Doner, 1998) au propus un model de clasificare a schimbărilor sociale în funcție de două dimensiuni:

- costuri scăzute sau costuri ridicate
- beneficii personale tangibile sau beneficii intangibile ale societății.

Programele de marketing social urmăresc să influențeze comportamentul prin oferirea unui pachet atractiv de beneficii și prin reducerea barierelor care altfel descurajează schimbarea comportamentului (Maibach et al., 2002).

Tipuri de cerere pentru produse în marketingul comercial și social

Cererea reprezintă „dorința pentru un anumit produs, dublată de posibilitatea și decizia de a-l cumpăra” (Kotler, 1999).

Ph. Kotler (1976) a descris opt tipuri de cerere pentru un produs în marketing (apud Siegel & Doner, 1998):

- Cerere completă sau cerere acoperită (engl. Full demand)
- Cerere excesivă sau supracerere (engl. Overfull demand)
- Cerere în scădere (engl. Faltering demand)
- Cerere fluctuantă (engl. Irregular demand)
- Cerere latentă (engl. Latent demand)
- Cerere negativă (engl. Negative demand)
- Cerere zero sau lipsa cererii (engl. No demand)
- Cerere indezirabilă sau cerere pentru produse contraindicate (engl. Unwholesome demand)

Cerere negativă

„O piață se caracterizează prin cerere negativă în situația în care cea mai mare parte a consumatorilor nu agreează produsul sau este chiar dispusă să plătească un anumit preț pentru a-l evita” (Kotler, 1999).

Cerere zero sau Lipsa cererii

O piață se caracterizează prin lipsa cererii când consumatorii vizati manifestă indiferență față de produs (Kotler, 1999).

Cerere latentă

O piață se caracterizează prin cerere latentă când consumatorii au o nevoie care nu este satisfăcută de nici unul dintre produsele existente (Kotler, 1999).

Cerere indezirabilă sau cerere pentru produse contraindicate

Este vorba de cererea pentru produse considerate dăunătoare sănătății sau imorale, de exemplu: țigări, alcool, droguri, arme, materiale pornografice (Kotler, 1999).

Cerere excesivă sau supracerere

În această situație cererea este mai mare decât capacitatea sau dorința de a o satisface (Kotler, 1999).

Cerere completă sau cerere acoperită

“Acest tip de cerere apare în cazul organizațiilor care sunt mulțumite de volumul afacerilor pe care le realizează” (Kotler, 1999). Cererea este

exact pe măsura dorințelor și capacităților de a le satisface (Kotler et al., 1999).

Cerere fluctuantă

În această situație cererea variază de la un moment la altul, de exemplu: de la un anotimp la altul, de la o zi la alta, de la o oră la alta etc (Kotler, 1999).

Cerere în scădere

În această situație organizația se confruntă cu scăderea cererii pentru unul sau mai multe din produsele sale (Kotler, 1999).

Cel mai adesea marketingul social se orientează asupra unor produse caracterizate prin cerere negativă, cerere zero sau cerere indezirabilă (Siegel & Doner, 1998).

Mix-ul de marketing

Mix-ul de marketing (engl. marketing mix) constituie una din ideile dominante ale teoriei și practicii de marketing moderne și a fost definit în marketingul comercial drept „ansamblul de instrumente tactice de marketing controlabile pe care firma le combină cu scopul de a produce pe piața-țintă reacția dorită” (Kotler et al., 1999).

Mix-ul de marketing se referă la „o anumită structură de eforturi de marketing, la combinarea, proiectarea și integrarea în diverse proporții într-un program de marketing a variabilelor controlabile în scopul dobândirii eficacității necesare realizării obiectivelor organizației într-o perioadă determinată” (Stanciu, 2002). Mix-ul de marketing cuprinde „toate elementele de care se poate folosi o organizație ca să influențeze cererea pentru produsul său” (Zaharia, 2001).

Introducerea conceptului de mix de marketing este atribuită profesorului Niel Borden de la Harvard Business School (Stanciu, 2002). Acesta propunea să se țină cont de 12 elemente și anume: produs, preț, marcă, distribuție, vânzare personală, publicitate plătită, promovarea vânzărilor, ambalarea, modul de prezentare, servicii post-vânzare, logistică și cercetarea de marketing (Borden, 1964 apud Stanciu, 2002). O formă simplificată a mix-ului de marketing a fost propusă de către Eugen McCarthy și cuprindea doar 4 instrumente esențiale: produsul, prețul, plasarea și promovarea (Stanciu, 2002).

În literatura de marketing comercial scrisă în limba engleză se vorbește de **cei patru P ai marketingului** (engl. four P's of marketing) și

care constituie **mixul de marketing** (engl. marketing mix) (Weinreich, 1999):

- **Product** (produs)
- **Price** (preț)
- **Place** (plasament, loc, distribuție)
- **Promotion** (promovare)

În marketingul comercial semnificația celor 4 P este următoarea (Kotler et all., 1999):

- Produsul se referă la totalitatea bunurilor și serviciilor pe care firma le oferă pe piață;
- Prețul se referă la suma de bani pe care consumatorii o plătesc pentru a obține produsul;
- Plasamentul (distribuția) cuprinde acele activități ale firmei prin care produsul este pus la dispoziția consumatorilor vizați;
- Promovarea cuprinde activitățile de comunicare a avantajelor produsului și de convingere a consumatorilor vizați în vederea cumpărării lui

Mix-ul de marketing social se referea inițial la ceea ce istoric s-au numit cei patru stâlpi ai programelor de marketing (engl „the four pillars of marketing programmes”): produsul, distribuția, prețul și promovarea (Lefebvre, 1992). Ulterior s-a adăugat un al cincilea P al mix-ului de marketing social, poziționarea astfel că în literatura de specialitate se vorbește nu numai despre **cei 4 P** ai marketingului ci și despre **cei 5 P ai mixului de marketing** (engl. 5 Ps of marketing mix) (Alcalay & Bell, 2000):

- Product (produs)
- Price (preț)
- Place (loc, distribuție)
- Promotion (promovare)
- Positioning (poziționare)

În marketingul social în plus față de cei 4 P menționați inițial de marketingul comercial s-au adăugat și **alți patru P** (Weinreich, 1999):

- **Publics** (publicuri)
- **Partnership** (parteneriat)
- **Policy** (politică)
- **Purse strings** (obținerea de surse de finanțare)

Într-o lucrare prezentată la o conferință de marketing social Rebecca Brookes și Linda Weiner au propus **6 P-uri adiționale** care să se adauge celor 4 P-uri tradiționale ale mix-ului de marketing (Brookes & Weiner, 1995 apud Bellamy et al., 1997):

- **Policy** (politică)
- **Proof** (măsurarea succesului)
- **Politics** (suportul politic)
- **Public Relations** (relații publice)
- **Partnership** (parteneriat)
- **Program Planning** (planificarea programelor)

Prețul în marketingul social

În sens economic general, **prețul** într-o piață economică reprezintă „o cantitate de monedă pe care cumpărătorul este dispus și poate să o ofere producătorului în schimbul bunului pe care acesta îl poate oferi” (Platis, 1997 apud Stanciu, 2002).

În teoria marketingului tradițional (comercial) **prețul** este definit drept „cantitatea de bani cerută pentru un produs sau serviciu sau suma valorilor pe care trebuie să le ofere în schimb consumatorii pentru beneficiile de a avea sau de a utiliza produsul sau serviciul” (Kotler & Armstrong, 2001 apud Kotler et al., 2002).

Noțiunile de **preț** și de **stabilire a prețului** (engl. pricing) pot să fie sursă de controversă și de confuzie pentru profesioniștii din domeniul sănătății publice deoarece, adesea, în mod greșit, se pune semnul de egalitate între preț și a cere bani pentru produse și servicii (Lefebvre, 1992). Dar, în marketingul social atunci când vorbim despre preț nu ne gândim la banii ceruți pentru un produs, ci ne gândim la schimbul de resurse între două sau mai multe părți, prețul reprezentând în acest context mărimea resurselor consumate în schimbul primirii bunurilor sau serviciilor dorite (Lefebvre, 1992).

Prețul (engl. price) unui produs în marketingul social este reprezentat de **costurile** pe care piața țintă le asociază cu adoptarea noului comportament (Kotler et al., 2002).

Există **două categorii de costuri** în marketingul social (Porter, M.E., 1998 apud Kotler et al., 2002):

- **costurile abandonării vechiului comportament** (engl. exit costs)
- **costurile legate de adoptarea (practicarea) noului comportament** (engl. entry costs).

De exemplu, costurile abandonării vechiului comportament pot să fie cele legate de renunțarea la consumul de alcool și renunțarea la fumat iar costurile legate de practicarea noului comportament pot să fie cele determinate de practicarea cu regularitate a exercițiilor fizice.

Costurile de adoptare ale unui nou comportament (engl. adoption costs) pot să fie (Kotler et al., 2002):

- **costuri monetare** (engl. monetary costs)
- **costuri non-monetare** (engl. nonmonetary costs)

Costurile monetare se leagă cel mai adesea de obiecte tangibile sau servicii asociate cu adoptarea noului comportament (Kotler et al., 2002). **Costurile non-monetare** sunt legate de aspecte intangibile dar la fel de reale pentru audiența țintă (Kotler et al., 2002). Costurile non-monetare sunt asociate cu timpul, efortul și energia necesare pentru a pune în practică un nou comportament; de asemenea, este vorba de riscurile psihologice și pierderile psihologice care ar putea fi percepute sau trăite; nu în ultimul rând este vorba de orice fel de disconfort fizic care ar putea să apară (Kotler et al., 2002). În **caseta 5** sunt prezentate exemple de costuri monetare și costuri non-monetare.

Ținând cont de teoria schimbului, care este un element fundamental al marketingului, s-a afirmat că obiectivul urmărit de specialiștii în marketing social este ca oferta făcută pieței țintă (adică beneficiile promise) să fie cel puțin egală dacă nu chiar mai mare decât ceea ce trebuie să se ofere în schimb (adică costurile) (Kotler et al., 2002).

În marketingul social este implicat un proces în două etape: în prima etapă trebuie identificate costurile monetare și non-monetare asociate cu adoptarea noului comportament, iar în etapa a doua trebuie dezvoltate strategii care să crească beneficiile și să scadă costurile asociate comportamentului promovat (Kotler et al., 2002).

Prețurile pe care trebuie să le ia în considerare cei care decid să-și schimbe un anumit comportament sunt reprezentate de la aspectele geografice, sociale și fizice până la aspectele structurale (Lefebvre, 1992). În **tabelul 3** sunt precizate aceste tipuri de prețuri, precum și întrebările pe care le pun cei care doresc să-și schimbe un anumit comportament, întrebări care reflectă preocuparea pentru aceste prețuri.

Caseta 5

Exemple de costuri monetare și non-monetare în marketingul social

Obiecte tangibile care pot determina costuri monetare:

- Cască de protecție pentru bicicliști
- Echipament de protecție pentru coate și genunchi pentru bicicliști
- Cască de protecție pentru motocicliști
- Echipament de protecție pentru coate și genunchi pentru motocicliști
- Vestă de salvare pentru cei care practică sporturi nautice
- Aparat de monitorizare la domiciliu a tensiunii arteriale
- Cremă de protecție pentru cei care se expun la soare
- Prezervativ
- Contraceptive orale
- Mănuși de protecție pentru cei care vin în contact cu obiecte periculoase

Servicii care pot determina costuri monetare:

- Cursuri privind alimentația sănătoasă
- Frecventarea unui club de sănătate
- Consultații oferite de medici specialiști
- Cursuri de înot
- Imunizare
- Servicii de planificare familială

Timp, efort și energie implicate de un nou comportament:

- Pregătirea unor alimente sănătoase
- Monitorizarea tensiunii arteriale
- Să oprești mașina pe marginea drumului pentru a vorbi la telefonul celular
- Să pregătești o trusă de prim ajutor
- Căutarea unui echipament sportiv adecvat

Riscuri și pierderi psihologice asociate cu un nou comportament:

- Să bei alcool cu moderație
- Să nu fumezi atunci când bei cafea
- Să te adresezi medicului când depistezi o umflătură/tumoare la nivelul sânelui

- A atrage atenția unui prieten că are probleme legate de consumul de alcool
- A cere unui fumător să fumeze în altă cameră
- A utiliza creme de protecție și a nu te expune prea mult la soare și a nu te bronză

Discomfort fizic sau pierderea unei plăceri asociate unui nou comportament:

- Să faci exerciții fizice
- Să renunți la fumat
- Să renunți la alcool
- Să porți o vestă de salvare
- Să te înțepi în deget pentru determinarea glicemiei
- Să te adresezi medicului pentru un tușeu rectal în cazul unei afecțiuni a prostatei
- Să te prezinți la consult ginecologic.

Sursa: *modificat* după Kotler et al., 2002, pag 218-220

Tabelul 3

Tipuri de prețuri în marketingul social (după clasificarea lui Craig Lefebvre)

<i>Tipul de preț</i>	Întrebări care reflectă preoccu-parea pentru acest tip de preț
Distanța geografică	Cât de departe trebuie să merg pentru a putea face testul respectiv? Cât de aproape este o sală de sport? Cât de <i>la îndemână</i> este participarea la acest program?
Aspectul social	Ce va crede soția mea despre faptul că renunț la acest comportament? Cum se vor comporta față de mine prietenii mei?
Aspectul comportamental	Ce voi face pentru a mă liniști atunci când sunt nervos, dacă am renunțat la

	fumat care mă relaxa? Ce voi face când o să doresc cu disperare să fumez o țigară?
Aspectul psihologic	Merită efortul pe care-l fac? Ce se întâmplă dacă nu reușesc nici de data asta să mă las de fumat?
Aspectul fizic	Dacă o să mă îngraș? Dacă o să-mi scadă brusc tensiunea arterială și o să am senzație de leșin? Ce o să mă fac când o să am o puternică senzație de greață?
Aspectul structural	Cum o să rezist la serviciu dacă eu am renunțat la fumat dar colegii mei fumează în clădire fără restricții?

Sursa: *modificat* după Lefebvre, 1992

Pentru *stabilirea prețului* unui produs în marketingul social (engl. *pricing strategy*) este recomandat ca mai întâi să identificăm la ce trebuie să renunțe (ce trebuie să ofere în schimb) audiența țintă pentru a adopta noul comportament propus (Kotler et al., 2002). După aceea, aceste informații pot să fie utilizate pentru a *poziționa* oferta reprezentată de produsul marketingului social astfel încât să se obțină *scăderea costurilor reale sau percepute* ale comportamentului promovat și *creșterea beneficiilor reale sau percepute* asociate comportamentului promovat (Kotler et al., 2002).

Competiția în marketingul social

În marketingul social **competiția** este reprezentată de (Kotler et al., 2002):

- Comportamentele actuale, prezente, *obișnuite*, ale audienței țintă („fac așa de când mă știu”);
- Comportamentele și beneficiile asociate cu aceste comportamente pe care audiența țintă le-ar prefera în locul comportamentului promovat prin marketing social;
- Organizațiile și persoanele care trimit mesaje care se opun comportamentului promovat.

În **tabelul 4** sunt prezentate câteva exemple privind competiția în cazul marketingului social.

Pentru a face față *competiției* în marketingul social se utilizează aceleași principii și tehnici utilizate și în marketingul comercial, astfel încât prin *poziționarea* produsului consumatorii (Kotler et all., 2002):

- Să perceapă beneficiile mai mari asociate comportamentului promovat față de comportamentul actual sau alte comportamente preferate;
- Să perceapă costurile mai scăzute ale adoptării comportamentului promovat față de comportamentul actual sau alte comportamente preferate;
- Să perceapă barierele mai mici în calea adoptării comportamentului promovat față de comportamentul actual sau alte comportamente preferate;
- Să perceapă normele sociale și presiunea socială care indică faptul că este promovată o valoare culturală acceptată.

Funcția unui program de marketing social este „să modifice raportul dintre beneficii și bariere (în calea adoptării comportamentului) astfel încât comportamentul promovat să devină mai atractiv (McKenzie-Mohr & Smith, 1999 *apud* Kotler et all., 2002). Există **patru tactici non-exclusive** care pot fi utilizate pentru a modifica raportul beneficii/bariere în favoarea comportamentului propus (McKenzie-Mohr & Smith, 1999 *apud* Kotler et all., 2002):

- Creșterea beneficiilor asociate comportamentului propus;
- Scăderea barierei și/sau a costurilor asociate comportamentului propus;
- Scăderea beneficiilor comportamentelor aflate în competiție cu comportamentul propus;
- Creșterea barierei și/sau a costurilor comportamentelor aflate în competiție cu comportamentul propus.

Cele patru tactici pot fi utilizate în combinație pentru a se obține **superioritatea competitivă** (engl. *competitive superiority*) (Kotler et all., 2002).

Competiția este un aspect fundamental în marketing și de care trebuie să se țină cont deoarece *marketer*-ul urmărește să satisfacă nevoile și dorințele consumatorului mai eficace decât cei cu care este în competiție (Peattie & Peattie, 2003).

În contextul marketingului social este vorba de **competiție socială** care a fost conceptualizată de către A.R. Andreasen prin identificarea a **4 niveluri de competiție** (Andreasen, 1995 *apud* Peattie & Peattie, 2003):

- **Competiția pentru dorințele consumatorilor** (engl. *desire competition*);
- **Competiția generică** (engl. *generic competition*) – care constă din diferitele tipuri de soluții pentru aceeași problemă;
- **Competiția serviciilor oferite** (engl. *service form competition*) – care constă în diferitele tipuri de servicii care sunt oferite în cadrul unui anumit tip de soluție;
- **Competiție organizațională** (engl. *enterprise competition*) – diferitele organizații care oferă același tip de servicii.

Pornind de la conceptul de **competiție pentru dorințele consumatorului** (engl. *desire competition*) a fost propusă o abordare alternativă și complementară a competiției sociale din marketingul social, abordare care prezintă marketingul social drept **o luptă („bătălie”) a ideilor** (engl. *battle of ideas*) (Peattie & Peattie, 2003). Această luptă a ideilor se referă la **3 factori cruciali „A”** (engl. *three crucial A – factors*) (Peattie & Peattie, 2003):

- **Attention** (atenție)
- **Acceptance** (acceptare)
- **Adoption** (adoptare).

Conform acestei abordări a marketingului social, pentru a se realiza **adoptarea și menținerea unui anumit comportament** promovat trebuie câștigată lupta („bătălia”) pentru a **atrage atenția** audienței țintă și pentru a o convinge să **accepte** comportamentul respectiv (Peattie & Peattie, 2003).

Exemple de competiție în cazul marketingului social

Comportamentul promovat prin marketing social	Competiția reprezentată de alt comportament preferat în locul comportamentului promovat	Competiția reprezentată de mesaje sau de către cei care trimit mesaje care se opun comportamentului promovat
Consumul de alcool cu moderație	Să te „amețești” și să te simți bine	Prietenii
Practicarea de exerciții fizice cu regularitate în aer liber	Să stai acasă și să te uiți la televizor	Partenerul din cuplu
Să nu fumezi	Să ieși la o țigară” cu colegii	Colegii
Să dormi suficient pentru refacerea propriului organism	Să pierzi noaptea la petreceri	Prietenii
Să mănânci sănătos	Să mănânci la un <i>fast food</i>	Firmele de <i>fast food</i>
Donarea onorifică de sânge	A nu dona sânge de frica infectării cu HIV	Ziarele care publică articole care nu prezintă corect riscurile asociate donării de sânge
Donarea organelor pentru transplant	A nu dona pentru transplant organele unei rude decedate	Organizațiile religioase
Utilizarea de contraceptive orale	A nu utiliza contraceptive orale	Organizațiile religioase
A purta cască de protecție	<i>A fii cool și a merge cu bicicleta fără a purta cască de protecție</i>	Prietenii

Sursa: *modificat* după Kotler et al., 2002

Atragerea atenției asupra unui comportament și acceptarea acelui comportament depind de **susținerea socială** a acelui comportament (engl. *social encouragement*) oferită de familie, prieteni și mass-media (Peattie & Peattie, 2003). Trebuie să se țină cont de faptul că unul dintre cele mai importante aspecte ale competiției îl reprezintă **contra-marketingul comercial** care, de cele mai multe ori urmărește promovarea unor produse, servicii, idei sau comportamente care se opun direct celor promovate de *marketer*-ul social (Peattie & Peattie, 2003). În această luptă de idei este nevoie de creativitate pentru a învinge **pedicile sociale** (engl. *social discouragement*) reprezentate de valorile sociale dominante în societate, presiunile grupurilor de apartenență, presiunile prietenilor și ale familiei (Peattie & Peattie, 2003). Pentru a se opune schimbării comportamentale promovate de marketingul social „arma favorită este conceptul de democrație și libertate personală” (Peattie & Peattie, 2003). Pentru a obține susținerea socială și pentru a depăși piedicile sociale *marketer*-ul social trebuie să ducă o luptă susținută pentru a învinge cinismul și neîncrederea care sunt tot mai puternice în societate și care pot să zădărnicească orice campanie de marketing social (Peattie & Peattie, 2003). Nu trebuie subestimat un element al competiției în marketingul social, element care a fost denumit competitor ciudat (engl. *strange competitor*): **apatia**. Deși nu este o idee sau un comportament și nici nu intră direct în competiție cu oferta marketingului social, apatia poate să împiedice acceptarea și adoptarea unui nou comportament (Peattie & Peattie, 2003). De asemenea, trebuie să se țină cont de faptul că există și **împotrivire involuntară** (engl. *involuntary disinclination*) la schimbarea comportamentului și la adoptarea unui nou comportament, împotrivire determinată de **adicție (dependență) fizică** (engl. *physical addiction*), suferințe mentale sau fizice (engl. *mental and physical ill-health*) sau predispoziție genetică (Peattie & Peattie, 2003).

Există autori din domeniul marketingului social care consideră că utilizarea *celor 4 P* (engl. *the Four Ps*) din marketingul comercial a dus la confuzie și a generat numeroase probleme și de aceea propun abandonarea acestora și utilizarea unui vocabular propriu marketingului social (Peattie & Peattie, 2003). Astfel s-au propus următoarele schimbări (Peattie & Peattie, 2003):

- În locul termenului *produse* să se folosească termenul **oferte sociale** (engl. *social proposition*)
- În locul termenului *preț* să se folosească termenul **costuri ale implicării** (engl. *costs of involvement*)
- În locul termenului *loc (distribuție)* (engl. *place*) să se folosească termenul **accesibilitate** (engl. *accessibility*)

- În locul termenului *promovare* să se folosească termenul **comunicare socială** (engl. *social communication*)
- În locul termenului *schimb* (engl. *exchange*) să se folosească termenul **interacțiune** (engl. *interaction*)
- În locul termenului *competiție* să se folosească termenul **idei aflate în competiție** (engl. *competing ideas*).

În sens larg *marketingul social* se referă la *orice* efort planificat de influențare a *oricărui* comportament uman în condițiile în care *motivația agentului schimbării este una altruistă* (Andreasen & Kotler, 2003).

Conceptele și principiile marketingului pot să fie aplicate pentru a se realiza oricare din următoarele **obiective comportamentale** (engl. *Behavioral objectives*) prin influențarea unor grupuri de persoane față de care există un anumit interes privind schimbarea comportamentului (Andreasen & Kotler, 2003):

- Cumpărarea de produse și servicii;
- Renunțarea la comportamente considerate periculoase pentru individ și societate;
- Adoptarea unor comportamente considerate benefice pentru individ și societate;
- Participarea voluntară la anumite acțiuni cu impact pozitiv asupra societății;
- Donarea de bani în scopuri caritabile;
- Oferirea gratuită de resurse necesare pentru anumite acțiuni (timp, disponibilitate psihologică, sală de curs etc).

Marketingul social utilizează tehnicile marketingului comercial pentru a promova adoptarea unor comportamente considerate că ar îmbunătăți starea de sănătate și starea de bine ale unor *audiențe țintă* (Weinreich, 1999). În domeniul comunicării, termenii *audiență* și *audiență țintă* sunt înțeleși în mod diferit de către anumiți autori. S-a sugerat chiar faptul că utilizarea termenului *audiență țintă* arată intervenția agresivă și imorală asupra unor persoane considerate pasive și care nu se pot opune manipulării sau îndocrinării. Considerăm că putem utiliza acești termeni fără a aduce atingere demnității umane. În marketingul social audiența țintă este reprezentată de cei al căror comportament dorim să-l modificăm iar această modificare a comportamentului este în beneficiul acestor persoane (Weinreich, 1999).

Marketingul social nu este un demers de marketing care să vizeze intervenții nediferențiate asupra unor populații compacte și de mari dimensiuni, ci aproape întotdeauna implică segmentarea audienței (Andreasen, 1997).

În marketingul social **segmentarea audienței țintă** sau simplu spus **segmentarea** reprezintă împărțirea (engl. *Partitioning*) în submulțimi/grupuri, care se exclud reciproc, a populației (indivizii, gospodăriile, comunitățile etc) asupra căreia dorim să intervenim (Andreasen, 1995). De exemplu, dacă luăm în considerare comunitățile de etnici germani din România atunci putem să facem o delimitare clară între comunitățile urbane și comunitățile rurale de etnici germani. Sau putem să facem o delimitare clară între comunitățile de etnici germani din Transilvania și cei din Banat. Dacă luăm în discuție populația de gen feminin din București, *segmentarea* se poate referi, de exemplu, la împărțirea populației de gen feminin în următoarele *segmente*: femei căsătorite, femei divorțate, femei care trăiesc în uniuni consensuale de tip heterosexual, femei care trăiesc singure, femei care trăiesc cu alte femei etc. Din aceste exemple se înțelege că segmentarea este un proces de clasificare în funcție de un anumit criteriu a unei populații anumite în subpopulații, iar segmentele sunt pur și simplu aceste subpopulații sau grupuri.

Scopul segmentării audienței este de a identifica grupuri distincte de persoane care probabil vor răspunde în mod similar la un anumit mesaj al unui program de marketing social (Weinreich, 1999). Presupoziția care stă la baza segmentării este că persoanele dintr-un segment sunt suficient de similare între ele, dar sunt suficient de diferite de persoanele din alte segmente, astfel încât să presupunem că vor reacționa într-un mod previzibil la anumite mesaje sau situații.

Segmentarea audienței, adică împărțirea populației în subpopulații, se poate face în funcție de diferiți factori (Weinreich, 1999) :

- Factori geografici
- Factori demografici
- Factori medicali
- Factori psihografici
- Factori atitudinali
- Factori comportamentali.

În **Tabelul 6** sunt prezentați acești factori în funcție de care se poate face segmentarea.

Factorii în funcție de care se face segmentarea sunt denumiți în literatură și *variabile de segmentare*. Deși termenii factori de segmentare și

variabile de segmentare se referă la același lucru, este preferată de mulți autori utilizarea termenului de variabilă de segmentare.

Variabilele în funcție de care se poate face segmentarea au fost clasificate ținând cont de două dimensiuni (Frank, Massy & Wind, 1972 *apud* Andreasen & Kotler, 2003):

- dacă variabilele pot să fie observate direct și în mod obiectiv;
- dacă variabilele se referă la aspecte generale sau la aspecte comportamentale specifice.

Cel mai frecvent utilizate modalități de segmentare sunt:

- Segmentarea demografică
- Segmentarea geografică
- Segmentarea psihografică
- Segmentarea comportamentală.

Tabelul 6

Factori în funcție de care se poate realiza segmentarea audienței în marketingul social

Factori în funcție de care se poate realiza segmentarea	Exemple
Factori geografici	mărimea comunității densitatea populației clima
Factori demografici	vârsta genul (engl. <i>Gender</i>) venitul ocupația nivelul de educație numărul de copii limba maternă etnia
Factori medicali	istoricul medical istoricul medical familial starea de sănătate factori de risc boli cronice

Factori psihografici	stil de viață caracteristici ale personalității valori adoptate norme sociale respectate
Factori atitudinali	atitudini opinii credințe judecăți
Factori comportamentali	utilizarea unor anumite produse frecvența unor comporta- mente ocazii de a utiliza anumite produse obiceiuri de utilizare a mass- media

Sursa: *modificat* după Weinreich, 1999

Segmentarea demografică (engl. *Demographic segmentation*) împarte audiența în segmente diferite în funcție de variabile demografice cum ar fi vârsta, sexul, mărimea familiei, venitul, ocupația, educația, religia, naționalitatea (Andreasen & Kotler, 2003). Acest tip de segmentare este foarte frecvent folosit pentru că informațiile necesare sunt relativ ușor de obținut.

Segmentarea geografică (engl. *Geographical segmentation*) împarte audiența în funcție de entități geografice cum ar fi state, regiuni, comunități, zone, cartiere, loc de muncă, mijloace de transport în comun utilizate (Andreasen & Kotler, 2003 ; Kotler *et al.*, 2002). Segmentarea geografică este utilă pentru că de multe ori există diferențe foarte mari între comunități din zone geografice diferite cu privire la accesul la anumite servicii sau produse. De exemplu, există diferențe clare în România între comunitățile urbane și cele rurale cu privire la accesul potențial la servicii de planificare familială. De asemenea, există diferențe între comunități cu privire la accesul la televiziunea prin cablu.

Segmentarea psihografică (engl. *Psychographic segmentation*) împarte audiența în funcție de clasă socială, stil de viață, valori și caracteristici ale personalității (Kotler *et al.*, 2002). Pentru a se obține o segmentare psihografică este nevoie de cele mai multe ori de o cercetare

laborioasă, de lungă durată și costisitoare. Dacă s-au obținut astfel de date atunci se pot construi strategii de marketing de succes, care vor ține cont de valorile respectate de cei care fac parte dintr-un anumit segment. Segmentarea psihografică în funcție de stilul de viață ar putea obține aceste segmente ale unei populații de adolescente : adolescente care au un stil de viață conservator, adolescente care au un stil de viață libertin, adolescente care au un stil de viață periculos, prin căutarea de experiențe extreme etc. Segmentarea psihografică în funcție de stilul de viață a fost utilizată în campaniile de marketing social legate de prevenirea bolilor cu transmitere sexuală și în campaniile de prevenire a consumului de droguri.

Segmentarea comportamentală (engl. *Behavior segmentation*) împarte audiența în funcție de cunoștințele, atitudinile și comportamentele față de produsul promovat (Kotler *et al.*, 2002). Astfel în cazul unui program de marketing social cu privire la bolile cu transmitere sexuală se pot obține următoarele segmente ale populației de elevi de 14-18 ani: elevi care nu au cunoștințe despre aceste boli, elevi care au cunoștințe corecte dar reduse, elevi care au cunoștințe corecte și de detaliu, elevi care au unele cunoștințe corecte dar au și multe cunoștințe greșite etc. În cazul unui program de marketing social privind utilizarea prezervativului se pot obține următoarele segmente: cei care vor să folosească prezervativul, cei care se rușinează să folosească prezervativul, cei care resping categoric folosirea prezervativului etc.

În istoria marketingului social au fost utilizate, la început, modele simple de segmentare în funcție de câte o singură variabilă. Astfel, se realiza fie segmentarea în funcție de sex, fie segmentarea în funcție de vârstă ș.a.m.d. Ulterior, au apărut modele complexe de segmentare care țin cont de aspecte complexe sau care combină mai multe variabile.

Marketingul social utilizează două modele complexe pentru segmentare (Kotler *et al.*, 2002):

- Modelul de segmentare care utilizează stadiile schimbării comportamentale
- Modelul segmentării prin utilizarea mai multor variabile de segmentare.

Modelul de segmentare care utilizează stadiile schimbării comportamentale se referă la un demers complex de marketing care realizează segmentarea ținând cont de **modelul stadiilor schimbării** (engl. *Stages of change model*) sau **modelul transteoretic** (engl. *Transtheoretical model*) dezvoltat de către J.Prochaska și C. DiClemente în anii 80.

Conform modelului trans-teoretic persoanele dintr-o populație se găsesc la un moment dat în anumite stadii care reflectă dorința și capacitatea de schimbare a unui anumit comportament.

Au fost descrise 6 stadii ale schimbării comportamentale (Prochaska *et al.*, 1994 *apud* Kotler *et al.*, 2002):

- **Stadiul de precontemplare** (engl. *Precontemplation*) în care persoanele nu au nici măcar intenția de a-și schimba comportamentul și de obicei chiar neagă că ar avea vreo problemă;
- **Stadiul de contemplare** (engl. *Contemplation*) în care persoanele sunt conștiente că au o problemă și încep să se gândească serios la rezolvarea problemei;
- **Stadiul de pregătire** (engl. *Preparation*) în care persoanele își fac planuri pentru schimbare în viitorul apropiat (viitoarele luni);
- **Stadiul de acțiune** (engl. *Action*) în care persoanele își modifică comportamentul;
- **Stadiul de menținere a comportamentului și prevenire a recăderilor** (engl. *Maintenance*) în care persoanele fac eforturi pentru a menține schimbările făcute și pentru a recădea la starea anterioară schimbării;
- **Stadiul de absență a tentației** (engl. *Termination*) este stadiul ideal în care persoanele nici măcar nu mai prezintă nici o tentație de a reveni la comportamentul anterior schimbării.

În cazul unui program de marketing social care se adresează celor care consumă cocaină persoanele aflate în stadiul de precontemplare se caracterizează prin faptul că nici măcar nu se gândesc să nu mai consume cocaină, unele dintre aceste persoane nici măcar nu consideră consumul de cocaină ca fiind o problemă. Persoanele aflate în stadiul de contemplare se gândesc să renunțe la consumul de cocaină dar nu s-au hotărât încă în mod serios să facă acest lucru și nici nu au întreprins ceva concret în această privință. Cei aflați în stadiul de pregătire deja s-au hotărât când să renunțe la cocaină și cum să facă acest lucru și au spus și altora despre hotărârea luată. Stadiul de acțiune este stadiul în care se găsesc cei care au renunțat de curând la consumul de cocaină și care au aruncat din casă rezervele de cocaină. Cei care au renunțat la consumul de cocaină de peste 6 luni și care sunt hotărâți să renunțe definitiv la cocaină și fac eforturi în acest sens se găsesc deja în stadiul de menținere a comportamentului și de prevenire a recăderilor. Stadiul de absență a tentației este stadiul în care se găsesc cei care nu mai simt nici o tentație de a mai consuma cocaină și care nu se vor mai întoarce la starea de consumatori de cocaină.

Conform acestui model există diferențe fundamentale între persoanele aflate în stadii diferite și acest lucru implică utilizarea unor strategii de marketing social specifice fiecărui stadiu. Astfel, pentru cei aflați în stadiu de pre-contemplare este potrivită o strategie care să le determine pe aceste persoane să se gândească la schimbare și să conștientizeze prezența unei probleme. Pentru cei aflați în stadiu de menținere este adecvată o strategie care pune accentul pe beneficiile obținute prin renunțarea la un anumit comportament. Succesul intervențiilor de marketing social depinde de proiectarea unor intervenții de marketing adecvate stadiului schimbării în care se află persoanele din populația țintă.

Pentru o identificare relativ ușoară a stadiului în care se găsesc persoanele dintr-o anumită populație prezentăm pe scurt, în continuare, câteva caracteristici după care se poate face acest lucru. Astfel, persoanele aflate în stadiul de precontemplare nu intenționează să-și schimbe comportamentul în următoarele 6 luni. Persoanele aflate în stadiul de contemplare intenționează să-și schimbe comportamentul în următoarele 6 luni dar nu în următoarele 30 de zile. Persoanele aflate în stadiul de pregătire intenționează să-și schimbe comportamentul chiar în următoarele 30 de zile. Persoanele aflate în stadiul de acțiune și-au schimbat efectiv comportamentul la un moment dat în ultimele 6 luni. Cei aflați în stadiul de menținere și-au rezolvat problema cu mai mult de 6 luni în urmă.

Trebuie să spunem că trecerea liniară progresivă de la un stadiu la următorul este posibilă dar că se întâlnește rar în realitate. Cel mai adesea se produce reîntoarcerea la stadiul de contemplare sau chiar la stadiul de pre-contemplare și apoi se încearcă din nou să se ajungă treptat la stadii cât mai aproape de stadiul ideal, de absență a tentației. Astfel, eforturile marketingului social urmăresc să-i determine pe cei aflați într-un anumit stadiu să treacă la stadiul imediat următor fără a se produce căderea către stadiul anterior deja depășit.

Al doilea model complex de segmentare utilizat în marketingul social este **modelul segmentării prin utilizarea mai multor variabile de segmentare** (engl. *Healthstyles Segmentation System*). Acest model se referă la segmentarea audienței țintă prin utilizarea simultană a mai multor variabile de segmentare de tip demografic, psihografic și comportamental (Kotler *et al.*, 2002).

În literatură sunt menționați 9 factori de care trebuie să se țină cont atunci când se decide segmentarea (Andreasen, 1995):

- Mărimea segmentului (engl. *Segment size*)
- Incidența problemei (engl. *Problem incidence*)
- Severitatea problemei (engl. *Problem severity*)

- Nevoia de ajutor (engl. *Defenselessness*)
- Identificare și contactare (engl. *Reachability*)
- Voința de schimbare și capacitatea de schimbare (engl. *General Responsiveness*)
- Costuri comparative (engl. *Incremental Costs*)
- Răspunsul potențial față de mix-ul de marketing (engl. *Responsiveness to Marketing Mix*)
- Capacitatea organizațională (engl. *Organizational Capability*).

Se consideră că segmentarea este optimă dacă se obțin segmente care au următoarele 6 caracteristici (Andreasen & Kotler, 2003):

- Excludere reciprocă (engl. *Mutual exclusivity*)
- Acoperire (engl. *Exhaustiveness*)
- Posibilitatea de măsurare (engl. *Measurability*)
- Posibilitatea de contactare (engl. *Reachability*)
- Importanță (engl. *Substantiality*)
- Răspuns diferit (engl. *Differential responsiveness*).

Segmentarea este un proces complex care implică atât știință, cât și artă. Segmentarea nu se poate face la întâmplare, ci trebuie să se cântărească foarte bine argumentele *pro* și cele *contra* unei anumite strategii de segmentare.

Astfel, cu privire la procesul de segmentare trebuie să se ia trei tipuri de decizii (Andreasen & Kotler, 2003):

- Decizii cantitative (Care este ponderea din totalul resurselor organizației a resurselor alocate pentru fiecare segment ?)
- Decizii calitative (Care sunt strategiile diferite cu privire la preț pentru segmentele diferite identificate ? Care este produsul oferit fiecărui segment ?)
- Decizii cu privire la aspecte temporale (Trebuie abordate toate segmentele în același timp ? Trebuie abordat un anumit segment la un moment dat iar alt segment trebuie abordat ulterior sau anterior aceluia ?)

În literatura de specialitate sunt numeroase exemple de programe de marketing social care au avut succes, ca urmare a unei segmentări adecvate. De asemenea, sunt prezentate în literatură eșecuri datorate unei segmentări necorespunzătoare sau absenței segmentării. Se poate spune, fără a ne teme că greșim, că utilizarea segmentării nu garantează succesul dar că absența segmentării determină aproape sigur eșecul.

Utilizarea segmentării în procesul de marketing social poate aduce următoarele beneficii (Kotler et al., 2002):

- Creșterea eficacității intervențiilor de marketing social;
- Creșterea eficienței utilizării resurselor;
- Alocare adecvată a resurselor;
- Dezvoltarea unor strategii adecvate de marketing.

În ciuda beneficiilor dovedite aduse de segmentare se constată o utilizare limitată a segmentării. Absența utilizării sistematice a segmentării în programele de marketing social a fost atribuită următoarelor bariere (Andreasen, 1995):

- Lipsa de înțelegere a aspectelor practice ale segmentării;
- Credința că finanțatorii programului de marketing social se vor opune segmentării;
- Lipsa de conștientizare a faptului că segmentarea poate să conducă la creșterea impactului programului și la reducerea costurilor programului;
- Credința că uniformitatea programului (prin absența segmentării) contribuie la consistența mesajului programului și la reducerea costurilor;
- Lipsa informațiilor relevante pentru realizarea unei strategii adecvate de segmentare;
- Lipsa voinței cu privire la colectarea de date noi pentru realizarea segmentării.

BIBLIOGRAFIE

1. Ajzen, I. & Fishbein, M. *Understanding the attitudes and predicting social behavior*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc. 1980
2. Alcalay, R., Bell, R.A. *Promoting nutrition and physical activity through social marketing: Current practices and recommendations*. Department of Communication and the Center for Advanced Studies în Nutrition and Social Marketing. University of California, Davis, 2000.
3. Allebeck, P. *Alcohol policy in Europe: what can the European Union do?*; European Journal of Public Health, 2003
4. A.Marcu&Gr. Marcu: *Ghid pentru managementul programelor de sănătate* (I.S.P. Bucuresti –2000
5. Analiza comunității, Fundația pentru Dezvoltare prin Educație Economică și Parteneriat, 2001
6. Anderson, P, *The risk of alcohol in Europe*, Oxford University, 2004
7. Andreasen, A.R. *Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment*. San Francisco, CA: Jossey – Bass Publishers, 1995.
8. Andreasen, A.R. *Challenges for the Science and Practice of Social Marketing*. În volumul Goldberg, M.E., Fishbein, M., Middlestadt, S.E. (editors) *Social Marketing. Theoretical and Practical Perspectives*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1997.
9. Andreasen A.R., Kotler, P. *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations*. Sixth Edition. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Educational International, 2003.
10. Ashton L., Seymour H.. New Public Health, Liverpool experience; 1998
11. Bagozzi, R. *Marketing and exchange*. Journal of Marketing, 1975, 39, (October): 32-39.
12. Balaure V. (coordonator). *Marketing*. Ediția a-II-a revăzută și adăugită. București, Editura Uranus, 2002.
13. Baker, M.J. Macmillan *Dictionary of Marketing and Advertising*. London: Macmillan Business, 1998.
14. Bandura, A. *Social Foundation of thought and action – a social-cognitive theory*. Englewood Cliffs, Nj; Prentice Hall. 1986
15. Bandura, A. *Social learning Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1977
16. Bennis, W., 1997. "Learning to Lead," Addison-Wesley, MA.
17. Bartels, R. *Development of Marketing: A Brief History*, în volumul Schwartz, G. (editor) *Science în Marketing*. New York, John Wiley & Sons Inc., 1965.
18. Bellamy, H., Salit, R., Bell, L. *Social Marketing Resource Manual: A Guide for State Nutrition Education Networks*. Washington, D.C. Health Systems Research, Inc., 1997.
19. Bennet, P.D. *Dictionary of Marketing Terms*. Chicago: American Marketing Association, 1988.

20. Berkun, Scott (2005). *Art of Project management*. Cambridge, MA: O'Reilly Media. [ISBN 0-596-00786-8](#).
21. Blythe, J. *Comportamentul consumatorului. Strategii și tactici. Atragerea clientelei. Reacția consumatorului*. București: Teora, 1998.
22. Bocancea, C., Neamțu, G. *Elemente de asistență socială*. Iași : Polirom, 1999.
23. Bogdan-Tucicov, A., Chelcea, S. Golu, M. *Dicționar de psihologie socială*. București : Editura științifică și enciclopedică, 1981.
24. Bongrand, M. *Le Marketing Politique*. Paris, PUF, 1993.
25. Borden, N. *The Concept of Marketing – Mix*. *Journal of Advertising Research*, June, 1964.
26. Brech E.F. *Principles of Marketing*. New York, Routledge, 1953.
27. Brooks, Fred. *The Mythical Man-Month, 20th Anniversary Edition*, Adison Wesley. [ISBN 0-201-83595-9](#). 1995
28. Brookes, R., Weiner, L. *Effective Low Budget Campaigns* în volumul *Social Marketing în Public Health Conference Preceedings*. Clearwater: University of South Florida, 1995.
29. Bruhn, M., Tilmes, J. *Social Marketing*. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, 1989.
30. Bryant, C.A., Kent, E., Brown, C., Bustillo, M., Blair, C., et all. *A social marketing approach to increase customer satisfaction with Texas WIC Program*. *Mark.Health Serv*. Winter 1998: 5-17.
31. Buchanan, D.R., Reddy, S., Hossain, Z. *Social Marketing: A Critical Appraisal*. *Health Promotion International*, 1994, 9, 49-57.
32. Burrow, Sharan., *Stop stres at work-a guide for workers*, Australian Council Of Trade Unions.2000
33. Bunton, R., Macdonald, G.(editors) *Health Promotion. Disciplines and Diversity*. London: Routledge, 1992.
34. Candea, D. - *Comunicare manageriala- concepte, deprinderi, strategii*, Ed. Expert,1996.
35. Candea, R.M; Candea, D -*Comunicare manageriala aplicata*, Ed. Expert,1998.
36. Careja Romana – coordonator, *Dezvoltarea comunitară – starea sectorului*, raport de evaluare al Parteneriatul pentru Dezvoltare Comunitară (PDC), 2003
37. Carlson, N.R., Buskist, W. & Martin, G.N., – „*The science of psychology*” în *Psychology, the science of behaviour*, Pearson Education Limited, Essex, England. *Campaigning for health 2000*
38. Carlson, N.R., Buskist, W. & Martin, G.N., – „*Health Psychology*” în *Psychology, the science of behaviour*, Pearson Education Limited, Essex, England. 2000
39. Carlson, N.R., Buskist, W. & Martin, G.N.,– „*Social psychology*” în *Psychology, the science of behaviour*, Pearson Education Limited, Essex, England. 2000

40. Casswell, S. *No ordinary commodity: Alcohol and Public Policy*, Centre for Social & Health Outcomes, Research & Evaluation, Massey University, New Zealand, 2004
41. Cătoiu, I. *Din istoria gândirii de marketing*. Buletinul de marketing, nr.1 – 2/ 1978.
42. Centre for Development and Population Activities. *Advocacy. Building Skills for NGO Leaders*. The CEDPA Training Manual Series. Volume IX. Washington, D.C., 2003.
43. Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate – *Barometrul de opinie privind serviciile de sănătate*, februarie 2005, București
44. Chapman, W.D., Rudd, R.E., Moeykens, B.A., Maloney, T.W. ”*Social Marketing for Public Health*.” *Health Affairs*.12, Summer 1993:104 – 19.
45. Chelcea, S. *Personalitate și societate în tranziție*. București, Societatea Știință și Tehnică S.A., 1994.
46. Chelcea, S. *Opinia publică. Gândesc masele despre ce și cum vor elitele?* București, Editura Economică, 2002.
47. Chirita, G. (2004), *Reglementările în domeniul publicității- repere pentru un spațiu cu geometrie variabilă* (prezentare în cadrul seminarului „Reglementarea serviciilor de programe” -misiunea de asistență a Consiliului Europei pentru Consiliul Național al Audiovizualului)
48. Cooper, Carry L , Cooper, R.D., Eaker, L.H. *Living with stress*, Penguin Books. Health Promotion Agency for Northern Ireland 1998
49. Coman C. *Relațiile publice și mass-media*. Ediția a doua revăzută și adăugită. Iași, Editura Polirom, 2000.
50. Conner, M.& Norman, P. - *Predicting health behavior*, Open University Press, Buckingham UK.1998
51. Conner, M. & Sparks, P. *The theory of planned behaviour and health behaviours* 1999
52. Conner, P. & Norman, M. *The role of health cognition în health* 1999
53. Conner, P. & Norman, M. *The role of social cognition în predicting health behaviours : future directions* 1999
54. Coreil, J., Bryant, C.A., Henderson, J.N. *Social and Behavioral Foundations of Public Health*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000.
55. Cosmovici, A. *Psihologie generală*. Iași: Polirom, 1996.
56. Cozma, T., Momanu, M. *Formare și îndoctrinare în spațiul universitar*, în volumul 57. Neculau, A. (coordonator) *Câmpul universitar și actorii săi*. Iași, Polirom, 1997.
58. Crețu, T. *Psihologie generală*. București : Credis, 2001.
59. Cutlipp, S.M., Center, A.H., Broom, G.M. *Effective Public Relations*. 7th edition. New Jersey: Prentice Hall Inc., 1994.
60. Dagenais, B. *Campania de relații publice*. Iași, Polirom, 2003.
61. Davis, Keith.(1981), *Human Behavior at work; Organizational Behavior*, sixth edition; Mc Graw-Hill Book Company.

62. Decizie nr. 112 din 8 octombrie 2002 privind publicitatea la băuturi alcoolice distilate;
63. Decizie nr. 36 din 13 februarie 2003 privind publicitatea la băuturi alcoolice distilate
64. Decizia nr. 123 din 30 iunie 2003 privind publicitatea și teleshoppingul.
65. Denner A. *Principes et pratique du marketing*. Paris, Editions J. Delmas, 1971.
66. Dobrotă, N. (coordonator). *Dicționar de economie*. București, Editura Economică, 1999.
67. Dobrotă, N. *Nevoi (preferințe) umane*. În volumul, Dobrotă, N. (coordonator). *Dicționar de economie*. București, Editura Economică, 1999.
68. Donovan, R.J., Henley, N. *Social Marketing: Principles and Practices*. Melbourne: IP Commun., 2003.
69. Drucker, P. F. *Management: Tasks, responsibilities, practices*. New York: Harper & Row, 1973.
70. Dunn, W.S. *Public Relations – A Contemporary Approach*. Richard D. Irwin Inc., 1986.
71. Enăchescu D., Marcu M.. *Sănătate publică și management sanitar*. 1994
72. Eurocare , *The beverage Alcohol Industry's Social Aspects Organizations: A public health warning*, A Eurocare report to the EU. 2002
73. Eurocare , *Drinking and driving în Europe*, A Eurocare report to the EU.2003
74. *Evaluation Handbook*, W.K. Kellogg Foundation, Michigan, 1998
75. *Evaluation în health promotion – WHO – European series no.92* (2001)
76. Feldman, L.P. *Societal Adaptation: A New Challenge for Marketing*. Journal of Marketing, July, 1971.
77. Fishbein, M. (1996) *Behavioral sciences and public health: a necessary partnership for HIV prevention*. Public health reports, 111(Supl.1), 5-10
78. Flo Frank, Anne Smith *The community development handbook*, Minister of Public Works and Government Services Canada, 1999
79. Florescu, C., Mâlcomete, P., Pop, N.A. (coordonatori) *Marketing*. Dicționar explicativ. București: Editura Economică, 2003.
80. Frank, R.E., Massy, W.F., Wind, Y. *Market Segmentation*. Upper Saddle River, N.J.:Prentice-Hall, 1972.
81. Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K. (editors) *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. Second Edition. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.
82. Glanz, K., Rimer, B.K., Lewis, F.M. (editors) *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. Third Edition. San Francisco: Jossey-Bass. A Wiley Imprint, 2002.
83. Godin, G. & Kok, G. (1996) *The theory of planned behaviour: a review of its applications to health related behaviours*. American Journal of Health Promotion, 11(2), 87-98

84. Goldberg, M.E., Fishbein, M., Middlestadt, S.E. (editors) *Social Marketing. Theoretical and Practical Perspectives*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1997.
85. Golu, M. *Fundamentele psihologiei*. Volumul II. București : Editura Fundației România de Măine, 2002.
86. Goliszek, Andrew. , "Invingeti stresul!", Editura Teora Bucuresti.1998
87. Graumann, C.F., – „Introducing social psychology historically” în Hewstone,M. & Stroebe, W. Introduction to social psychology. Blackwell Publishers Ltd., Oxford UK. 2001
88. Green, L.W. and Kreuter, M.W. *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*, 3rd edition. McGraw-Hill.
89. Grier, S., Bryant, C.A. *Social Marketing în Public Health. Annu. Rev. Public Health* 2005. 26: 6.1-6.21 (AR Reviews În Advance disponibil la adresa de Internet <http://publhealth.annualreviews.org> de la data de 12 octombrie 2004).
90. Grunig, J.E., Hunt, T. *Managing Public Relations*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1984.
91. Hastings, G.B., Smith, C.S., Lowry, R.J. *Fluoridation – a time for hope, a time for action*. British Dental Journal, May: 273 – 274, 1994.
92. Health Communication Unit, Centre for Health Promotion. *Media Advocacy Workbook*. Toronto, Ontario. The Banting Institute, University of Toronto, 2000.
93. Heerkens, G. *Project Management (The Briefcase Book Series)*. McGraw-Hill. [ISBN 0-07-137952-5](http://www.mhprofessional.com/ISBN/0-07-137952-5). 2001
94. Hellriegel, Don., Slocum, J.W., Woodman,W., *Organizational Behavior*-sixth edition, West Publishing Company St. Paul New York.1992
95. Hepworth, J. *Evaluation în health outcomes research: linking theories, methodologies and practice în health promotion*. Health Promotion International, Oxford University Press, Vol. 12, Nr.3.1997
96. Hill, R. *The marketing concept and health promotion: a survey and analysis of „recent health promotion” literature*. Soc.Mark. Q. 2:29-53, 2001.
97. Holbrook, M.P., Hirschmann, E.C. *The experimental aspects of consumption: consumer fantasies, feelings and fun*. Journal of Consumer Research, vol 9, pag. 132-140, september,1982.
98. Houston, F.S., Gassenheimer, J.B. *Marketing and exchange*. Journal of Marketing, 1987, 51, (October): 3-18.
99. Istrate, I. (coord.) *Comunități în mișcare: Programe și intervenții sociale*. București: Editura Agata, 2004.
100. Janz, N.K. &Becker, M.H. (1984) *The health belief model: a decade later*. Health education Quarterly, 11(1), 1-47
- 101 Johnson, L.C. *Social Work Practice*. Boston: Allyn & Bacon, Inc., 1983.
102. Jooste, P.L., Marks, A.S., van Erkom Schurink, C. *Factors influencing the availability of iodised salt în South Africa*. S. Afr. J. Food Sci. Nutr. 7: 49-52, 1995.

103. Keller, L.O., Strohscchein, S. *Social Marketing. Public Health Interventions. Applications for Public Health Nursing Practice*. Minnesota Department of Health, Division of Community Health Services, Public Health Nursing Section, 2001.
104. Kerzner, Harold .*Project Management: A Systems Approach to Planning, Scheduling, and Controlling*, 8th Ed., Wiley. [ISBN 0-471-22577-0](#).2003
105. King, R. The Marketing Concept, în volumul Schwartz, G. (editor) *Science în Marketing*. New York, John Wiley & Sons Inc., 1965.
106. Kingo J. Mchombu, *Sharing Knowledge for Community Development and Transformation: A Handbook*, Oxfam Canada, 2002
107. Kotler, Ph., Armstrong, G. *Principles of Marketing*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2001.
108. Kotler, Ph., Roberto, N., Lee, N. *Social Marketing. Improving the Quality of Life*. Second Edition. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2002.
109. Kotler, Ph., Zaltman, G. *Social marketing: an approach to planned social change*. *Journal of Marketing*, 35: 3 – 12, 1971.
110. Kotler, Ph. *Marketing for nonprofit organizations*. Englewood Cliffs, New jersey: Prentice – Hall, 1975.
111. Kotler, Ph. *Atteindre des objectifs sociaux a travers un marketing social*. *Revue Francaise du Marketing*, nr.60, 1976.
112. Kotler, Ph., Dubois, B. *Marketing Management*. 7^e edition. Paris, Publi-Union Editions, 1992.
113. Kotler, Ph., Armstrong, G., Saunders, J., Wong, V. *Principiile marketingului*. Ediția europeană. București, Editura Teora, 1999.
114. Kotler, Ph. *Managementul marketingului*. București, Editura Teora, 1999.
115. Kotler, Ph., Roberto, E.L. *Social marketing: Strategies for changing public behavior*. New York: Free Press, 1989.
116. Kotler, Ph., Roberto, N., Lee, N. *Social Marketing: Improving the Quality of Life*. Second Edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.
117. Kouzes, J. M: "The Leadership Challenge," Jossey-Bass Publishers, CA.
118. Kroeber-Riel, W. *Konsumentenverhalten*. Munchen: Verlag Frantz Vahlen, 1990.
119. Lawther, S., Lowry, R. *Social marketing and behaviour change among professionals*. *Social Marketing Quarterly*, II(1):10 – 11, 1995.
120. Lawther, S., Hastings, G.B., Lowry, R. *De – marketing: Putting Kotler and Levy's ideas into practice*. *Journal of Marketing Management*, 13(4): 315 – 325, 1997.
121. Lazar, W. *Marketing's Changing Social Relationships*. *Journal of Marketing*, 1, 3-9, 1969.
122. Lecomte, R. *Methodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Quebec : Gaetan Morin Editeur, 1991.
123. Lefebvre, C. *Social marketing and health promotion*, în volumul Bunton, R., Macdonald, G. (editors) *Health Promotion. Disciplines and Diversity*. London: Routledge, 1992.

124. Lefebvre, R.C., Rochlin, L. *Social Marketing*, în volumul Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K. (editors) *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. Second Edition. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.
125. Lefebvre, R.C., Flora, J.A. *Social Marketing and Public Health Interventions*. *Health Education Quarterly*, 1988, 15(3), 299-315.
126. Lendrevie, J., Lindon, D. *Mercator – theorie et pratique du marketing*. 4^e edition. Paris, Dalloz, 1990.
127. Levy, S.J., Zaltman, G. *Marketing, society and conflict*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1975.
128. *Logic Model Development Guide*, W.K. Kellogg Foundation, Michigan, 2001
129. Long, Bonita.C.(1995), *Stress in the Work Place: Eric Digest, Eric Clearinghouse on Counseling and Student Services Greensbow NC*, Canadian Guidance and Counselling Foundation Ottawa(Ontario).
130. Macdonald, G. (2000) – „*Redesigning the evidence base for health promotion*”. *Internet Journal of Public Health and Health Education* 2, B 9-17
131. MacFadyen, L., Stead, M., Hastings, G. *Social Marketing. A Synopsis by the Centre for Social Marketing*. Glasgow, Scotland, UK. Department of Marketing, University of Strathclyde, 1999.
132. Maibach, E.W., Rothschild, M.L., Novelli, W.D. *Social Marketing*, În volumul, Glanz, K., Rimer, B.K., Lewis, F.M. (editors) *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. Third Edition. San Francisco: Jossey-Bass. A Wiley Imprint, 2002.
133. *Marketing*. Ghid propus de The Economist. București, Editura Nemira, 1997.
134. Marks, A.S., Greathead, D. *The application of social marketing to the design of a programme aimed at fostering TB compliance*. Presented at Tuberculosis-Towards 2000 Int. Conf., Pretoria, South Africa, 1994.
135. *Making Health Communication Programms Work*, US Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute
136. Maslow, A. *A theory of Human Motivation*. *Psychological Review*, vol. 50, 1943.
137. McCarthy J., Perreault, W.D. *Basic Marketing*. Ninth edition. Irwin, 1987.
138. McDermott, R.J. *Social marketing: a tool for health education*. *Am.J. Health Behav.* 24: 6-10, 2000.
139. McGuire, W.J. *Public communication: a strategy for inducing health promoting behavior change*, *Preventive Medicine*, 18: 299-319.
140. McKenzie-Mohr, D., Smith, W. *Fostering Sustainable Behavior*. Gabriola Island, British Columbia, Canada: New Society, 1999.
141. Milstein RL, and Wetterhal SF. *Framework for Program Evaluation in Public Health*. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR* 1999 / Vol.48 / No. RR-11
142. Mittelmark, M.B. – *Health promotion at the community wide level: lessons learned from diverse perspectives in Bracht*, N. Health promotion at the community level. Sage Publications Inc. UK 1999

143. Mong, Y., Kaiser, R., Ibrahim, D., Rasoatiana Razifimbololona, L., Quik, R.E. *Impact of the safe water system on water quality in cyclone-affected communities in Madagascar*. Am. J. Public Health 91: 1577-79, 2001.
144. Muchinsky, Paul.M.(1993), "*Psychology applied to work*": an introduction to industrial and organizational psychology, Pacific Grove: Brooks/ Cole.
145. Mureșan, P. *Motivație*. În volumul, Șchiopu, U. (coordonator) Dicționar de psihologie. București : Babel, 1997.
146. Murray, G.G., Douglas, R.R. *Social marketing in the alcohol policy arena*. British Journal of Addiction, 83: 505 – 511, 1988.
147. Neculau, A.(coordonator) *Psihologie*. Iași : Polirom, 2000.
148. Nicola M., Petre D. *Publicitate*. Editura SNSPA - Facultatea de Comunicare și Relații Publice « David Ogilvy », 2001.
149. Norman, P. *Parental Empathy*. Parenthood, Little, Brown, NY, Norman, P. & Bennett, P. Health locus of control.1999
150. Novelli, W.D. *Developing Marketing Programs*, în volumul L.W. Frederiksen, L. Solomon, K. Brehony (editors) Marketing Health Behavior. New York: Plenum, 1984.
151. Ottawa Charter for Health promotion - WHO/HPR/HEP/95.1 Ottawa Charter for Health Promotion (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf). Ottawa, WHO, 1986 (pagină accesată noiembrie 2006).
152. Overview of Health Communication Campaigns, The Health Communication Unit, Centre for Health Promotion, University of Toronto
153. Pana, B.; Duta, I.; Chiriac, N.D; Moga, C. -*Ghid de comunicare și marketing social. Instrumente de promovare a comunicării în sanatate*, Ed. Universitara "Carol Davila", Bucuresti, 2003.
154. Peattie, S., Peattie, K. *Ready to fly solo? Reducing social marketing's dependence on commercial marketing theory*. Marketing Theory, volume 3(3):365-385, 2003.
155. Platis, M. *Prețul și formarea lui*. București: Editura Economică, 1997.
156. Pop, N.Al. *Proodus*, în volumul Florescu, C., Mălcome, P., Pop, N.Al. Marketing. Dicționar explicativ. București: Editura Economică, 2003.
157. Popescu, C.F. *Dicționar explicativ de jurnalism, relații publice și publicitate*. București, Editura Tritonic, 2002.
158. Popescu – Neveanu, P., Zlate, M., Crețu, T. *Psihologie*. București : Editura Didactică și Pedagogică, 1995.
159. Popescu-Neveanu, P. *Dicționar de psihologie*. București : Albatros, 1978.
160. *Population Communication Services*. Center for Communication Programs. "A" Frame for Advocacy. Baltimore, MD: Johns Hopkins School of Public Health, 2003.
161. *Population Services International. Preetni Project*. Transferred to Sri – Lanka FPA. PSI Newsletter (November/December) 4, 1977.
162. Porter, M.E. *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: Free Press, 1998.

163. Pride W. M., Ferrell O.C. *Marketing – Concepts and Strategies. 7 th edition.* Houghton Mifflin Company, 1991.
164. Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. *Changing for good.* New York, NY: William Morow.1994
165. Project Management Institute . [A Guide To The Project Management Body Of Knowledge](#), 3rd ed., Project Management Institute [ISBN 1-930699-45-X](#).2003
166. Prutianu, Ș., Munteanu, C., Caluschi, C. *Inteligența marketing plus.* Iași: Polirom, 1998.
167. Rangan, V.K., Karim, S., Sandberg, S.K. *Do better at doing good.* Harvard Business Review, 74, 42-54. May-June, 1996.
168. Ries, Al., Trout, J. *Poziționarea: Lupta pentru un loc în mintea ta.* București: Curier Marketing, 2004.
169. Rigaud, A. , *The 'Loi Evin' : a French exception*, “European Alcohol Policy Conference: Bridging the Gap”.2004
170. Robert, P. *Dictionnaire alphabetique et analogique de la langue francaise*, vol. II, Paris, 1957.
171. Roman, K., Maas, J.M. *How to Advertise.* 2nd edition. New York: St Martin’s, 1992.
172. Rothschild, M.L. *Carrots, Sticks, and Promises: A Conceptual Framework for the Management of Public Health and Social Issue Behaviors.* Journal of Marketing, 1999, 63: 24-37.
173. Rotter J.B. (1990) *Internal versus external locus of control of reinforcement: a case history of a variable.* American Psychologist, 45(4):489-493.
174. Sandu, Dumitru. *Sociabilitatea în spațiul dezvoltării.* Iași: Polirom, 2003.
175. Sauter, S., Hurrell, J.JR., Cooper,C., *Job control and worker health*, New York.1989
176. Schwarzer, R. & Fuchs, R. *Self-efficacy and health behaviours* 1999
177. Seligman, Adam. *The Idea of Civil Society*, New York: Free Press, 1992.
- 178 Selye, Hans., *Selye's guide to stress research*; vol III, Scientific and Academic Editions, New York.1983
179. Sewel, K. , *International Alcohol Policies: A selected literature review*, Edinburgh. 2002
180. Siegel, M., Doner, L. *Marketing Public Health. Strategies to Promote Social Change.* Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc., 1998.
181. Shadish, W.R. Jr., Cook,T.D., Leviton, L.C. *Fundamentele evaluării programelor. Teorii ale practicii.* FIMAN, Bucuresti: FIMAN, 1999.
182. Sheeran, P. & Abraham, C. Health belief model. 1999
183. Slama, K. – *Health behaviour and change în Evidence-based cancer prevention strategies for NGOs – a UICC Handbook for Europe.*2002
184. Sprenger, M. – *Issues at the interface of general practice and public health: primary health care and our communities.* Medical University of Graz, Austria.2002
185. Stanciu, S. *Marketing general. Particularități în organizațiile non-profit.* București, Editura Dareco, 2002.

186. Stanton W.J. *Fundamentals of Marketing*. Sixth edition. New York, McGraw-Hill Book Co., 1981.
187. Steers, R.M.(1988), *Introduction to Organizational Behavior*, third edition; Scott, Foresman and company.
188. Stora, Jean-Benjamin.(1999), *Stresul*, Editura Meridiane,Bucuresti.
189. Saint-Arnaud, Y. *La personne humaine*. Montreal : Les Editions de l'Homme, 1974.
190. Stroebe, W. & Jonas, K., – „*Health Psychology: A social-psychological perspective*” în Hewstone,M. & Stroebe, W.Introduction to social psychology. Blackwell Publishers Ltd., Oxford UK. 2001
191. Sutton, S.M., Balch, G.I., Lefebvre, R.C. *Strategic Questions for Consumer-Based Health Communication. Public Health Reports*, 1995, 110, 725-733.
192. Swift, Adam. *Political Philosophy*, Cambridge: Polity Press, 1997.
193. Șchiopu, U. (coordonator) *Dicționar de psihologie*. București : Babel, 1997.
194. Șchiopu, U. *Trebuință*. În volumul, Șchiopu, U. (coordonator) *Dicționar de psihologie*. București : Babel, 1997.
195. Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar – *Managementul spitalului*, editura Public H Press, 2006, București.
196. Șerbănescu, F., Morris, L., *Young Adult Reproductive Health Survey Romania*.1996
197. Șerbănescu, F., Morris, L., Marin, M., *Studiul sănătatea reproducerii*.1999
198. Șimandan, Andrei. *Teoria cunoașterii sociale*. București: Editura Academiei Române, 2002.
199. Tannahill A. *Health education and health promotion: from priorities to programs*.1994
200. Taylor, Sandra et al. *Educational Policy and the politics of change*, London: Routledge
201. Teodorescu, B. (coordonator). *Marketing politic și electoral*. București, Editura SNSPA – Facultatea de Comunicare și Relații Publice « David Ogilvy », 2001.
202. Teodorescu, A. *Manipulare*, în volumul Zamfir, C., Vlăsceanu, L. (coordonatori) *Dicționar de sociologie*. București, Editura Babel, 1998.
203. The Center for Development and Population Activities : *Advocating for access, choice and participation in population and development – A handbook for women leaders*.1994
204. The group promoter's resource book – *A practical guide to building rural self-help groups*, Food and Agriculture Organization of the United Nations
205. Thomae, H. *Das Individuum und seine Welt*. Gottingen: Hogrefe, 1968.
206. Thompson, N.J. and McClintock, H.O. *Demonstrating Your Program's Worth: A Primer on Evaluation for Programs to Prevent Unintentional Injury*. Atlanta, GA: Revised. Centers for Disease Control and Prevention.2000
207. Tones, K. *Marketing and the Mass Media: Theory and Myth: Reflections on Social Marketing*. Health Education Research, 1994, 9, 165-169.

208. Tripodi, T., Fellin, Epstein, I. *Social Program Evaluation, Illinois: University of Michigan, F.E. Peacock Publishers, 1986.*
209. Turning Point National Program Office at the University of Washington. *Social Marketing and Public Health. Lessons from the field. A Guide to Social Marketing from the Social Marketing National Excellence Collaborative.* 2003.
210. Vanden Heede, F.A., Pelican, S. *Reflections on Social Marketing as an Inappropriate Model for Nutrition Education.* Journal of Nutrition Education, 1995, 27, 141-145.
211. Vladescu, C. -*Managementul serviciilor de sanatate*, Ed. Expert, 2000.
212. Vlăsceanu, M. *Motivație.* În volumul, Zamfir, C., Vlăsceanu, L.(coordonatori) *Dicționar de sociologie.* București : Babel, 1998.
213. Vlăsceanu, M. *Persuasiune,* în volumul Zamfir, C., Vlăsceanu, L. (coordonatori) *Dicționar de sociologie.* București, Editura Babel, 1998.
214. Vlăsceanu, M. *Propagandă,* în volumul Zamfir, C., Vlăsceanu, L. (coordonatori) *Dicționar de sociologie.* București, Editura Babel, 1998 a.
215. Vlăsceanu, M. *Îndoctrinare,* în volumul Zamfir, C., Vlăsceanu, L. (coordonatori) *Dicționar de sociologie.* București, Editura Babel, 1998 b.
216. Vrânceanu, D. *Marcă,* în volumul Florescu, C., Mâlcome, P., Pop, N.A.I. *Marketing. Dicționar explicativ.* București: Editura Economică, 2003.
217. Wallston, B.S. & Wallston, K.A. *Locus of control and health: a review of the literature.* Health Education monographs, Spring, 107-117
218. Warr, P.(1989), *The measurement of well-being and other aspects of mental health,* University of Sheffield: MRC/ ESRC Social and Applied Psychology Unit Memo, no.1035.
219. Wedderburn, A., Costa, G., Gadbois, C., Jansen, B., Knauth P., Leonard, R., *Shiftwork and Health,* European Foundation for the Improvement of Living and working conditions. 2000
220. Weinreich, N.K. *Hands-On Social Marketing. A Step-by-Step Guide.* Thousand Oaks: Sage Publications, 1999.
221. Wells, W.D. *Planning for R.O.I.: Effective Advertising Strategy.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1989.
222. WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on health promotion.*
223. WHO, *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*
224. WHO, CDC Atlanta, UNAIDS, UNICEF websites
225. Wiener Krankenanstaltenverbund - Wiener WHO *Modell Projekt - Wie ein Gesundheitsförderndes Krankenhaus entwickelt werden kann,* 1995, Wien
226. Williams, P.G. *Social marketing to eliminate leprosy in Sri Lanka.* Soc. Mark. Q. 4:27-31, 1999.
227. Wilcox, D.L., Ault, P.H., Agee, W.K. *Public Relations – Strategies and Tactics.* Third Edition. Harper Collins Publishers Inc., 1992.
228. World Health Organization - *Standards for Health Promotion in Hospitals,* 2004, Copenhaga

229. World Health Organization – *Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assesment forms*, 2006, Copenhaga.
230. Wragg D. W. (1992): *Public relations handbook*
231. Zaharia, R. *Marketing social – politic*. București, Editura Uranus, 2001.
232. Zamfir, E. *Spălarea creierului*, în volumul Zamfir, C., Vlăsceanu, L. (coordonatori) *Dicționar de sociologie*. București, Editura Babel, 1998.
233. Zamfir, C. *Necesitate*. În volumul, Zamfir, C., Vlăsceanu, L.(coordonatori) *Dicționar de sociologie*. București : Babel, 1998.
234. Zamfir, C., Vlăsceanu, L.(coordonatori) *Dicționar de sociologie*. București : Babel, 1998.
235. <http://www.cdc.gov/eval/resources.htm#manuals>
236. <http://www.re-aim.org/>
237. <http://ctb.ku.edu/tools/evaluateinitiative/index.jsp>
238. http://www.oznet.ksu.edu/dp_chealth/HealthyPlaces/framework/overview.html
239. <http://lgreen.net/precede.htm>
240. http://www.ala.org/Content/ContentGroups/ACRL1/IS/Organization9/Plannin g4/SMART_Objectives/Writing_Measurable_Objectives.htm
241. www.euro.who.int/healthpromohosp. (pagină accesată noimbrie 2006)